

“Do’s and don’ts in een integraal en geïntegreerd drugbeleid”

Eindrapport

**“Faire et ne pas faire dans le cadre d’une politique intégrale et
intégrée sur les drogues”**

Rapport final

Brice De Ruyver (UGent)
André Lemaître (ULg)
Michel Born (ULg)
Paul Ponsaers (UGent)
Lieven Pauwels
Freya Vander Laenen
Wouter Vanderplasschen (UGent)

Sara Van Malderen (UGent)
Mathieu Chapeau (ULg)
Sofie Vindevogel (UGent)
Filip Cammaert (UGent)
Anne Moës (ULg)
Annelies Devue (UGent)
Liesbeth Vandam (UGent)

VOORWOORD

Dit onderzoek gebeurde in opdracht van de Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid en kadert binnen het “Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de Federale Beleidsnota Drugs” . Het onderzoek ging van start op 1 december 2008 en werd afgerond op 30 november 2008.

De onderzoeksequipe wenst een dankwoord te richten aan de leden van het begeleidingscomité die aan de hand van kritische en constructieve opmerkingen een wezenlijke bijdrage hebben geleverd aan het onderzoek. Volgende personen maakten deel uit van het begeleidingscomité:

Mevrouw Lieve Van Daele, voorzitter (Programma administrateur Federaal Wetenschapsbeleid)
Monsieur Jean-Baptiste Andries (Parquet Général de Liège)
De heer Gunter Ceuppens (FOD Binnenlandse Zaken)
De heer Paul Cleyman (Lokale Politie Antwerpen)
Madame Isabelle Demaret (Université de Liege)
Monsieur Benoît De Clerck (Coordinateur du plan drogue Ville de Charleroi)
De heer Walter De Pauw (FOD Justitie)
Monsieur Didier De Vleeschouwer
(Coordinateur Plateforme namuroise de concertation en santé mentale)
De heer Kurt Doms (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu)
Mevrouw Marleen Easton, (Hogeschool Gent)
Mevrouw Marijs Geirnaert (Directeur Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen)
Monsieur Frédéric Gustin (Coordinateur assuétudes Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise ASBL)
De heer Guido Jossels (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid)
Madame Myriam Leleu (Plateforme de concertation en santé mentale des Régions du centre et de Charleroi)
De heer Bert Mostien (Drugcoördinator Provincie Oost-Vlaanderen)
Madame Tatiana Pereira (Ministère Communauté Française – DG Santé)
Madame Maïté Pozza (EUROTOX)
Mevrouw Diane Reynders (FOD Justitie)
Monsieur Hugues Reyniers (Commission consultative en matière d’assuétude)
Madame Céline Romijn (SPF Affaires Etrangères)
Monsieur Miguel Rwubusisi (EUROTOX)
Mevrouw Joke Rutten (FOD Justitie)
Madame Sophie Simal (SPF Intérieur)
Monsieur Marc Vanderveken
(Coordinateur Concertation Toxicomanies Bruxelles)
Mevrouw Annemie Van Cauwenberghe (Stedelijk overleg Drugs Antwerpen)
De heer Guido Van Hal (Universiteit Antwerpen)
De heer Marcel Van Hexel (Directeur Centra voor Alcohol- en andere drugproblemen)
De heer Alexander van Liempt (Lokale Politie Sint-Truiden – Nieuwerkerken – Gingelom)
Monsieur Jacques Van Russelt (Coordinateur et Président FEDITO)
De heer Alexander Witpas (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu)

Bovendien hebben enkele leden van het comité een bijzondere inhoudelijke ondersteuning geboden en wenst de onderzoeksequipe hen en ook de respondenten die hun medewerking hebben verleend om dit onderzoek te realiseren uitdrukkelijk te bedanken. Tenslotte een oprecht woord van dank aan mevrouw Lieve Van Daele, verantwoordelijke voor het “Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de Federale Beleidsnota Drugs” die ten allen tijde beschikbaar was om de onderzoeksequipe te ondersteunen en informeren.

DEEL I INLEIDING	1
Hoofdstuk I. Doelstelling onderzoeksvragen en methodologie	1
1. Doelstelling	1
2. Onderzoeksvragen en methodologie	1
Hoofdstuk II. Conceptueel kader: naar een invulling van een integraal en geïntegreerd drugbeleid.....	2
1. Begripsomschrijving en afbakening van het onderzoek	2
1.1 Naar een invulling van “integraal en geïntegreerd drugbeleid”	2
1.2 en daaruit resulterende selectiecriteria	3
1.2.1 Identificatie van sectoren	3
1.2.2. Betrokkenheid van minimaal twee sectoren: intersectorale interventies, niet enkel gericht op het veiligheidsperspectief maar vertrekkende vanuit een gezondheids- en welzijnspectief.....	4
1.2.3. Niet uitsluitend gericht naar illegale drugs	4
DEEL II LITERATUURSTUDIE.....	5
Inleiding	5
Hoofdstuk I. Methodologie	5
1. Zoekmethode.....	5
1.1 Doelstelling	5
1.2 Zoekstrategie	5
1.3 Zoekbronnen.....	6
1.4 Zoektermen.....	7
1.5 Selectiecriteria.....	7
2. Wetenschappelijke waarde: classificatie volgens de methodologische criteria van de Maryland Scientific Method Scale	8
2.1 Effectief of niet effectief: “what works”?	8
2.2 Beperkingen	9
3. Geselecteerde studies	9
3.1 Resultaten zoekacties	9
3.2 Wetenschappelijke waarde geselecteerde studies	9
Hoofdstuk II. Inventarisatie en identificatie van GOOD practices	10
1. Inventarisatie van good practices	10
2. Beschrijving van good practices	10
2.1. Intrasectorale interventies of de verschillende beleidsdimensies in een integraal en geïntegreerd drugbeleid: good practices	10
2.1.1 Welzijn- en gezondheid.....	11
2.1.2 Preventie.....	11
2.1.3 Hulpverlening.....	12
2.1.4 Veiligheid	13
2.2 Intersectorale interventies of de integratie van verschillende beleidsdomeinen: good practices.....	13
2.2.1 Intersectorale interventies in het kader van de oriëntatie naar de hulpverlening vanuit politie en justitie.....	13
2.2.2 Intersectorale interventies in het kader van de toeleiding naar arbeid	16
2.2.3 Intersectorale interventies in het kader van de dag- en nachtopvang en toeleiding naar woonprojecten	16
2.2.4. Intersectorale interventies in het kader van harm reduction: gebruikersruimten	17
2.2.5. Intersectorale interventies in het kader van preventie en vroeginterventie	17

2.2.6 Intersectorale interventies met de betrokkenheid van sectoren uit andere domeinen	18
2.2.7 Intersectorale interventies waarbij alle sectoren worden geïntegreerd in het kader van beleidsontwikkeling- en afstemming.....	19
DEEL III INVENTARISERING ACTOREN EN BEVOEGDHEDEN.....	20
Inleiding	20
Hoofdstuk I. Methodologie	21
1. Institutioneel kader.....	21
1.1 Bronnen: bestaande onderzoeken en wetgevende documenten en richtlijnen	21
1.2 Selectiecriteria.....	21
1.3 Verificatie werkveld.....	21
2. Inventarisatie bestaande overlegorganen en samenwerkingsverbanden	22
2.1 Bevraging van het werkveld.....	22
2.2 Selectiecriteria.....	23
Hoofdstuk II. Institutioneel kader	23
1. Algemeen overzicht.....	23
2. Federale niveau	25
2.1 Actoren en bevoegdheden	25
2.2 Overleg en samenwerking	25
2.2.1 Algemene Cel Drugbeleid.....	25
2.2.2 Cel Gezondheidsbeleid.....	25
2.2.3 Centrale Stuurgroep Drugs.....	26
2.3 Krachtlijnen van het drugbeleid	26
3. Nederlandstalig België.....	26
3.1 Gemeenschaps- en gewestniveau: Vlaamse Gemeenschap	26
3.1.1 Actoren en bevoegdheden	26
3.1.2 Overleg en samenwerking	27
3.1.3 Krachtlijnen van het drugbeleid	27
3.2 Provinciaal niveau	29
3.2.1. Actoren en bevoegdheden	29
3.2.2 Overleg en samenwerking	29
3.2.3 Krachtlijnen van het drugbeleid	29
3.3 Lokaal niveau	31
3.3.1 Actoren en bevoegdheden	31
3.3.2 Overleg en samenwerking	31
3.3.3 Krachtlijnen van het drugbeleid	32
4. Belgique francophone, germanophone et Bruxelles	32
4.1. Au niveau communautaire : Communauté française	32
4.1.1. Acteurs et compétences.....	32
4.1.2. Concertation et collaboration avec d'autres domaines de compétence.....	32
4.1.3. Aperçu des lignes de force de la politique drogue	33
4.2. Au niveau communautaire : Communauté germanophone	34
4.2.1. Acteurs et compétences.....	34
4.2.2. Concertation et collaboration avec d'autres domaines de compétence.....	34
4.2.3. Aperçu des lignes de force de la politique drogue	34
4.3. Au niveau régional : Région wallonne	35
4.3.1. Acteurs et compétences.....	35
4.3.2. Concertation et collaboration avec d'autre domaine de compétence.....	35
4.3.3. Aperçu des lignes de force de la politique drogue	36
4.4. Au niveau régional : Région Bruxelles Capitale.....	38

4.4.1. Acteurs et compétences	38
4.4.2. Concertation et collaboration avec d'autres domaines de compétence.....	38
4.4.3. Aperçu des lignes de force de la politique drogue	39
4.5. Niveau provincial	41
4.5.1. Acteurs et compétences	41
4.5.2. Concertation et collaboration avec d'autres domaines de compétence.....	41
4.5.3. Aperçu des lignes de force de la politique drogue	42
4.6. Niveau local.....	43
4.6.1. Acteurs et compétences	43
4.6.2. Concertation et collaboration avec d'autres domaines de compétence.....	43
4.6.3. Aperçu des lignes de force de la politique drogue	44
4.7. Conclusion.....	46
Hoofdstuk III. Inventarisatie bestaande overlegplatforms en samenwerkingsverbanden....	46
1. Nederlandstalig België	46
1.1 Intersectorale interventies	46
1.1.1 Oriëntatie naar de hulpverlening vanuit politie en justitie	46
1.1.2 Preventie en vroeginterventie in de schoolcontext.....	47
1.1.3 Drugs en aanverwante problematieken	48
1.1.4 Harm reduction.....	48
1.1.5 Beleidsontwikkeling- en afstemming	48
1.2 Wenselijke praktijken.....	48
1.2.1 Oriëntatie naar de hulpverlening vanuit politie en justitie	48
1.2.2 Preventie en vroeginterventie in de schoolcontext.....	49
1.2.3 Drugs en aanverwante problematieken	49
1.2.4 Harm reduction.....	49
1.2.5 Beleidsontwikkeling- en afstemming.....	49
2. Belgique francophone	50
2.1. Interventions intersectorielles	50
2.1.1. Interventions en collaboration avec la justice (secteur sécurité).....	50
2.1.2. Actions de prévention et de réduction des risques en milieu festif.....	51
2.1.3. Réduction des risques.....	51
2.1.4. Consommation de drogue et problèmes connexes	51
2.1.5. Développement et harmonisation de la politique drogue.....	51
2.2. Pratiques à encourager	52
2.2.1 Réduction des risques.....	52
2.2.2 Prise en charge globale de la consommation et des problèmes connexes.....	52
2.2.3 Harmonisation de la politique en matière de drogue.....	52
CONCLUSION	53
DEEL IV HAALBAARHEIDSSSTUDIE: INTERVIEWS EN FOCUSGROEPGESPREKKEN	54
Inleiding	54
Hoofdstuk I. Methodologie	54
1. Selectie respondenten en organisatie interviews.....	54
2. Overzicht geselecteerde samenwerkingsverbanden en respondenten	55
3. Selectie respondenten en organisatie focusgroepen	57
4. Verwerking van de kwalitatieve onderzoeksgegevens.....	57
Hoofdstuk II. Interviews	57
1. Resultaten interviews Nederlandstalig België.....	57
1.1 "Proefzorg".....	57
1.1.1 Beschrijving samenwerkingsverband.....	57

1.1.2 Do's en don'ts	60
1.1.3 Randvoorwaarden.....	61
1.1.4 Visie op intersectorale samenwerking.....	62
1.2 Hulpverlening aan (ex)gedetineerden	62
1.2.1 Beschrijving samenwerkingsverband.....	62
1.2.2 Do's en don'ts	63
1.2.3 Randvoorwaarden.....	64
1.2.4 Visie op intersectorale samenwerking.....	64
1.3 Hulpverlening aan (ex)gedetineerden in het kader van het “Centraal Aanmeldingspunt” (CAP)	64
1.3.1. Beschrijving samenwerkingsverband.....	64
1.3.2 Do's en don'ts	65
1.3.3 Randvoorwaarden.....	66
1.3.4 Visie op intersectorale samenwerking.....	66
1.4 Vroeginterventie.....	66
1.4.1 Beschrijving samenwerkingsverband.....	66
1.4.2 Do's en don'ts	68
1.4.3 Randvoorwaarden.....	68
1.4.4 Visie op intersectorale samenwerking.....	69
1.5 Coördinatievergadering veiligheid: samenwerking n.a.v I Love Techno	69
1.5.1 Beschrijving samenwerkingsverband.....	69
1.5.2 Do's en don'ts	70
1.5.3 Randvoorwaarden.....	70
1.5.4 Visie op intersectorale samenwerking.....	70
1.6. Stuurgroep nachtopvang.....	71
1.6.1 Beschrijving samenwerkingsverband.....	71
1.6.2 Do's en don'ts	72
1.6.3 Randvoorwaarden.....	73
1.6.4 Belang intersectorale samenwerking.....	73
1.7 Lokaal cliëntoverleg (LCO)	73
1.7.1 Beschrijving samenwerkingsverband.....	73
1.7.2 Do's en don'ts	74
1.7.3 Randvoorwaarden.....	74
1.7.4 Belang intersectorale samenwerking.....	74
1.8 Adviesraad drugpreventie	75
1.8.1 Beschrijving samenwerkingsverband.....	75
1.8.2 Do's en don'ts	75
1.8.3 Randvoorwaarden.....	76
1.8.4 Belang intersectorale samenwerking.....	77
1.9 Besluit: do's en don'ts.....	77
2. Résultats des entretiens selon les différentes formes de collaboration : Partie francophone et Bruxelles.....	79
2.1. Projet pilote « Conseiller stratégique drogue » à Liège.....	79
2.1.1. Description de la forme de collaboration	79
2.1.2. Faire et ne pas faire	80
2.1.3. Conditions nécessaires	81
2.1.4 Importance de la collaboration intersectorielle	81
2.2. Projet « Boule de neige» en prison.....	82
2.2.1. Description de la forme de collaboration	82
2.2.2. Faire et ne pas faire	83

2.2.3. Conditions nécessaires	83
2.3. Projet « Alter Ego » - service de liaison avec le milieu carcéral	84
2.3.1. Description de la forme de collaboration	84
2.3.2. Faire et ne pas faire	85
2.3.3. Conditions nécessaires	86
2.4. « Périscope » - projet de promotion de la santé en matière d'assuétudes (avec des aspects d'intervention précoce).....	86
2.4.1. Description de la forme de collaboration	86
2.4.2. Faire et ne pas faire	87
2.4.3. Conditions nécessaires	88
2.4.4. Importance de collaboration intersectorielle	88
2.5. Centre médical ENADEN et partenariat avec la Fédito bruxelloise	89
2.5.1. Description de la forme de collaboration	89
2.5.2. Faire et ne pas faire	90
2.5.3. Conditions nécessaires	91
2.5.4. Importance de la collaboration intersectorielle	91
2.6. « City Parade » à Charleroi	92
2.6.1. Description de la forme de collaboration	92
2.6.2. Faire et ne pas faire	94
2.6.3. Conditions nécessaires	94
2.6.4. Importance de la collaboration intersectorielle	95
2.7. Asbl « Phénix » - Aide et suivi du toxicomane dans son parcours vers l'autonomie.....	96
2.7.1. Description de la forme de collaboration	96
2.7.2. Faire et ne pas faire	97
2.7.3. Conditions nécessaires	97
2.8. Lieu de concertation : réseau « CITADELLE » d'aide en toxicomanie	98
2.8.1. Description de la forme de collaboration	98
2.8.2. Faire et ne pas faire	99
2.8.3. Conditions nécessaires	100
2.8.4. Importance de la collaboration intersectorielle	101
2.9. Conclusion générale	101
3. Slotbeschouwingen: integratie resultaten interviews	104
3.1 Do's en don'ts en randvoorwaarden per type samenwerkingsverband	104
3.2 Sectoroverschrijdende do's en don'ts en randvoorwaarden gemeen aan alle samenwerkingsverbanden	108
Hoofdstuk III. Focusgroepgesprekken	108
1. Nederlandstalig België	108
1.1 Belang intersectorale samenwerking en aanwezigheid in België	108
1.2 Do's en don'ts bij de implementatie van samenwerkingsverbanden	109
1.2.1 Do's en don'ts in de samenwerking tussen de sector veiligheid en de sector hulpverlening.....	109
1.2.2 Do's en don'ts in de samenwerking waarbij alle sectoren worden geïntegreerd	110
1.2.3 Sectoroverschrijdende do's en don'ts die gemeen zijn aan alle samenwerkingsverbanden	111
2. Niveau francophone et bruxellois	113
2.1. Utilité de la collaboration intersectorielle et de la coordination en Belgique	113
2.1.1. Nécessité et plus value de la coordination et de la collaboration entre secteurs	113

2.1.2. Collaboration entre les secteurs prévention et justice	114
2.1.3. Collaboration entre les secteurs assistance et justice	114
2.1.4. Distinction entre les différents produits ou distinction selon le type d'usage ?	115
2.2. Faire et ne pas faire dans le cadre de la mise en œuvre de formes de collaboration	115
2.2.1. De quoi parle-t-on ?.....	115
2.2.2. Intégral et intégré : quelles définitions ?	116
2.2.3. Faire et ne pas faire dans le cadre d'une politique intégrale et intégrée sur les <i>drogues</i>	116
2.2.4. Bonnes et mauvaises pratiques.....	116
2.2.5. Collaboration intersectorielle : faire et ne pas faire	117
2.2.6. Réduire l'hiatus entre approche judiciaire et approche sanitaire par l'éducation et la responsabilisation de l'utilisateur ?	117
3. Conclusion : intégration des résultats de l'analyse des Focus groupe néerlandophone et francophone.....	118
3.1. Liens entre partenaires	119
3.2. Communautés urbaines et rurales	119
3.3. Faire et ne pas faire dans le cadre de la collaboration.....	119
3.4. Considérations finales	121
DEEL V. OVERKOEPELENDE CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	122
PARTIE V. CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS	122
Hoofdstuk I. Overkoepelende conclusie	122
Chapitre I. Conclusion Générale	125
Hoofdstuk II. Aanbevelingen	128
Chapitre II . Recommendations.....	135
DEEL VI. UITBREIDING	142
Hoofdstuk I. Onderzoeksubject: inleiding en probleemstelling.....	142
Chapitre II. Aspects methodologiques	143
1. L'objet à évaluer : les directives belges en matière de drogues	143
1.1. Revue de la littérature	143
1.2. Analyse de la documentation	145
2. Les indicateurs et méthodes relatifs à l'évaluation de directives	146
Chapitre III. L'objet à évaluer : les directives Belges en matière de drogues.....	146
1. L'évaluation et ses limites.....	146
1.1 Rappel de la vocation des directives	146
1. 2. Les quatre principales directives belges relatives à la politique des drogues	147
1. 3. Description du concept d'évaluation d'une politique publique	148
1.4. L'évaluation des directives belges en matière de drogues	148
1.4.1. Les évaluations recensées.....	149
1.4.2. Les manquements recensés	150
1.5. Les prérequis de l'évaluation	151
1.5.1. Qualités intrinsèques de la directive.....	152
1.5.2. Autres éléments à prendre en compte	153
2. La pratique de l'évaluation à l'étranger et les enseignements à en tirer pour la Belgique	155
2.1. Préambule.....	155
2.2. Tour d'horizon de l'évaluation des politiques nationales en matière de drogues	155
2.3.1. L'expérience québécoise.....	156
2.3.2. Le modèle suisse	156

2.3.3. Les enseignements de la méta-évaluation réalisée en France (Limousin) ...	156
2.3.4. Les avancées du Royaume-Uni (EMCDDA, 2008)	157
2.3.5. L'approche pragmatique de la Politique des Pays-Bas en matière de stupéfiants.....	157
2.3.6. Le constat allemand.....	157
Hoofdstuk IV. Indicatoren en methoden bij de evaluatie van richtlijnen	158
Hoofdstuk V. Conclusies en aanbevelingen.....	160
Chapitre V. Synthèse et recommandations	160
Hoofdstuk VI. Beleidsrichtlijnen en de praktijk: evaluatie van de methadonrichtlijn.....	164
1. Inleiding	164
1.1 Probleemstelling.....	165
1.2 Onderzoeksdoelstelling en - vragen	165
2. Inhoud van het KB tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen van 19 maart 2004, gewijzigd door het KB op 6 oktober 2006..	166
3. Methodologie	167
3.1 De keuze voor een kwalitatief onderzoeksdesign	167
3.2 Selectiecriteria van de sleutelfiguren	167
3.3 Data-analyse.....	169
3.4 Datarapportage	169
4. Onderzoeksresultaten	170
4.1 Resultaten per sector	170
4.1.1 Sector hulpverlening	170
4.1.2 Sector die toezicht houdt op de medische praktijk.....	173
4.1.3 Sector Justitie	175
4.2 Sectoroverschrijdende conclusies	175
5. Algemeen besluit en aanbevelingen.....	177
5.1 De bruikbaarheid van de methode.....	177
5.2 De resultaten van de empirische toepassing.....	177
DEELVII. BIBLIOGRAFIE	179
DEEL VIII. GLOSSARIUM/GLOSSAIRE.....	191

DEEL I INLEIDING

Sara Van Malderen
Brice De Ruyver

HOOFDSTUK I. DOELSTELLING ONDERZOEKSVRAGEN EN METHODOLOGIE

In wat volgt wordt de doelstelling en centrale onderzoeksvragen toegelicht en kort ingegaan op de methodologie van het onderzoek. In iedere deel van het onderzoeksrapport, dat werd opgedeeld aan de hand van de onderzoeksfases die werden doorlopen, wordt er dieper ingegaan op de gevolgde methodologie.

1. Doelstelling

Met de komst van de Federale Drugnota van 2001 werd een integraal en geïntegreerd drugbeleid geïntroduceerd in België (Federale Regering, 2001). Met deze nota wordt een louter strafrechtelijke aanpak verlaten en gekozen voor een normaliseringbeleid waarbij het drugprobleem in de eerste plaats wordt beschouwd als een probleem van volksgezondheid. Preventie en hulpverlening zijn prioritair in de aanpak van het drugprobleem met repressie als laatste redmiddel.

Met dit onderzoek “Do’s and don’ts in een integraal en geïntegreerd drugbeleid” wordt er nagaan in welke mate er reeds sprake is van een integraal en geïntegreerd drugbeleid met als doel goede praktijken en richtlijnen aan te reiken om dergelijk beleid (verder) uit te bouwen in België.

2. Onderzoeksvragen en methodologie

Om deze doelstelling te bereiken wordt een antwoord geformuleerd op volgende onderzoeksvragen:

1/ Welke beleidsactoren, bouwstenen en randvoorwaarden zijn noodzakelijk om een effectief integraal en geïntegreerd drugbeleid te implementeren in België?

Om deze vraag te beantwoorden werd een literatuuronderzoek uitgevoerd waarbij evaluatiestudies werden geanalyseerd om effectieve vormen of good practices van samenwerking tussen de verschillende beleidssectoren (welzijn – en gezondheidssector, preventie, hulpverlening, politie en justitie) te identificeren.

→ Ten eerste kan op deze wijze worden nagaan ‘wat’ er werkt of *welke interventies effectief zijn* gebleken op basis van bestaande nationale en internationale evaluatiestudies. Ten tweede wordt er een antwoord gegeven op de ‘hoe’ vraag of op *welke wijze een interventie wordt geïmplementeerd* en welke sterke en zwakke punten en randvoorwaarden zijn.

2/ Zijn deze beleidsactoren, bouwstenen en randvoorwaarden om een effectief integraal en geïntegreerd drugbeleid te implementeren ook aanwezig in België?

Hiertoe werden actoren, bevoegdheden en bestaande samenwerkingsverbanden in kaart gebracht. Ten eerste werd nagegaan welke actoren, bevoegdheden, overlegfora en samenwerking er bestaat tussen de beleidssectoren en de verschillende bevoegdheidsniveaus verantwoordelijk voor het drugbeleid. Hierbij werd rekening gehouden met actoren, bevoegdheden en structuren relevant voor het operationeel maken van projecten én die op wettelijke basis zijn vastgelegd of door een protocol- of samenwerkingsakkoord tot stand gekomen tussen één van de bevoegdheidsniveaus. Hiervoor werden wetgevende documenten, richtlijnen en bestaande onderzoeken ter zake gescreend. Op deze wijze kan worden aangetoond welke actoren of samenwerkingsverbanden institutioneel zijn vastgelegd om de realisatie van een integraal en geïntegreerd drugbeleid mogelijk te maken en welke actoren of samenwerking ontbrekend maar aangewezen is.

Om deze gegevens aan te vullen werd een bevraging georganiseerd van lokale en provinciale drugcoördinatoren teneinde zicht te krijgen op bestaande overlegorganen en samenwerkingsverbanden tussen actoren actief in het drugbeleid die niet zijn geïnstitutionaliseerd maar wel zijn opgezet in de praktijk.

→ Op basis van deze gegevens kan worden nagegaan welke actoren, bevoegdheden en samenwerking er reeds bestaan en welke samenwerkingsverbanden nog mogelijk zijn in het licht van de praktijken die eerder werden geïdentificeerd in het literatuuronderzoek.

3/Hoe dient een integraal en geïntegreerd drugbeleid te worden opgezet? Wat zijn do's en don'ts bij het implementeren van samenwerkingsverbanden?

Met deze onderzoeksvraag worden de mogelijkheden en problemen met de implementatie van een integraal en geïntegreerd drugbeleid in kaart gebracht. Hiervoor worden interviews en focusgroepen georganiseerd om zicht te krijgen op do's en don'ts die worden ervaren in de samenwerking tussen sectoren. Bovendien wordt nagegaan waar er eventueel nog kan gedacht worden aan uitbreiding van bestaande samenwerkingsverbanden.

→ Op deze manier kan worden nagegaan of het haalbaar is om intersectorale interventies te implementeren in de praktijk en wat knelpunten en randvoorwaarden zijn voor de realisatie van een integraal en geïntegreerd drugbeleid.

Uitbreiding onderzoek/ Kunnen er op basis van sociaalwetenschappelijke criteria van betrouwbaarheid en geldigheid methoden en technieken worden beschreven en uiteengezet zodat beleidsrichtlijnen kunnen geëvalueerd worden?

Met deze bijkomende onderzoeksvraag wordt een evaluatiemethodiek ontworpen dat toelaat beleidslijnen, zoals ministeriële richtlijnen, richtlijnen van het College van Procureurs-generaal, de federale beleidsnota en nationale en lokale veiligheidsplannen te evalueren. Hiervoor wordt bestaande literatuur binnen het domein van het evalueren van het openbaar beleid, zoals geïnventariseerd in België en het buitenland (meer in bijzonder in Europa) geanalyseerd. Nadien wordt een inventaris van de verschillende methoden en technieken opgemaakt die gangbaar zijn in de sociale wetenschappen.

→ Op deze manier wordt een evaluatiemethodiek of draaiboek voor het uitvoeren van evaluaties aangereikt.

HOOFDSTUK II. CONCEPTUEEL KADER: NAAR EEN INVULLING VAN EEN INTEGRAAL EN GEÏNTEGREERD DRUGBELEID

1. Begripsomschrijving en afbakening van het onderzoek

1.1 Naar een invulling van “integraal en geïntegreerd drugbeleid”...

Met de komst van de Federale Drugnota van 2001 werd een integraal en geïntegreerd drugbeleid geïntroduceerd in België (Federale Regering, 2001). Met deze nota wordt een louter strafrechtelijke aanpak verlaten en gekozen voor een normaliseringsbeleid. Een integraal en geïntegreerd drugbeleid vloeit immers voort uit het model van de verzorgingsstaat waarbij de staat niet enkel repressief optreedt, maar ook instaat voor gezondheidsverlening ter bescherming van de maatschappij en het individu.

Een integrale en geïntegreerde benadering van het drugfenomeen waar een gezondheidsbenadering wordt benadrukt, staat centraal in Belgische beleidsdocumenten en vormt ook het uitgangspunt op Europees niveau (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2006, 2007; Raad van de Europese Unie, 2004, 2005).

Toch heeft in de (wetenschappelijke) literatuur een “*integraal en geïntegreerd drugbeleid*” als concept eerder de status van een containerbegrip. Het is een modeterm die willekeurig wordt gehanteerd zonder dat de precieze invulling helemaal duidelijk is.

In dit onderzoek verwijst “*integraal*” naar ‘allesomvattend’, ‘volledig’. Het drugfenomeen is een multidimensionaal gegeven dat bestaat uit verschillende dimensies en bijgevolg ook in al haar facetten moet worden aangepakt. Het drugfenomeen heeft betrekking op gezondheidsaspecten, (sociaal)-economische aspecten, veiligheidsaspecten en internationale aspecten waar zowel de vraag- als de aanbodzijde deel uitmaken van het beleid (De Pauw, 2007; De Ruyver, 2007; De Ruyver, Casselman, Meuwissen, Bullens, & Van Impe, 2000; Decorte et al., 2004). Waar de reductie van de vraagzijde bestaat uit interventies met als doel de persoonlijke weerstand ten aanzien van druggebruik te verhogen, is de reductie van de aanbodzijde gericht naar interventies met als doel de toegang tot en gebruik van drugs te reduceren (Pentz, 2003). Een integraal drugbeleid bestaat daarom uit verschillende beleidssectoren waardoor zowel welzijn- en gezondheids, preventieve als hulpverlenende en repressieve elementen worden samengebracht.

“*Geïntegreerd*” houdt direct verband met een integrale benadering. Een aanpak waarbij er wordt ingewerkt op alle aspecten van het drugfenomeen (integraal) vereist de betrokkenheid van alle relevante actoren en diensten die de verschillende sectoren vertegenwoordigen (geïntegreerd). Samenwerking en afstemming tussen actoren is dan ook noodzakelijk (Heed, 2006). Zowel een horizontale afstemming tussen de sectoren als een verticale afstemming tussen alle bevoegdheidsniveaus is vereist om het drugfenomeen vanuit verschillende invalshoeken aan te pakken. De diverse bevoegdheidsdomeinen (welzijn, volksgezondheid, politie en justitie, ruimtelijke ordening, sociale zaken,...) betrokken bij de aanpak van het drugfenomeen situeren zich immers zowel op federaal, gewestelijk- en gemeenschapsniveau als op provinciaal en lokaal niveau.

In dit onderzoek verwijzen we naar “*drugbeleid*” als de aanpak van het drugfenomeen ongeacht het gaat om illegale of legale drugs. In alle EU lidstaten is het drugbeleid in eerste instantie immers een gezondheidsbeleid waarbij het onderscheid legale vs. illegale drugs enkel juridisch-criminologisch relevant is (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2006).

Algemeen kunnen we dus stellen dat een integraal en geïntegreerd drugbeleid niet eenzijdig is gericht naar één welbepaald aspect van het drugfenomeen, maar waar verschillende domeinen, beleidssectoren en bijgevolg verschillende actoren actief in deze domeinen worden verenigd (Coppel, 2008). Een integraal en geïntegreerd drugbeleid moet dan ook kaderen in een algemeen sociaal en welzijnsbevorderend beleid (Roose, 2004; Van Cauwenberghe, 2004; Vandenberghe, 1998; Vlaamse overheid). De drugproblematiek is immers een volksgezondheidsprobleem. De objectieven van de verschillende beleidssectoren zijn echter wel divers en onderling verschillend. Een integraal en geïntegreerd drugbeleid gaat dan ook niet alleen over de objectieven van een drugbeleid maar evenzeer over de wijze waarop het drugbeleid de verschillende objectieven wil bereiken. De doelstellingen worden bereikt via een integrale en geïntegreerde methode.

1.2 ...en daaruit resulterende selectiecriteria

Uit de voorgaande invulling van “*integraal en geïntegreerd drugbeleid*” vloeien enkele selectiecriteria voort. Deze criteria worden gehanteerd als leidraad om een selectie te kunnen maken uit wetenschappelijke studies en projecten die kaderen binnen de gehanteerde definitie. De eerste fase van het onderzoek bestaat immers uit een literatuurstudie waarbij het de bedoeling is om een diversiteit aan studies te identificeren. Op deze manier kunnen good practices worden geanalyseerd om bijgevolg knelpunten en mogelijkheden te distilleren op basis van deze studies en projecten. De literatuurstudie is dan ook een belangrijk vertrekpunt en vormt de basis voor volgende onderzoeksfasen.

1.2.1 Identificatie van sectoren

Aangezien een integraal en geïntegreerd drugbeleid verschillende domeinen bestrijkt worden er vier **sectoren** gehanteerd om een classificatie mogelijk te maken. Deze classificatie weerspiegelt de verschillende sectoren betrokken in het drugbeleid. Naast deze vier sectoren wordt er ook rekening gehouden met enkele **subcategorieën** om de sectoren verder te specificeren (cf. onderstaande tabel).

Sectoren en subcategorieën					
Sector	Welzijn- gezondheid	en	Preventie	Hulpverlening	Veiligheid
Subcategorie	Niet-drugspecifiek		Drugspecifiek Harm reduction Vroeginterventie	Drugspecifiek	Drugspecifiek
Aangrijpingspunt	<i>Vraagzijde</i>				<i>Aanbodzijde</i>

Onder de ‘welzijn- en gezondheidssector’ worden die interventies gerekend die zijn gericht naar het algemeen welzijn en een gezondheidsbevorderende finaliteit in zich dragen. Meer concreet gaat het om niet-drugspecifieke maatregelen waarbij er wordt ingewerkt op verschillende levensdomeinen van de druggebruiker waaronder huisvesting, arbeidstoeleiding, opleiding, financiële situatie, vrijetijdsbesteding.

De sector ‘preventie’ omvat interventies specifiek gericht naar de drugproblematiek en naar specifieke risicogroepen of risicosettings (‘selectieve preventie’) of naar specifieke individuen die een hoog risico lopen (‘geïndiceerde preventie’). Preventie, niet specifiek gericht naar de drugproblematiek en bedoeld voor de algemene bevolking (‘universele’ of ‘generale preventie’) (Botvin & Griffin, 2003) wordt niet ondergebracht in de sector ‘preventie’ maar in de ‘welzijn- en gezondheids’ sector. Dergelijke interventies beogen immers het algemeen welzijn en hebben een algemeen gezondheidsbevorderende finaliteit.

Harm reduction wordt niet als een aparte sector opgenomen in dit onderzoek maar maakt deel uit van de sector ‘preventie’. Spuitenruil of gebruikersruimten hebben immers als primair doel het voorkomen of het beperken van druggerelateerde schade, zowel ten aanzien van het individu (druggebruiker) als ten aanzien van de samenleving.

Vroeginterventie wordt ook gerekend tot de sector preventie aangezien dergelijke interventies ook gericht zijn naar specifieke risicogroepen- en individuen. Dergelijke interventies zijn noodzakelijk gezien sommige individuen een groter risico lopen voor druggebruik dan anderen (Brook, Brook, Richter, & Whiteman, 2003).

De sector ‘hulpverlening’ omvat enkel drugspecifieke hulpverleningsinterventies of gespecialiseerde drughulpverleningsvormen zoals bijvoorbeeld substitutiebehandeling of een therapeutische gemeenschap. Niet-drugspecifieke hulpverleningsinterventies of interventies in het kader van algemene gezondheid- en welzijnszorg worden ondergebracht bij de ‘welzijn- en gezondheidssector’.

De sector ‘veiligheid’ bevat interventies die zich situeren op de verschillende echelons van de strafrechtsbedeling, met name het strafrechtelijk beleid *sensu stricto*.

1.2.2. Betrokkenheid van minimaal twee sectoren: intersectorale interventies, niet enkel gericht op het veiligheidsperspectief maar vertrekkende vanuit een gezondheids- en welzijnspectief

Op basis van voorgaande invulling van “integraal en geïntegreerd drugbeleid” is de betrokkenheid van minimaal twee sectoren vereist. De nadruk ligt met andere woorden op intersectorale interventies, interventies tussen verschillende sectoren betrokken in het drugbeleid. Projecten of studies betreffende interventies binnen één sector worden bijgevolg niet geselecteerd. Bovendien worden interventies louter opgezet vanuit veiligheidsperspectief niet opgenomen. Een integraal en geïntegreerd drugbeleid” kadert immers in een ruimer beleid waar de drugproblematiek in de eerste plaats wordt beschouwd als een volksgezondheidsprobleem.

1.2.3. Niet uitsluitend gericht naar illegale drugs

Bij de selectie van studies ligt de focus op illegale en legale drugs gezien de drugproblematiek niet meer een louter strafrechtelijke aangelegenheid is maar een zaak is van volksgezondheid. Voor de selectie van een interventie moet wel steeds een illegale component aanwezig zijn. Interventies louter gericht naar legale drugs behoren aldus niet tot het onderzoeksveld.

DEEL II LITERATUURSTUDIE

Sara Van Malderen
Mathieu Chapeau
Brice De Ruyver
André Lemaître

INLEIDING

In dit deel wordt nagegaan welke praktijken in het kader van een integraal en geïntegreerd drugbeleid effectief zijn bevonden in de literatuur. Op basis van evaluatiestudies kan informatie worden vergaard over de do's en don'ts in een integraal en geïntegreerd drugbeleid.

HOOFDSTUK I. METHODOLOGIE

1. Zoekmethode

1.1 Doelstelling

De literatuurstudie heeft als doel de **identificatie van good practices** die kaderen in een integraal en geïntegreerd drugbeleid. Meer concreet wordt er gezocht naar evaluatiestudies, studies die bestaande interventies evalueren. Op basis van deze studies kunnen good practices worden geanalyseerd om bijgevolg knelpunten en mogelijkheden te distilleren. De literatuurstudie is een belangrijk vertrekpunt en vormt ook de basis voor volgende onderzoeksfases. Informatie uit de studies wordt ondermeer gebruikt om actoren te identificeren die essentieel zijn voor het opzetten van interventies die kaderen binnen een integraal en geïntegreerd drugbeleid. De literatuurstudie zal eveneens dienen als basis voor de haalbaarheidsstudie. Zo wordt er geput uit de gegevens van de literatuurstudie voor het opstellen van de vragenlijst voor de interviews. Bovendien dient de literatuurstudie als basis voor het opstellen van het draaiboek voor de focusgroepen. Voor de selectie van studies staat **diversiteit** centraal. Dit overzicht van opgenomen (inter)nationale studies in dit onderzoek is bijgevolg niet-exhaustief. Er wordt gestreefd naar een variatie in studies wat betreft het type van sectoren die betrokken zijn in een interventie. De onderzoekers kijken er met andere woorden op toe dat niet enkel studies worden opgenomen die zich situeren rond de samenwerking tussen hulpverlening en justitie. Een integraal en geïntegreerd drugbeleid beperkt zich immers niet tot dergelijke samenwerking. De geselecteerde studies zijn opgenomen in een inventaris (cf. infra, Hoofdstuk II en bijlage¹).

1.2 Zoekstrategie

Geografische opdeling

Om de zoekactie naar internationale studies tussen de onderzoeksequipes te organiseren, werd het actieterrein opgedeeld op basis van een geografische opdeling van landen. De equipe van de universiteit Gent richtte zich naar Nederlandstalige landen, de noordelijk gelegen Europese landen en Australië. De Franstalige landen, de zuidelijk gelegen Europese landen en Canada behoorden tot het actieterrein van de equipe van de universiteit van Luik. Toch was de onderzoeksblik voornamelijk gericht naar landen waar reeds een integraal en geïntegreerd drugbeleid is uitgebouwd. Met name de Noordelijk gelegen Europese landen, het Verenigd koninkrijk, Canada en Australië hebben het meeste ervaring met het opzetten van dergelijk beleid.

Zoekacties

Een eerste 'brede' zoekactie werd gestart vertrekkende vanuit een gezondheidsperspectief. Hiervoor werd een uitgebreid arsenaal aan on-line wetenschappelijke databanken geconsulteerd. Bovendien werden relevante websites gescreend en werden experts die kennis hebben van of vertrouwd zijn met

¹ De bijlagen in het kader van dit onderzoek en eindrapport, kunnen geraadpleegd worden op www.belspo.be.

intersectoraal werken geïdentificeerd en gecontacteerd met de vraag of zij nuttige referenties konden aanleveren. Op basis van de resultaten van de eerste zoekactie werd beslist ook een tweede, bijkomende zoekactie in te zetten geënt op de overlastproblematiek, gezien op dit terrein steeds vaker een integrale en geïntegreerde aanpak wordt toegepast. Ook in het Belgische beleid wordt de aanpak van (drug) overlast beklemtoond (Belgisch Staatsblad, 10 juni 1999; Drugwet van 3 mei 2003, X; "Ministeriële Omzendbrief OOP30 van 2 mei 2001 aangaande de uitvoering van de wet van 13 mei 1999 betreffende de invoering van de gemeentelijke administratieve sancties, Belgisch Staatsblad," 23 mei 2001). De eerste 'brede' zoekactie leverde namelijk vooral studies op die zich beperken tot enkele segmenten, meer bepaald tussen de sector hulpverlening en de sector justitie. Bovendien werd vastgesteld dat de screening van de wetenschappelijke databanken niet voldoende gegevens opleverde. Met de tweede zoekactie werden dezelfde databanken nogmaals geconsulteerd maar de nadruk werd voornamelijk gelegd op het contacteren van mensen op het terrein om kennis te nemen van bestaande projecten die werden geëvalueerd teneinde het aantal gevonden studies te verhogen. Dergelijke, vaak lokaal geïmplementeerde projecten vinden immers zelden hun neerslag in databanken of kennen geen ruime (internationale) verspreiding. Om experts te identificeren en te bereiken, werd contact genomen met een aantal nationale focal points², studie bureaus en onderzoekscentra. Op basis van deze contactnames kon aan de hand van de sneeuwbal methode bijkomende experts worden geïdentificeerd. In sommige gevallen werden ook de auteurs van de studies gecontacteerd voor inhoudelijke verduidelijking.

1.3 Zoekbronnen

In wat volgt wordt een overzicht gegeven van de diverse zoekbronnen die werden geconsulteerd. Online wetenschappelijke databanken en websites werden gescreend en nationale focal points, studie bureaus, onderzoekscentra, organisaties en experts werden gecontacteerd op basis van de sneeuwbal methode.

Databanken:

Web of Science, Pubmed, Drugscope, Alcohol Concern, Archido, Toxibase, EDDRA (exchange on drug demand reduction action), EIB (Evaluation Instruments Bank) en de databank van de Cochrane Collaboration.

Websites:

Website EMCDDA, Website Home Office, Website WODC, Website Europese Commissie, Website of ECAD (European cities against drugs), Website World Health Organization Regional Office for Europe. Health in prisons project, Website Campbell Collaboration, Website Beckley Foundation Drug Policy Programme, Website Stichting Veiligheid en Maatschappij, Website VAD

Nationale focal points:

België, Verenigd Koninkrijk, Nederland, Ierland, Luxemburg, Duitsland, Finland, Frankrijk, Spanje, Italië, Portugal³.

Studiebureaus, studiecentra en organisaties:

Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving (Nederland), Trimbos Instituut (Nederland), Intraval (Nederland), Crime Concern (VK), Centre for crime and justice studies (VK), Centre for criminal justice studies (VK), North Inner City Task Force (Ierland), European forum for

² 25 nationale focal points in de EU-lidstaten en Noorwegen verzamelen en wisselen informatie uit en vormen het Europees informatie netwerk betreffende drugs en drug verslaving, Reitox

³ De voorkeur ging uit naar het contacteren van de focal points van België, het Verenigd Koninkrijk, Nederland, Ierland en Luxemburg. Deze landen hebben immers de reductie van druggerelateerde overlast expliciet opgenomen als doelstelling in het nationaal drugbeleid. Er werd ook een beroep gedaan op de focal points van Duitsland en Finland. In deze landen werden immers interventies voor de aanpak van de open drug scene aan een evaluatie onderworpen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2005). Verder werd ook contact genomen met het focal point van Frankrijk, Spanje, Italië en Portugal.

urban safety, Pompidou Groep, Drug Info (Australië), Australian Drug Information Network (Australië)

Experts tewerk gesteld bij:

Trimbos Instituut, onderzoeksbureau Intraval, de Brijder Verslavingszorg, Nederlands Jeugdinstuut, Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving (Nederland); Institute for Criminal Policy Research, Crime & Drugs Analysis and Research, Home Office (VK); Ministerie van Justitie, Police College of Finland (Finland); National Anti-Drug Agency (Roemenië); North East Inner City Community Policing Forum (Ierland); Drogenreferat Stadt Frankfurt am Main, Drogenberatung, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Universiteit Hamburg (Duitsland); Gemeentebestuur Barcelona, Volksgezondheid (Spanje); Deakin University, School of Psychology (Australië); Onderzoeksgroep Drogue: politiques et interventions, Universiteit Montreal (Canada); l'Ecole de Criminologie, Universiteit van Porto (Frankrijk); EUROTOX, Provincie Antwerpen (België); European Cities Against Drugs; European forum for urban safety; Health in Prisons Project and Illicit Drugs, Alcohol and Drugs Unit, World Health Organization Regional Office for Europe; Universiteit van Amsterdam en het Pompe Instituut; Afdeling Extern Wetenschappelijke Betrekkingen van het WODC portfolio drugs en verslaving; Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, EMCDDA drugbeleid en evaluatie; EMCDDA reductie van druggerelateerde schade, drughulpverlening en sociale rehabilitatie; Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.

Experts bij volgende organisaties werden gecontacteerd voor het aanleveren van literatuur betreffende methodologische criteria van effectstudies: Centrum voor sociologisch onderzoek KULeuven, Lucas-Centrum voor zorgonderzoek en consultancy KULeuven; Centrum voor sociologisch onderzoek KULeuven. Tenslotte werd ook het instituut "Office Fédéral de Santé Publique" (OFSP) aangesproken gezien ook Zwitserland expertise heeft met het uitbouwen van een integraal en geïntegreerd drugbeleid (Cattacin, 2008). Het OFSP financiert en voert projecten uit in het kader van drugpreventie.

1.4 Zoektermen

Voor de eerste zoekactie werden volgende zoektermen gebruikt om de wetenschappelijke databanken te screenen: De zoektermen 'multidisciplinary', 'multi-agency', 'transdisciplinary', 'evidence-based', 'integrated', 'integral', 'comprehensive' werden gecombineerd met 'drug policy' en 'approach'. Verder werden ook 'coordination', 'collaboration' en 'linkages' gebruikt als zoektermen.

Voor de tweede zoekactie werden de termen 'nuisance' en 'drug-related nuisance' gebruikt.

1.5 Selectiecriteria

Om te besluiten tot de selectie van een studie hebben de onderzoekers zich gebaseerd op het type studie en het type interventie.

Type studie

In de beginfase van het onderzoek lag de focus op **effectevaluaties**. Toch moest worden vastgesteld dat dergelijk onderzoek niet sterk aanwezig is, toch wat betreft studies die het effect meten van een interventies waar meerdere sectoren betrokken zijn. Vaak gaat het om studies die het effect meten van interventies binnen één sector, zoals de effectiviteit van een behandelingsprogramma of van handhavinginterventies. Bovendien werden ook nog andere evaluatiestudies gevonden die niet de effectiviteit van een interventie nagaan maar focussen op factoren die het implementatieproces bevorderen of belemmeren. Deze **procesevaluaties** kunnen nochtans een belangrijke bijdrage leveren aan het onderzoek. Terwijl bij effectstudies de 'wat' vraag centraal staat (wat, welke interventie is effectief) wordt bij een procesevaluatie een antwoord gegeven op de 'hoe' vraag (hoe is men tewerk gegaan, op welke wijze wordt een interventie geïmplementeerd en welke knelpunten en opportuniteiten stellen zich) (De Maeseneire & Rosiers, 2003; Swanborn, 1999). Naast effectevaluaties werden dan ook procesevaluaties opgenomen in het onderzoek.

Naast deze evaluaties werden ook documenten geselecteerd die **praktijkbevindingen** weergeven. Het gaat hier ondermeer over ervaringen van werkgroepen met de implementatie van interventies binnen

een integraal en geïntegreerd lokaal drugbeleid. Deze bronnen zijn geen effect- noch procesevaluaties maar wijzen op belangrijke aandachtspunten die in rekening moeten worden gebracht, ze wijzen met andere woorden ook op de do's en de don'ts in een integraal en geïntegreerd drugsbeleid.

Type interventie

Om een effect- of procesevaluatie of een bijdrage over praktijkbevindingen te selecteren, geldt de definitie van “integraal en geïntegreerd drugbeleid” als vertrekpunt. (cf. supra, Begripsomschrijving en afbakening van het onderzoek). Wetenschappelijke studies moeten voldoen aan twee criteria om geselecteerd te worden. Ten eerste moet er sprake zijn van de betrokkenheid van minimaal twee sectoren. Enkel intersectorale interventies worden geselecteerd. Interventies binnen één sector vallen buiten het onderzoeksdomen. Ten tweede worden enkel studies geselecteerd die een illegale component bevatten, gericht zijn naar de aanpak van illegale drugs. Interventies die enkel de aanpak van legale drugs beogen, worden niet opgenomen. Interventies zowel gericht naar illegale als legale drugs, worden wel geselecteerd.

2. Wetenschappelijke waarde: classificatie volgens de methodologische criteria van de Maryland Scientific Method Scale

2.1 Effectief of niet effectief: “what works”?

Op basis van de Maryland Scientific Method Scale kunnen we bepalen in welke mate een interventie, als good practice geïdentificeerd in een studie, ook werkelijk effectief is (Sherman, Farrington, Welsh, & Mackenzie, 2002). Het is niet omdat een studie bepaalde good practices voorlegt dat deze ook wetenschappelijk onderbouwd zijn. Om een causaal verband tussen een onafhankelijke en afhankelijke variabele vast te stellen moet er worden voldaan aan het experimenteel design⁴. Om uitspraken te kunnen formuleren over interventies die werken of niet werken en in welke mate, wordt beroep gedaan op de Maryland Scientific Method Scale (MSMS). Niet alle studies voldoen immers aan alle criteria van een zuiver experimenteel design zoals hierboven beschreven.

De MSMS bestaat uit vijf niveaus. Om een effectstudie te beoordelen op methodologische kwaliteit wordt nagegaan op welk niveau de studie zich bevindt (Klein Haarhuis, van Ooyen-Houben, Kleemans, & Leeuw, 2005; Sherman et al., 2002). Het eerste niveau wijst er op dat er een correlatie is tussen de interventie en het gemeten effect. Er wordt enkel gekeken naar het effect of de uitkomstvariabele op een bepaald punt in de tijd, zonder dat een vergelijking wordt gemaakt met de periode vóór de invoering van de interventie. Op basis van dergelijke studies kan er geen causaal verband worden aangetoond. Het tweede niveau meet het effect na en voor de interventie maar er wordt niet gewerkt met een controlegroep. Er kan dus enkel worden vastgesteld dat er een verandering optreedt na de interventie zonder dat deze daarom kan worden toegeschreven aan de interventie. Dit design toont aan dat er in bepaalde mate een causaal verband is maar aangezien er niet wordt gecontroleerd voor eventuele storende factoren en dus ook andere elementen verantwoordelijk kunnen zijn voor de verandering die optreedt na de interventie, kan op basis van dit design niet worden geconcludeerd tot een causaal verband is. Het derde niveau meet het effect na de interventie en voor de interventie en er wordt gewerkt met een controlegroep die niet werd blootgesteld aan de interventie. Dit design is minimaal vereist om uit te gaan van een causale relatie en dus te veronderstellen dat een interventie effectief is. Het vierde niveau meet ook het effect voor en na de interventie en vergelijkt deze resultaten met een controlegroep maar houdt ook rekening met mogelijke storende factoren. Het is immers mogelijk dat het gemeten effect kan verklaard worden door andere factoren dan de

⁴ Dit design laat toe te concluderen dat een bepaald effect (afhankelijke variabele), bijvoorbeeld reductie van het druggebruik, toe te schrijven is aan de experimentele manipulatie. Een experimentele manipulatie kan een bepaalde interventie of maatregel zijn (onafhankelijke variabele), bijvoorbeeld de doorverwijzing naar de hulpverlening vanuit justitie. Om het effect van de maatregel na te gaan wordt er gewerkt met een experimentele en controlegroep die zo sterk mogelijk op elkaar gelijken en op toevalsbasis zijn samengesteld. De experimentele groep wordt blootgesteld aan de maatregel, de controlegroep niet. Indien een verschil wordt vastgesteld tussen de twee groepen (bv. niveau van druggebruik) is dit verschil toe te schrijven aan de maatregel. Bovendien gebeurt er bij beide groepen een meting voor en na de experimentele manipulatie. Op basis van dergelijk design zijn we in staat te stellen dat het effect dat wordt bereikt te wijten is aan de interventie zelf.

interventie. Het vijfde niveau komt overeen met het zuiver experimenteel design. Er vindt een voor- en nameting plaats bij de controlegroep en de experimentele groep die op toevalsbasis zijn samengesteld waardoor alle mogelijke storende factoren gelijk variëren en het effect ervan kan gecontroleerd worden. Op basis van het toekennen van studies aan een bepaald niveau kunnen interventies onderling worden vergeleken. De MSMS laat toe om effectevaluaties op te delen naargelang de sterkte van het wetenschappelijk bewijs. Van zodra een (quasi) experimenteel design wordt gehanteerd, kunnen er uitspraken worden geformuleerd in termen van effectiviteit en kan er verondersteld worden dat het effect kan worden toegeschreven aan de interventie zelf.

2.2 Beperkingen

In sociaal-wetenschappelijk onderzoek ontbreekt echter vaak niet alleen een voormeting maar wordt er naast een experimentele groep geen controlegroep gebruikt of worden de groepen niet op toevalsbasis samengesteld. Dit betekent dan ook dat er geen uitspraken kunnen geformuleerd worden in termen van effect (Loosveldt, 2001). In het kader van een effectmeting van een strafrechtelijke interventie bijvoorbeeld, kan de experimentele groep niet op basis van toeval geselecteerd worden. Het gaat immers om een wel geselecteerde groep van personen die in aanmerking komen voor bijvoorbeeld een alternatieve afhandeling. Bovendien kan ook geen controlegroep worden samengesteld die gelijkaardig is aan de experimentele groep (De Ruyver, Ponsaers et al., 2007). Procesevaluaties en praktijkbevindingen kunnen niet worden beoordeeld op basis van de MSMS aangezien ze geen effect meten. Om de wetenschappelijke waarde van deze studies te bepalen werd beroep gedaan op de databank Web of Science. Artikels die voorkomen op Web of Science hebben immers een sterke internationale wetenschappelijke waarde⁵. Ze worden immers onderworpen aan een peer review. Naast het gebruik van Web of Science, werd ook de lijst ‘tijdschriften geldig voor doctoraatstoelage’ en de lijst ‘uitgeverijen geldig voor doctoraatstoelage’ van de Universiteit Gent geraadpleegd. Deze lijsten bevatten tijdschriften en uitgeverijen die niet terug te vinden zijn op de Web of Science, maar toch een belangrijke internationale wetenschappelijke waarde genieten⁶.

3. Geselecteerde studies

3.1 Resultaten zoekacties

In totaal werden 61 studies geselecteerd voor het onderzoek, 8 nationale en 52 internationale studies. Met de eerste zoekactie konden 26 studies worden geselecteerd en de tweede zoekactie leverde een bijkomend aantal van 35 studies op. Zoals vermeld werd de zoekacties tussen de onderzoeksequipes georganiseerd op basis van een geografische opdeling van landen (cf. supra, 1.2 Zoekstrategie). De equipe van de Universiteit Gent selecteerde 41 internationale en 6 nationale studies. De equipe van de Université de Liège selecteerde 2 nationale en 12 internationale studies.

3.2 Wetenschappelijke waarde geselecteerde studies

De meerderheid van de geïdentificeerde effectevaluaties (25 studies) situeren zich tussen niveau 1 of niveau 2 op de MSMS. Zes studies bevinden zich op niveau 3 van de MSMS, slechts één studie bevindt zich op niveau 4. Er werd geen enkele studie geïdentificeerd die zich situeert op niveau 5 van de MSMS (zuiver experimenteel design). Deze bevindingen zijn echter niet verrassend. In sociaal-wetenschappelijk onderzoek ontbreekt echter vaak niet alleen een voormeting maar wordt er naast een experimentele groep geen controlegroep gebruikt of worden de groepen niet op toevalsbasis samengesteld. Om die reden is de score op de MSMS niet bepalend in dit onderzoek om een studie al dan niet op te nemen. Ook studies waar er enkel een nameting gebeurt (MSMS:1) worden opgenomen. Studies die niveau 3 van de MSMS niet halen zijn echter twijfelachtig in termen van effectiviteit. Er kan niet worden gesteld dat het gemeten effect is toe te schrijven aan de interventie. Toch worden deze studies ook waardevol geacht gezien ze op zijn minst indicaties geven en vaak ook iets vertellen over

⁵ Dit zijn de zogenaamde A1 artikels. A1 artikels krijgen de hoogste wetenschappelijke ranking.

⁶ Deze tijdschriften en uitgeverijen bevatten werken die niet worden gerangschikt als A1 publicatie maar toch een grotere wetenschappelijke waarde hebben dan de A2 bijdragen.

de ervaringen van de betrokkenen met de interventie. De grote meerderheid van de procesevaluaties en alle documenten betreffende bevindingen op basis van praktijkervaringen zijn niet terug te vinden op Web of Science of in de lijsten van de Universiteit Gent. Dit bevestigt nogmaals het gegeven dat evaluaties van interventies (vaak lokaal geïmplementeerd) zelden hun neerslag vinden in databanken of niet ruim (internationaal) worden verspreid. Bovendien beklemtoont dit gegeven het belang van de contactname van experts en terreinwerkers om kennis te kunnen krijgen van het bestaan van dergelijke interventies.

HOOFDSTUK II. INVENTARISATIE EN IDENTIFICATIE VAN GOOD PRACTICES

1. Inventarisatie van good practices

Om een overzicht te geven van alle studies die werden geselecteerd voor de literatuurstudie werd hiervan een inventaris opgemaakt (cf. bijlage). Deze inventaris bevat good practices in binnen- en buitenland maar is niet exhaustief.

Op basis van deze inventaris wordt vastgesteld dat er bepaalde landen zijn die sterk(er) vertegenwoordigd zijn dan andere landen. Het Verenigd Koninkrijk in de eerste plaats maar ook uit Nederland zijn een meerderheid aan evaluatiestudies afkomstig. Bovendien zijn de zuidelijk gelegen Europese landen duidelijk minder vertegenwoordigd in de inventaris dan de noordelijk gelegen Europese landen. Deze bevindingen liggen grotendeels in lijn met datgene wat er kan verwacht worden (Leeuw, 2005). Het Verenigd Koninkrijk en Nederland hebben immers reeds lang een traditie van 'evalueren'. Bovendien is 'evaluatie' ook nog grotendeels een fenomeen van de West Europese landen maar toch maken de zuidelijk gelegen Europees landen stilaan hun opgang. Canada behoort ook tot de landen met een lange traditie van 'evalueren' maar is echter beperkt vertegenwoordigd in de inventaris.

De focus voor de identificatie van studies lag op diversiteit (in termen van betrokken sectoren, cf. supra, Hoofdstuk I. Methodologie). Op basis van de inventaris kan gesteld worden dat het ook mogelijk was om een diversiteit aan interventies te identificeren. Niet enkel interventies tussen de sector hulpverlening en de sector veiligheid zijn vertegenwoordigd. Nochtans, is de samenwerking tussen justitie en de hulpverlening een klassieker en in verschillende landen worden dergelijke interventies uitgebouwd. In deze landen leeft de overtuiging en ook wetenschappelijke bevindingen onderbouwen dit, dat er een niet-éénduidig verband bestaat tussen druggebruik en criminaliteit en dat bijgevolg de oriëntatie naar de hulpverlening van justitiecliënten niet enkel de druggebruiker maar ook de samenleving ten goede komt. Toch kan een integraal en geïntegreerd drugbeleid niet herleid worden tot het samengaan van de sector hulpverlening en veiligheid. De inventaris illustreert dit ook en bevat ook interventies waar de andere sectoren of alle sectoren betrokken zijn. In wat volgt wordt een overzicht geboden van good practices die geïdentificeerd kunnen worden op basis van de literatuurstudie.

2. Beschrijving van good practices

2.1. Intrasectorale interventies of de verschillende beleidsdimensies in een integraal en geïntegreerd drugbeleid: good practices

Gezien in een integraal en geïntegreerd drugbeleid verschillende beleidssectoren samenkomen worden er ook verschillende beleidsdimensies- en doelstellingen nagestreefd. Niettegenstaande dat intersectorale interventies de kern vormen van een integraal en geïntegreerd drugbeleid is het noodzakelijk kennis te hebben van de effectiviteit van de verschillende beleidsdomeinen afzonderlijk. Als men verschillende interventies wil integreren is het wenselijk inzicht te hebben in de effectiviteit van al deze verschillende beleidsdimensies. In dit deel wordt het algemeen wetenschappelijk bewijs dat voorhanden is betreffende de effectiviteit van interventies van preventie, hulpverlening of veiligheid besproken.

2.1.1 Welzijn- en gezondheid

Er is niet veel wetenschappelijk onderzoek waar de effectiviteit van interventies, gericht naar het algemeen welzijn en gezondheidsbevordering wordt bestudeerd. Het effect van interventies gericht naar verbeteren van de verschillende levensdomeinen zoals het terugdringen van de werkloosheid, het verbeteren van gezondheidscondities en opleidingsmogelijkheden is immers moeilijk na te gaan. De vraag blijft of de afname van druggerelateerde problemen toe te schrijven is aan een aanpak die inwerkt op deze verschillende levensdomeinen (Stevens., Trace, & Bewley-Taylor, 2005) Niettemin is er een sterk verband tussen druggerelateerde problemen, welzijn en sociaal-economische deprivatie en zijn initiatieven gericht naar armoedebestrijding veelbelovend. Om die reden is het wenselijk dat het beleid zich richt naar de aanpak van sociaal-economische ongelijkheid gezien de relatie met de drugproblematiek (Stevens, 2008).

2.1.2 Preventie

Wetenschappelijk onderzoek ondersteunt slechts in bepaalde mate dat preventie werkt. Drugspecifieke preventie zoals mediacampagnes hebben geen of slechts een beperkt korte-termijn effect op de reductie van druggebruik en druggerelateerde criminaliteit. Er is wel wat bewijs voorhanden dat mediacampagnes gericht op gezondheidsgerelateerde thema's invloed hebben op attitudes, normen en gedrag. Voorwaarde is dat de boodschap moet gericht zijn naar een duidelijk afgebakende doelgroep 'at-risk' met oog voor persoonlijke kenmerken die de doelgroep karakteriseren, het type product en de communicatiekanalen die worden gebruikt door deze doelgroep. Mediacampagnes op televisie zouden niet leiden tot gedragverandering maar wel zorgen voor een grotere bewustwording en kennis.

Schoolsgerichte drugpreventie wordt vaak toegepast aangezien jongeren hier makkelijk bereikt worden. Evaluatieonderzoek toont echter aan dat niet alle preventieprogramma's leiden tot een reductie van druggebruik of druggerelateerde criminaliteit (Stevens. et al., 2005; Stevenson & Mitchell, 2003). Moraliserende preventieprogramma's waarbij voor- en nadelen van druggebruik op een angstwekkend manier worden besproken, bezorgt de doelgroep meer kennis over van het drugfenomeen maar heeft geen effect op het niveau van druggebruik (Stevens. et al., 2005). Dergelijke informatie kan bovendien nieuwsgierigheid opwekken en experimenteergedrag uitlokken. Drugpreventie die enkel dergelijke programma's gebruikt is dus niet effectief.

De meest effectieve drugpreventie bestaat uit preventieprogramma's gericht naar het aanleren van algemene, sociale- en leefvaardigheden en vaardigheden die de doelgroep rechtstreeks wapenen tegen druggebruik. Een continue investering in dergelijke interventies is wenselijk gezien het effect kan afnemen met de tijd. Voorbeelden zijn assertiviteitstraining in het omgaan met leeftijdsgenoten, het aanleren van vaardigheden in het uitbouwen van nieuwe vriendschappen, probleemoplossende vaardigheden, leren om weerstand te kunnen bieden tegen druggebruik en zelfbewustwording- en waardering. Programma's waar er interactie en actieve participatie is, zijn effectiever in het reduceren van druggebruik dan didactische programma's zoals lezingen of het tonen van een videofilm (Botvin & Griffin, 2003; Kumpfer & Alder, 2003). Preventieprogramma's gericht naar verschillende typen van drugs zijn niet minder effectief dan programma's gericht naar één type drug.

Evaluatieonderzoek toont aan dat preventieprogramma's voor jongeren effectiever zijn indien leeftijdsgenoten worden ingezet (Botvin & Griffin, 2003) aangezien zij een belangrijke invloed hebben op druggebruik (Oetting & Lynch, 2003). Op jongere leeftijd zijn familiegerichte preventieprogramma's meer aangewezen gezien dan de ouders een belangrijke invloed hebben op het kind (Brook et al., 2003) Preventieprogramma's gegeven door politie hebben weinig tot geen impact, hoewel deze preventie in de UK wijd geïmplementeerd wordt, zoals het Drug Abuse Resistance Education project (DARE) (Botvin & Griffin, 2003; Kumpfer & Alder, 2003; Sherman et al., 1998).

Hoewel er preventieprogramma's bestaan voor kinderen, is het merendeel van het evaluatieonderzoek gericht naar preventieprogramma's ten aanzien van jongeren. Het is immers moeilijk om het effect op druggebruik te meten gezien er veelal op jonge leeftijd nog geen sprake is van druggebruik. Preventieprogramma's voor kinderen hebben wel hun effect bewezen in termen van kennisvermeerdering inzake drugs en het aanleren van een anti-drug attitude.

Preventieprogramma's zijn voornamelijk ontwikkeld voor de blanke middenklasse. Toch toont evaluatieonderzoek aan dat deze programma's even effectief zijn ten aanzien van etnisch culturele

minderheden indien deze worden gemodelleerd aan de leefwereld van deze doelgroep. Het taalgebruik wordt aangepast en de voorbeelden die gegeven worden sluiten aan bij hun belevingswereld.

Effectiviteitsonderzoek toont aan dat vroeginterventie gericht naar de familie, school, gemeenschap en leeftijdsgenoten zorgt voor een reductie in druggebruik en risicofactoren, en voor een toename van beschermende factoren (Arthur, Ayers, Graham, & Hawkins, 2003). Deze interventies bestaan uit opvoedingsondersteuning voor ouders en het aanleren van sociale en leefvaardigheden van kinderen. De meest effectieve preventieprogramma's ten aanzien van risicogroepen- en individuen combineren familiegerichte, schoolgerichte, gemeenschapsgerichte en interventies (Eggert & Randell, 2003).

Interventies die werken zijn interventies die onrechtstreeks zijn gericht naar de preventie van druggebruik en inwerken op sociale- of leefvaardigheden. Vroeginterventie of ondersteuning aan families en kinderen uit sociaal achteruitgestelde wijken wordt beschouwd als effectief. Bovendien lijkt het effect gunstiger te zijn naargelang men vroeger ingrijpt in de ontwikkeling. Preventie rechtstreeks gericht naar het voorkomen van druggebruik voor specifieke risicogroepen en voor identificeerbare individuen met een hoog risico of kwetsbaarheid hebben weinig effect op het druggebruik (Stevens. et al., 2005; Vander Laenen, 2008).

2.1.3 Hulpverlening

Op basis van evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van interventies niet specifiek gericht naar één type drug, zien we dat verschillende hulpverleningsprogramma's (van abstinentie tot substitutiebehandeling), effectief zijn in het reduceren van druggebruik en recidive. Indien er toch verschillen worden opgemerkt, is dat tussen de instellingen die ze uitvoeren maar zijn er geen verschillen tussen de typen hulpverlening. De reden hiervoor is niet duidelijk. Het blijkt wel dat vooral de behandeling van polydruggebruik of meervoudige drugverslaving en de behandeling van dubbeldiagnose het moeilijkst is (Rigter, van Gageldonk, Ketelaars, & van Laar, 2004). Bovendien is er geen garantie dat een behandelingsprogramma dat werkt in een bepaalde lokale entiteit ook werkt in andere settings. Ook het gebrek aan een hulpverleningsaanbod zorgt ervoor dat niet iedereen kan bereikt worden (Stevens. et al., 2005). Tussen ambulante en residentiële behandeling lijkt er geen verschil te zijn in effectiviteit inzake druggebruik of het volgen van nazorg. (Autrique et al., 2007; Rigter et al., 2004; van Gageldonk, Ketelaars, & van Laar, 2006)

Voucher gebaseerde interventies, waarbij de hulpvrager wordt beloond onder de vorm van kaartjes voor evenementen of andere privileges wanneer er bewijs is dat hij of zij geen drugs meer gebruikt, zijn effectiever in het verminderen van druggebruik dan behandelingen zonder beloning. Motiverende gespreksvoering heeft middelmatige effecten in termen van alcohol- en druggebruik en behandelbereidheid en dit in vergelijking met geen of een placebo-behandeling. Terugvalpreventie is effectiever dan geen behandeling en kan leiden tot minder depressie, minder alcoholgebruik en hogere tewerkstellingsgraad (Autrique et al., 2007; Rigter et al., 2004; van Gageldonk A et al., 2006). Er is enig bewijs dat case management effectief is in het verminderen van het aantal residentiële opnames, verhoogd gebruik van ambulante en gemeenschapsgerichte zorg, minder afhaken van behandelingsprogramma's, verbetering levenskwaliteit en verbetering van de leefomstandigheden (Rigter et al., 2004; Vanderplasschen, Wolf, & Colpaert, 2004). Ook de Community Reinforcement Approach waarbij men leert dat er plezierigere dingen zijn dan het nemen van drugs zoals vriendschapsbanden en educatie is effectiever bevonden dan gewone zorg of toch wat abstinentie van cocaïne betreft. Voor zelfhulpgroepen, therapeutische gemeenschappen en cue exposure waarbij de cliënt leert om te gaan met prikkels die terugval kunnen uitlokken is er geen sterk bewijs voorhanden voor reductie van druggebruik en abstinentie. Ambulante begeleiding aansluitend op residentiële of klinische opvang lijkt aangewezen (Autrique et al., 2007; Rigter et al., 2004; van Gageldonk A et al., 2006).

In het kader van harm reduction initiatieven, zijn spuitenruilprogramma's, counseling waarbij advies wordt gegeven en ervaringen worden uitgewisseld en heroïneverstrekking op medisch voorschrift effectief. Eerstgenoemden zouden effectief zijn in het reduceren van het HIV-risico. Heroïneverstrekking op medisch voorschrift kan gunstig zijn voor de lichamelijke en psychische situatie van de verslaafde. Toch dient te worden opgemerkt dat deze evaluatiestudies vaak niet voldoen aan een sterk experimenteel design. (Autrique et al., 2007; Rigter et al., 2004; van Gageldonk A et al., 2006)

2.1.4 Veiligheid

Interventies louter gericht naar repressie of wetshandhaving door politie hebben hun effectiviteit niet bewezen in de reductie van druggebruik en druggerelateerde criminaliteit. De kans is zelfs reëel dat interventies zoals grootschalige razzia's resulteren in een stijging van het aantal vermogensdelicten als een antwoord op de prijsstijging van drugs op de markt ten gevolge van de inbeslagnames (Stevens. et al., 2005). Indien er toch een daling wordt waargenomen in het druggebruik of druggerelateerde criminaliteit is dit slechts van korte duur (Mazerolle, Soole, & Rombouts, 2007). Repressieve interventies waar er sprake is van een samenwerking tussen politie en niet-politionele actoren blijkt wel effectiever te zijn (Mazerolle et al., 2007; Ritter, Bammer, Hamilton, Mazerolle, & The DPMP Team, 2007; Scottish Executive Effective Interventions Unit, 2004). Vanuit deze vaststelling is het aanbevelenswaardig niet enkel initiatieven op te zetten die vetrekken vanuit een veiligheidsperspectief. Op basis van wetenschappelijk bewijs is het aangewezen dat politie en justitie initiatieven opzetten met andere betrokken sectoren of dat er naast repressieve acties ook acties worden opgezet die zijn georiënteerd naar het algemeen welzijn en gezondheidsbevordering, preventie en hulpverlening.

2.2 Intersectorale interventies of de integratie van verschillende beleidsdomeinen: good practices

Een integraal en geïntegreerd drugbeleid betekent dat een variëteit van interventies wordt ingezet. Een integrale aanpak van het drugfenomeen is nodig gezien het drugfenomeen bestaat uit verschillende dimensies en zowel persoonlijke als contextuele factoren een invloed hebben op druggebruik.

Bij een evaluatie van een intersectorale interventie moet er rekening mee worden gehouden dat het niet altijd gemakkelijk is te identificeren welke betrokken sector nu precies verantwoordelijk is, zeker als het gaat over de effecten van samenwerkingsverbanden (Brook et al., 2003; Ritter et al., 2007; Stevens, 2008). Wat wel vaststaat, is dat interventies waar verschillende sectoren samenwerken en er dus verschillende beleidsdoelstellingen worden nagestreefd het meest belovend en meest effectief zijn (Kibel & Holder, 2003).

In dit deel worden good practices gepresenteerd en wordt ingegaan op do's en don'ts die we identificeren aan de hand van evaluatiestudies van intersectorale interventies in binnen- en buitenland. Aan de hand van deze evaluatiestudies kunnen good practices worden geëvalueerd en uitspraken worden geformuleerd over effectiviteit. Zoals reeds vermeld zijn deze effectstudies niet opgebouwd uit dergelijk methodologisch design dat toelaat te spreken van causaliteit. Bij de interpretatie van de resultaten moet hier dan ook rekening mee worden gehouden.

2.2.1 Intersectorale interventies in het kader van de oriëntatie naar de hulpverlening vanuit politie en justitie

De samenwerking tussen de sector veiligheid en de sector hulpverlening heeft betrekking op de doorverwijzing vanuit politie en justitie naar de hulpverlening. Deze praktijk wint aan belang binnen en buiten Europa (Beynon, Bellis, & McVeigh, 2006; Hunter, McSweeney, & Turnbull, 2005). Evaluatiestudies tonen aan dat de oriëntatie van druggebruikers die in contact komen met politie of justitie een effectieve praktijk is in het verminderen van druggebruik en druggerelateerde criminaliteit (Barton, 1999a; De Ruyver, Ponsaers et al., 2007; Holloway, Bennett, & Farrington, 2005; Institute for Criminal Policy Research, 2007; Koeter & Bakker, 2007; Mazerolle et al., 2007; Scottish Executive Effective Interventions Unit, 2004; Seeling, King, Metcalfe, Tober, & Bates, 2001; Skodbo et al., 2007; Stevens. et al., 2005; van Ooyen-Houben, 2008). De meerderheid van deze effectevaluaties zijn niet gebaseerd op een methodologisch design dat toelaat om te spreken van causaliteit. Het gemeten effect kan dus niet volledig worden toegeschreven aan de interventie. Niettemin maken sommige studies wel gebruik van een (quasi)experimenteel design en tonen aan dat de oorzaak voor een daling in het druggebruik en recidive wel degelijk wordt gevonden in de oriëntatie naar de hulpverlening.

Studies die de effectiviteit bestuderen van een behandeling vanuit justitie versus een behandeling waarbij de doorverwijzing gebeurt vanuit niet-justitiële kanalen, komen niet tot uniforme bevindingen. Waar de ene studie aangeeft dat er geen verschil (van Ooyen-Houben, 2008) is toont de andere aan dat

de kans groter is dat de cliënt de behandeling niet afrondt indien de cliënt wordt doorverwezen vanuit justitie (Beynon et al., 2006; Scottish Executive Effective Interventions Unit, 2004).

Wat betreft de effectiviteit van een drangbehandeling waarbij de hulpverlening vanuit justitie wordt voorgesteld al een alternatief versus een dwangbehandeling waar de hulpverlening wordt opgelegd op het vervolging- of straftoemingsniveau is een dwangbehandeling op het niveau van de straftoemeting- en uitvoering effectiever. De studie van Koeter en Bakker (2007) toont aan dat een dwangbehandeling effectiever is dan een drangbehandeling op het vlak van criminaliteitspreventie en criminaliteitsreductie en ook leidt tot een sterkere daling van het druggebruik. Niettemin verschillen deze resultaten niet sterk met een drangbehandeling en nemen bovendien af na verloop van tijd. Op ieder echelon van de strafrechtsbedeling kunnen er praktijken worden geïdentificeerd die de oriëntatie naar de hulpverlening vanuit politie en justitie beogen.

De oriëntatie naar de hulpverlening op het echelon van de opsporing en vervolging is een effectieve praktijk. Een doorverwijzing naar de hulpverlening kan gelden als alternatieve maatregel om vervolging te vermijden (dranghulpverlening) of wordt opgelegd (dwanghulpverlening). In de UK gebeurt de oriëntatie naar de hulpverlening zonder dat er sprake is van een alternatief voor vervolging, in het kader van “arrest referral schemes” (Hunter et al., 2005; Scottish Executive Effective Interventions Unit, 2004; Seeling et al., 2001). Deze praktijken brengen politie en hulpverleners nauw samen met als doel de druggebruiker te motiveren voor een gesprek met een hulpverlener vanaf het eerste contact met politie. Onbereikte doelgroepen die nog nooit contact hebben gehad met de hulpverlening worden door deze praktijk wel bereikt (Seeling et al., 2001). Het opzet van deze praktijk is vrijblijvend maar laat toe om outreachend op te treden ten aanzien van de doelgroep met als gevolg dat de drempel voor de druggebruiker, veel lager wordt. Bij deze vorm van outreachend werken binnen politie wordt voorgesteld om een intake-gesprek te hebben met een hulpverlener die aanwezig is op het politiebureau. Het gesprek tussen de hulpverlener en druggebruiker is vertrouwelijk tot op het punt dat de gebruiker informatie vrijgeeft betreffende schade die hij of zij aan zichzelf of anderen heeft aangedaan of er sprake is van betrokkenheid bij een misdrijf waarvan de politie geen kennis heeft. Deze manier van werken wordt kenbaar gemaakt aan de gebruiker voor het gesprek aanvangt.

Deze praktijk is een voorbeeld waar het repressief optreden van politie aansluiting vindt bij een gezondheidsbenadering. De effectiviteit van deze praktijk wordt verklaard door de samenwerking tussen de betrokkenen, niettemin zijn er een aantal do's en don'ts die men in rekening moet brengen. De wijze waarop het initiatief is georganiseerd is bevorderlijk voor de samenwerking. In één van de politiebureaus wordt een centraal kantoor opgericht van waaruit het team opereert. Op dagelijkse basis bezoeken hulpverleners de betrokken politiebureaus. Het delen van een gezamenlijk kantoor en de aanwezigheid van de therapeuten op het politiebureau bevordert de dialoog tussen de betrokkenen. Op die manier wordt de dagelijkse praktijk bespreekbaar en kunnen procedures in overleg worden bijgestuurd. Overleg en communicatie is belangrijk voor de betrokkenheid van de partners en om de bewustwording te vergroten dat er samen wordt gewerkt naar een gemeenschappelijk doel. De bereidheid tot samenwerken wordt bovendien beïnvloed door de mate waarin het leidinggevend kader binnen politie en de hulpverlening het initiatief steunen. Ook training en supervisie zijn volgens de betrokkenen factoren die bijdragen tot een succesvolle samenwerking en leiden tot een effectieve interventie (Hunter et al., 2005; Seeling et al., 2001). Deze praktijk betekent dat politie en hulpverleners nauw samenwerken, de hulpverlener bevindt zich op het werkterrein van politie. Het is noodzakelijk dat hulpverleners worden voorbereid om te werken binnen een cultuur waar een specifiek jargon en omgangsregels gelden. Maar ook voor politie is het belangrijk dat zij worden geïnformeerd over de doelstelling om het draagvlak te vergroten en ervoor te zorgen dat de werkprocedure duidelijk is. Een goede samenwerking tussen beide partijen is een voorwaarde voor een goede doorverwijzing. Wachtlijsten worden geïdentificeerd als een knelpunt gezien het gebrek aan aanbod om tegemoet te komen aan de hulpvraag de motivatie wegneemt aangezien het om een zeer kwetsbare en moeilijke doelgroep gaat. Het gebrek aan integratie van het initiatief in de bestaande voorzieningen zorgt ervoor dat geen extra aanbod wordt gecreëerd terwijl er wel meer hulpbehoevende druggebruikers worden doorverwezen. Om dit te ondervangen geven hulpverleners schadebeperkend advies mee omdat de kans reëel is dat er geen aanbod is (Hunter et al., 2005).

Een ander voorbeeld van een good practice in eigen land is het project “Proefzorg” dat aan een evaluatie werd onderworpen. Het project Proefzorg heeft tot doel om op opsporings- en vervolgingsniveau mensen die feiten hebben gepleegd als gevolg van verslavingsproblemen op een snelle en efficiënte wijze in contact te brengen met de hulpverlening.

Het is effectief om druggebruikers op een vroeg echelon door te verwijzen naar de hulpverlening. De installatie van een figuur die fungeert als tussenschakel tussen justitie en de hulpverlening zorgt ervoor dat deze praktijk werkt. De installatie van dergelijk figuur waarborgt dat ieder sector trouw kan blijven aan zijn finaliteit en de hulpverlening zijn eigenheid niet vereist door een verlengstuk of instrument te worden ten behoeve van justitie. Langs de kant van justitie betekent deze werkwijze een tijdswinst aangezien een speciaal daartoe aangesteld figuur nagaat of de voorwaarden, namelijk oriëntatie naar de hulpverlening, worden nageleefd (De Ruyver et al., 2008).

Op het niveau van de straftoemeting wordt de installatie van “drugcourts” als belovend beschouwd. Deze praktijken zijn effectief in termen van het stijgend aantal doorverwijzingen van druggebruikers naar de hulpverlening die zich bevinden op dit echelon van de strafrechtbedeling (Barton, 1999b; Heale & Lang, 2001; Saunders, 1998; Sherman et al., 1998). Aangezien er op dit niveau meer op het spel staat voor de druggebruiker omdat de justitiële repercussies groter zijn, wordt de informatie-uitwisseling tussen justitie en de hulpverlening gesignaleerd als een knelpunt dat meer prominent aanwezig is op dit niveau van de strafrechtsbedeling. Het gevaar bestaat indien er geen duidelijke doel- en vooral grensafbakening is, beide sectoren een andere interpretatie geven aan het welslagen van het hulpverleningsproces. Zo wordt het resultaat van urinecontroles verschillend beoordeeld. Voor de hulpverlening is het mogelijk een positieve uitslag van een urinecontrole niet door te geven aan het gerecht indien de cliënt eerlijk is over zijn gebruik. Voor hulpverleners gaat het hulpverleningsproces immers gepaard met “trial en error” en kadert binnen de terugvalpreventie (Barton, 1999b).

Ook op niveau van de strafuitvoering kunnen goede praktijken worden geïdentificeerd tussen justitie en de hulpverlening. Deze praktijken hebben als doel te werken rond het reïntegratieproces en nazorg te realiseren. Voorbeelden zijn het “CARAT” initiatief (counseling, assessment, referral, advice, throughcare) in England en Wales (Harman & Paylor, 2005; Institute for Criminal Policy Research, 2007) en het “Prison Throughcare Project” (Mair & Barton, 2001). Deze praktijken zijn niet enkel gericht naar hulpverlening na de vrijlating maar installeren ook een hulpverleningsaanbod tijdens de detentie. Hulpverlening in de gevangenis is noodzakelijk om tegemoet te komen aan de noden van gedetineerden met een drugprobleem (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2008). Het grootste knelpunt voor de opzet van dergelijke praktijken is het gebrek aan coördinatie en samenwerking tussen de voorzieningen extra muros (Harman & Paylor, 2005; Mair & Barton, 2001). Een gebrek aan een duidelijke rolverdeling en verantwoordelijkheid van iedere partner leidt tot een gefragmenteerd aanbod van zorg. Er is geen duidelijke procedure of protocol vastgelegd om de samenwerking te realiseren. Vormingen voor externe hulpverleners om te werken in de justitiële setting is noodzakelijk om de samenwerking te bevorderen. Al het personeel in de gevangenis moet geïnformeerd worden over het initiatief om het draagvlak te vergroten en om te zorgen voor een sterke inbedding in het gevangeniswezen. Zo wordt het mogelijk om die doelgroep te bereiken die nooit eerder contact gehad heeft met de hulpverlening (Mair & Barton, 2001).

Samenvattend is de oriëntatie naar de hulpverlening vanuit politie en justitie een goede praktijk. Op deze manier kunnen ook druggebruikers die nog nooit in contact zijn gekomen met de hulpverlening worden bereikt. Bovendien tonen studies een reductie van druggebruik en recidive aan.

Langs de kant van de hulpverlening is echter de grootste valkuil een onvoldoende toereikend en afgestemd hulpverleningsaanbod. Deze praktijken betekenen een extra instroom van cliënteel met als gevolg een grotere druk op hulpverleningscentra. Om dit te ondervangen en de doelstelling en samenwerking tussen politie, justitie en de hulpverlening niet te ondermijnen, moet het aanbod worden aangepast. Het aanbod moet enerzijds worden aangepast door meer plaatsen te creëren en anderzijds door het aanbod af te stemmen op de doelgroep.

Studies tonen aan dat terugvalpreventie groter is indien niet enkel de drugproblematiek wordt aangepakt maar er ook gewerkt naar een verbetering op de andere levensdomeinen: woon- en

werksituatie, vrijetijdsbesteding. Vanuit dit oogpunt is het wenselijk dat er een tweede doorverwijzing mogelijk wordt vanuit de hulpverlening voor justitiecliënteel.

Evaluatiestudies die deze doelstelling expliciet beogen of samenwerkingsverbanden tussen politie en justitie, hulpverlening én de welzijn- en gezondheidssector zijn schaars. In dit kader kunnen we “Operatie Hartslag” vermelden in Heerlen, Nederland (Gemeente Heerlen, 2001). Dit project is ontstaan naar aanleiding van de toenemende drugoverlast in het stadscentrum. De eerste aanzet in deze samenwerking wordt gegeven door politie. Door het opzetten van repressieve acties worden druggebruikers- en handelaars gevat door politie. Het is de bedoeling deze repressieve interventies te koppelen aan een oriëntatie naar de hulpverleningssector en de welzijn- en gezondheidssector. Er wordt systematisch samengewerkt met nacht- en dagopvang centra, advies centra, centra voor begeleid wonen en arbeidstoeleiding.

2.2.2 Intersectorale interventies in het kader van de toeleiding naar arbeid

Interventies in het kader van de toeleiding naar arbeid hebben als doel een hulpverleningsprogramma op te starten om te werken aan de individuele drugproblematiek om in een volgende stap te werken aan de verbetering van de andere levensdomeinen door middel van arbeidstoeleiding. In dit kader kan het “Arbeidstoeleidingsproject voor mensen met een verslavingsachtergrond” in Nederland worden vermeld. Deze intersectorale interventie is een samenwerking tussen de welzijn- en gezondheidsector en de sector hulpverlening (Michon et al, 2000). In het kader van de toeleiding naar arbeid is de idee om eerst controle te krijgen op de verslavingsproblematiek om vervolgens te starten met een opleiding of arbeidstraining om finaal terecht te komen op een arbeidsplaats. Dergelijke praktijk lijkt belovend te zijn aangezien ruim dan de helft van de deelnemers in het reguliere werkcircuit terecht komt en er een verbetering wordt vastgesteld op verschillende levensdomeinen.

De samenwerking verloopt volgens het “Estafette-idee” waarbij de verschillende sectoren een deel van het proces verzorgen.

Ten eerste wordt er vanuit de hulpverlening gestart met een hulpverleningsprogramma om de verslavingsproblematiek onder controle krijgen. Indien het druggebruik niet langer centraal staat in het leven van de druggebruiker wordt de cliënt begeleid door de welzijn- en gezondheidssector waar er wordt gezorgd voor het volgen van een opleiding of cursus met als doel uiteindelijk een plaats te krijgen in het arbeidscircuit. In het kader van nazorg en terugvalpreventie kunnen cliënten ook na de plaatsing in het arbeidscircuit blijvend beroep doen op de hulpverlening.

Voor dergelijke interventies is coördinatie een randvoorwaarde tot succes van de samenwerking en om te garanderen dat de cliënt het ganse proces kan doorlopen. Een formele samenwerkingsstructuur tussen de betrokken diensten wordt gezien als een succesfactor aangezien iedere partner weet wat zijn aandeel is in de samenwerking. Als grootse knelpunt wordt gewezen op de matige inbedding in de verslavingszorg van het project.

2.2.3 Intersectorale interventies in het kader van de dag- en nachtopvang en toeleiding naar woonprojecten

In het kader van dag- en nachtopvang is het de bedoeling om dakloze of thuisloze druggebruikers een alternatieve dagbesteding aan te bieden in de plaats van drugs te gebruiken op straat. Met deze opvang worden (basis)voorzieningen aangeboden zoals een douche, wasmachine, droger en er is koffie, thee, broodjes, een televisie en tafelvoetbal. Er is een samenwerking met de politie die druggebruikers kan doorverwijzen naar de opvang en een samenwerking met hulpverleningscentra om een doorverwijzing te kunnen realiseren. Deze praktijk zorgt voor een vermindering van overlast op straat, een daling van het heroïnegebruik ten gunste van methadongebruik met als gevolg een verbetering op de levensdomeinen en een reductie van druggerelateerde criminaliteit (Coppel, 2008; Wits, Biesma, Garretsen, & Bieleman, 1999) Volgens Coppel (2008) zijn dergelijke “drop-in centers” één van de eerste initiatieven die moeten worden gerealiseerd in het kader van een lokaal drugbeleid omdat op deze manier de noden van druggebruikers achterhaald worden. Pilotprojecten moeten worden

opgezet als reactie op nieuwe gebruikspatronen of risicogedrag. Organisaties in het drugveld moeten zich aanpassen of richten naar nieuwe tendensen en waar nodig de doelstellingen bijsturen.

In het kader van woonprojecten voor druggebruikers wordt er gezorgd voor een woonst maar er wordt ook hulpverlening aangeboden om te werken aan de drugproblematiek om in een volgende stap ondersteuning te beiden in de zoektocht naar werk. Om deze doelstelling te bereiken wordt er samengewerkt met de welzijn- en gezondheidsector in het kader van woon- en arbeidsvoorziening en met de hulpverlening om te werken aan de individuele drugproblematiek (Wits et al., 1999).

Voor dit type interventie is het nodig vaak te overleggen met de partners uit de verschillende sectoren en om te voorzien in een duidelijke taakverdeling met oog voor ieders verantwoordelijkheid. Deze elementen moeten de doorstroom van cliënteel garanderen en kan een ‘niet functionerende schakel’ in het proces op hoogte worden gebracht zodat de schakel kan worden hersteld.

2.2.4. Intersectorale interventies in het kader van harm reduction: gebruikersruimten

In het kader van intersectorale interventies en harm reduction kunnen evaluatiestudies van gebruikersruimten worden geïdentificeerd.

In dergelijke samenwerking is de sector veiligheid geen directe partner maar wordt het initiatief wel opgezet vanuit zowel een gezondheidsperspectief als een veiligheidsperspectief. Deze samenwerking komt tot stand om de drugsoverlast aan te pakken en de gezondheidssituatie van de druggebruiker te verbeteren door enerzijds druggebruikers minder aanwezig te laten zijn in het straatbeeld en anderzijds door zorgvoorzieningen aan te bieden door middel van de installatie van gebruikersruimten. Druggebruikers kunnen een beroep doen op algemene medische voorzieningen, een dokter consulteren maar ook drughulpverlening zoals substitutiebehandeling en begeleidende gesprekken. Op basis van het bestaande wetenschappelijk bewijs kan gesteld worden dat gebruikersruimten belovend zijn om drugoverlast aan te pakken en bijdragen aan een gezondheidsverbetering van druggebruikers en schadebeperking (Spijkerman et al, 2002; van der Poel et al, 2003; Zurhold, 2003; Bieleman, et al, 2007) . Bovendien worden moeilijk bereikbare doelgroepen ook bereikt met deze praktijk.

De weerstand van omwonenden kan de installatie of voortbestaan van gebruikersruimten verhinderen. Niettemin wordt aangegeven dat aanvaarding van het initiatief door buurtbewoners mogelijk is indien ook zij de voordelen van gebruikersruimten ervaren. Gebruikersruimten dragen immers bij aan de reductie van drugoverlast in de openbare ruimte waardoor de overlast ten gevolge van het openlijk gebruik van drugs op straat en overlast ervaren ten gevolge van rondslingerende spuitjes kan afnemen.

2.2.5. Intersectorale interventies in het kader van preventie en vroeginterventie

In het kader van vroeginterventie worden intersectorale interventies opgezet met verschillende sectoren in de gemeenschap samen met het lokale bestuur. Het gaat om een “multi-agency programme” met de welzijn- en gezondheidssector, de sector preventie, hulpverlening en mogelijk ook de sector veiligheid (Crow, France, Hacking, & Hart, 2004; Kellock, 2007; Toumbourou, 1999). Deze intersectorale interventies stimuleren professionelen te werken in het kader van vroeginterventie en preventie en situeren zich binnen het project “Communities that Care”. “Communities that Care” vindt zijn oorsprong in de Verenigde Staten maar werd ook opgezet in Australië, de UK en Nederland. Deze interventies vertrekken vanuit het groeiend geloof in de criminologische wetenschappen dat de aanpak van risico- en beschermende factoren de beste manier is om toekomstige sociale problemen te voorkomen. Aan de hand van monitoring en screening op basis van school surveys en registraties worden risico- en beschermende factoren bij kinderen, jongeren, hun families en risico- en beschermende factoren die verband houden met de schoolcontext en de gemeenschap in kaart gebracht. Uit de studies blijkt dat risicofactoren samenhang hebben met (il)legaal druggebruik en delinquent gedrag. Aan de hand van deze kennis kan een profiel van risico- en beschermende factoren bij jongeren worden opgemaakt en praktijken opgezet om te hierop te kunnen inwerken. Kennis van risicofactoren maakt het immers mogelijk risicogroepen- en individuen vroegtijdig te detecteren.

Er zijn verschillende stappen die worden doorlopen om uiteindelijk concrete acties in het kader van preventie en vroeginterventie op te zetten. Na de screening van risico- en beschermende factoren voor een welbepaalde lokale entiteit worden de betrokken partners uit de verschillende sectoren geïdentificeerd. Het kan gaan om jeugd- en familiale diensten, scholen en het jeugdparquet. Om het lokale bestuur moet worden betrokken om een politiek draagvlak te creëren met het oog op vrijmaken van middelen. In een volgende stap wordt met de geïdentificeerde actoren en sectoren een actieplan onderschreven. Welke acties worden ondernomen is afhankelijk van de problematiek die wordt geobserveerd op basis van voorgaande analyse van risico- en beschermende factoren. Tenslotte worden de interventies geëvalueerd om bijsturing mogelijk te maken.

De toepassing van dergelijke methodiek teneinde intersectorale interventies in het kader van vroeginterventie en preventie te kunnen opzetten wordt bevorderd door de aanwezigheid van bestaande contacten en samenwerkingsverbanden tussen diensten en sectoren. Indien dit niet het geval is wordt aanbevolen hier eerst in te investeren. Een bestaand netwerk binnen en tussen sectoren is met andere woorden een eerste vereiste of faciliterende factor om te komen tot de implementatie van nieuwe interventies. In de initiële fase waar de analyse van risico- en beschermende factoren plaatsvindt moeten reeds alle partners die werken rond vroeginterventie en preventie betrokken worden. Op die manier wordt vermeden dat partners in een volgende fase niet gemotiveerd zijn samen acties op te zetten. Om die reden is het dus belangrijk alle partners en sectoren die betrokken zijn met het drugfenomeen te benaderen. De aanstelling van een coördinator is essentieel voor de implementatie van intersectorale interventies. Communicatie en het organiseren van overleg is noodzakelijk gezien diverse partners samenwerken. Bovendien moeten zowel leidinggevenden als praktijkwerkers worden betrokken om consensus een akkoord te eerbrieken over weke interventies er kunnen worden opgezet. Het actieplan moet immers gebaseerd zijn op consensus. De studies tonen aan dat aanbevelingen om welbepaalde interventies op te zetten niet werden ondersteund door organisaties die initieel niet werden betrokken bij de ontwikkeling van het actieplan. Als gevolg was er een gebrek aan motivatie en zelfs sprake van weerstand om de aanbevelingen op te volgen. In dit verband wordt er vooral gedrukt op het belang van de betrokkenheid van schooldirecties.

Om de geloofwaardigheid en draagvlak van de interventies die kaderen binnen het “Communities that Care” project te vergroten dienen meerdere intersectorale interventies te worden opgezet. Indien een bepaalde interventie de doelstelling niet haalt is dit niet onoverkomelijk gezien het totale project bestaat uit meerdere interventies.

Het voordeel van de aanpak van het “Communities that Care” project is dat de erkenning voor preventie en vroeginterventie groter wordt. Verschillende diensten die werken in het veld van vroeginterventie en preventie worden samengebracht om interventies op te zetten en bovendien zijn deze interventies gebaseerd op een grondige analyse van risico- en beschermende factoren in de gemeenschap. Dergelijke aanpak vergroot het draagvlak voor intersectorale interventies.

Naast de aanpak volgens het “Communities that Care” project kan ook het “FreD goes net” project worden vernoemd waar good practices in kader van vroeginterventie of “Early Intervention for First Time Drug Offenders” worden uitgewisseld. Het initiatief wordt gesteund door de Europese Commissie maar is van oorsprong een Duits piloot project. 17 Europese landen putten uit de kennis van deze good practices en trachten dergelijke praktijk ook in eigen land te implementeren met oog voor de verschillende manieren waarlangs jongeren die dreigen af te glijden naar (problematisch) druggebruik kunnen gedetecteerd worden. Politie en justitie zijn hier een belangrijke partner maar er wordt ook gezocht naar andere ‘toegangswegen’ zoals de school of de werkplaats om jonge druggebruikers te kunnen bereiken. Dergelijke praktijken wijzen op een reductie in het druggebruik en kennisvermeerding betreffende het drugfenomeen en verbonden risico’s (X, 2008a).

2.2.6 Intersectorale interventies met de betrokkenheid van sectoren uit andere domeinen

Naast de ‘klassieke’ sectoren betrokken in het drugbeleid kunnen ook andere sectoren uit andere domeinen een belangrijke partner zijn om een integrale en geïntegreerde aanpak van het drugfenomeen te realiseren. Zo is de vastgoedsector een belangrijke partner om te betrekken in de aanpak van

drugsoverlast (J. Snippe, Bieleman, Kruize, & Naayer, 2005; J Snippe, Naayer, & Bieleman, 2006). Ruimtelijke (her)ordening van plaatsen waar (drugs)overlast wordt gesignaleerd kan een daling van de overlast en een verminderde onveiligheidsbeleving met zich meebrengen. Het creëren van een goed evenwicht tussen een woon- en handelfunctie in een stadcentrum draagt bij in de aanpak van drugsoverlast. Naast repressieve acties ten aanzien van drughandelaars en druggebruikers die voor overlast zorgen moet ook de bestuurlijke overheid betrokken worden. Op deze wijze kunnen huiseigenaars en verhuurders worden gesensibiliseerd om verkrotting van hun eigendommen tegen te gaan en te investeren in de heraanleg en vernieuwing van de buurt. Administratieve sancties zijn een middel verloedering tegen te gaan of overlastgevend panden te sluiten (Mazerolle et al., 2007) .

In het kader van de drugproblematiek in het uitgaansleven is ook de betrokkenheid van uitbaters van uitgaansgelegenheden noodzakelijk. Zo kunnen preventiewerkers toegang krijgen tot de doelgroep en harm reduction maatregelen worden genomen (Bellis, Hughes, & Lowey, 2002; Coppel, 2008).

2.2.7 Intersectorale interventies waarbij alle sectoren worden geïntegreerd in het kader van beleidsontwikkeling- en afstemming

Met de literatuurstudie werden ook studies geïdentificeerd die richtlijnen aanbieden voor de uitbouw van een lokaal, integraal en geïntegreerd drugbeleid ongeacht het type van samenwerkingsverbanden. De focus ligt met ander woorden niet zozeer op de inhoud van interventies maar vooral hoe deze tot stand kunnen komen opdat een integraal en geïntegreerd beleid kan worden ontwikkeld (Connolly, 2002; Coppel, 2008; De Ruyver et al., 2006; Doherty, 2007; Schardt, 2001)

Ten eerste moeten de betrokken partners worden geïdentificeerd. Het lokale bestuur moet hier de initiatiefnemer zijn en nagaan welke partner wordt betrokken met welke verantwoordelijkheid. Het lokale bestuur als voortrekkersfiguur is een succesfactor gezien interventies dan meer aanvaard worden. Sleutelfiguren die betrokken worden in de ontwikkeling van een integraal en geïntegreerd drugbeleid moeten de verschillende sectoren vertegenwoordigen. Indien in kleinere gemeenten er geen specifiek aanbod aanwezig is voor druggebruikers dienen individuen die hulp bieden aan druggebruikers te worden geïdentificeerd. In grote steden kan er vertrokken worden van bestaande netwerken. Het betrekken van burgers door hen te informeren over lokale problemen wordt gezien als een goede praktijk om het vertrouwen in instituties te stimuleren en draagt bij tot de sociale cohesie. Bovendien kunnen zij informatie aanleveren met betrekking tot nieuwe problemen die zij ervaren. Om hiervan kennis te krijgen is het aangewezen buurtcomités bij te wonen. Kennis van de noden van druggebruikers is ook belangrijk. Indien de participatie van druggebruikers moeilijk te realiseren is, is het nodig organisaties die met hen in contact komen hiervoor expliciet een stem te geven.

Ten tweede moet er leiderschap zijn en voorzien worden in coördinatie. Om dit te realiseren moet men een stuurgroep oprichten om de doelstellingen te bepalen en middelen te identificeren. Deze stuurgroep moet bestaan uit beslissingmakers en individuen die de lokale situatie kennen. Een coördinator moet aangeduid worden en is verantwoordelijk voor het samenbrengen van partners. De coördinator moet een neutrale instelling hebben maar wel de visies van de betrokken partners kunnen overzien. Op basis van deze stuurgroep kunnen werkgroepen ontstaan waar sectoren samenwerken rond concrete projecten en intersectorale interventies aangaan met een duidelijke rolverdeling.

Ten derde kan een effectief integraal en geïntegreerd lokaal drugbeleid maar tot stand komen indien er wordt geïnvesteerd in de analyse van de lokale (probleem)situatie. Monitoring is een randvoorwaarde gezien iedere lokale entiteit een eigen historiek en (drug)problemen kent. Een gebrek aan registratiesystemen of een gebrek aan uniformiteit van registreren tussen organisaties is een knelpunt in het monitoringsproces. Alleszins moet een analyse vertrekken met de verzameling van bestaande gegevens aangevuld met een bevraging van sleutelfiguren. Deze analyse is de basis voor lokale discussies om prioriteiten te bepalen. De keuzes die gemaakt worden zijn echter afhankelijk van het belang dat wordt gehecht aan welzijn- en gezondheid, preventie, hulpverlening en veiligheid.

Door de geïntegreerde aanpak worden prioriteiten geformuleerd in elk domein en kan er ten vierde een lokale strategie en actieplan worden uitgebouwd. Het (gebrekkig) wetgevend kader, een gebrek aan publieke steun en het veiligheidsdiscours kunnen de inhoud van de strategie beperken. Bij de uitbouw

van een lokale strategie is informatie-uitwisseling cruciaal. Het moet duidelijk zijn welke informatie er moet uitgewisseld worden in het kader van het partnerschap met respect voor ieders autonomie.

De lokale strategie is gebaseerd op de samenwerking tussen sectoren maar met inachtnaam van ieders finaliteit. Druggebruikers moeten naar laagdrempelige centra kunnen gaan zoals spuitenruilpunten zonder dat ze worden geïntervieerd door politie. Politie die in aanraking komt met druggebruikers die opvang nodig hebben moeten dan weer kunnen doorverwijzen naar gespecialiseerde centra. Indien repressieve acties zich opdringen moeten deze worden georganiseerd in samenwerking met sociale en welzijnsdiensten zoals crisisopvang, laagdrempelige hulpverleningcentra. Ten vijfde moeten lokale initiatieven proces- en effectmatig worden geëvalueerd zodat kan worden nagegaan hoe de aanpak wordt ervaren door de betrokkenen en of de doelstellingen bereikt worden.

DEEL III INVENTARISERING ACTOREN EN BEVOEGDHEDEN

Sara Van Malderen
Mathieu Chapeau
Sofie Vindevogel
Brice De Ruyver
André Lemaître
Wouter Vanderplasschen

INLEIDING

In deze derde fase van het onderzoek willen de onderzoekers nagaan welke actoren en structuren er reeds bestaan in België in het kader van een integraal en geïntegreerd drugbeleid.

Ten eerste wordt nagegaan welke **actoren, bevoegdheden, overleg of samenwerkingsverbanden er zijn geïnstitutionaliseerd of zijn vastgelegd op wettelijke basis** naar aanleiding van bijvoorbeeld een Koninklijk Besluit, Ministeriele Omzendbrief of een protocol- of samenwerkingsakkoord tussen één van de bevoegdheidsniveaus. Op deze manier wordt een algemeen kader geschetst van die actoren en structuren waar beroep kan worden op gedaan om interventies op te zetten of structuren die geraadpleegd kunnen worden voor de realisatie van een integraal en geïntegreerd drugbeleid.

Ten tweede wordt geïnventariseerd welke **vormen van overleg en samenwerkingsverbanden er nog bestaande zijn in de praktijk tussen actoren actief in het drugbeleid**. Hiermee willen de onderzoekers niet voorbijgaan aan praktijken die geënt zijn op een specifieke lokale eigenheid **zonder dat deze geïnstitutionaliseerd** zijn of terug te vinden zijn op basis van bovengenoemde bronnen.

Bovendien draagt deze tweeledige inventarisering van actoren, bevoegdheden en samenwerkingsverbanden ook bij aan de organisatie van de interviews en focusgroepen (cf. haalbaarheidsstudie). Op basis van de inventarisering worden namelijk samenwerkingsverbanden geïdentificeerd die dienen als vertrekpunt voor de selectie van respondenten voor de interviews en focusgroepen.

HOOFDSTUK I. METHODOLOGIE

1. Institutioneel kader

Om een algemeen **institutioneel kader** op te maken werden actoren, bevoegdheden en structuren die essentieel zijn in het kader van een integraal en geïntegreerd drugbeleid geïdentificeerd aan de hand van bestaande onderzoeken terzake en aan de hand van een screening van wetgevende documenten.

1.1 Bronnen: bestaande onderzoeken en wetgevende documenten en richtlijnen

In de eerste plaats wordt er geput uit bestaande onderzoeken zijnde “Drugbeleid in cijfers”, “Drugs in cijfers II. Studie naar betrokken actoren, overheidsuitgaven en bereikte doelgroepen. Vervolgstudie”, “Drugsoverlast in de lokale context van acht Vlaamse en Waalse gemeenten. Naar een Monitor Integraal Lokaal Drugbeleid” en het onderzoek “Monitor Integraal Lokaal Drugbeleid”. Deze onderzoeken zijn een goed vertrekpunt om zicht te krijgen op actoren, bevoegdheden en bestaande intersectorale initiatieven.

In de tweede plaats worden de gegevens, verzameld aan de hand van hoger genoemde onderzoeken, aangevuld met informatie uit wetgevende documenten en richtlijnen (cf. bijlage)

1.2 Selectiecriteria

Om dit institutioneel kader op te stellen staan intersectorale structuren of samenwerkingsverbanden voorop, maar evengoed kunnen intrasectorale structuren worden opgenomen gezien deze opportuun kunnen zijn om te betrekken in projecten of interventies die kaderen in een integraal en geïntegreerd drugbeleid.

Bovendien werden ook twee *inclusiecriteria* gedefinieerd om te bepalen of een actor of structuur wordt opgenomen:

- Ten eerste werden enkel die actoren, bevoegdheden of structuren opgenomen die relevant zijn voor het operationeel maken van projecten of samenwerkingsverbanden en bijgevolg gelieerd zijn aan één of meerdere sectoren betrokken in het drugbeleid (welzijn- en gezondheidssector, preventie, hulpverlening, veiligheid) zoals geïdentificeerd in dit onderzoek. In dit algemeen kader wordt bijvoorbeeld de Cel voor Financiële Informatieverwerking niet opgenomen aangezien deze dienst zich bezighoudt met de behandeling van bepaalde dossiers. Federaal Wetenschapsbeleid is een actor betrokken in het drugbeleid maar wordt niet opgenomen. Federaal Wetenschapsbeleid levert studies aan die kunnen dienen als basis of instrument voor het opzetten van projecten maar hebben niet rechtstreeks een operationele bijdrage of stappen niet in een samenwerkingsverband en wordt dus niet opgenomen. Niettemin is kennis(vermeerdering) cruciaal om te komen tot een integraal en geïntegreerd drugbeleid dat evidence-based tot stand komt.

- Ten tweede worden enkel die overlegorganen of samenwerkingsverbanden opgenomen die zijn vastgelegd op wettelijke basis of door een protocol- of samenwerkingsakkoord tot stand gekomen.

1.3 Verificatie werkveld

Om na te gaan of de voornaamste actoren en structuren werden opgenomen, wordt het opgestelde institutioneel kader aan beleidsactoren gepresenteerd. Het wordt voorgelegd aan een beleidsactor op federaal niveau, een actor op het niveau van de gemeenschappen en gewesten en aan één provinciale en lokale drugcoördinator voor zowel Nederlandstalig als Franstalig België.

2. Inventarisatie bestaande overlegorganen en samenwerkingsverbanden

Om niet voorbij te gaan aan overlegorganen en samenwerkingsverbanden tussen actoren actief in het drugbeleid die niet zijn geïnstitutionaliseerd maar wel zijn opgezet in de praktijk, werd een inventarisering georganiseerd aan de hand van contacten met het werkveld.

2.1 Bevraging van het werkveld

Voor deze inventarisering wordt beroep gedaan op alle provinciale drug(preventie)coördinatoren en lokale drugcoördinatoren in zowel Nederlandstalig als Franstalig België. De drugcoördinatoren werden telefonisch gecontacteerd en na toelichting van de onderzoeksdoelstelling gevraagd om informatie aan te leveren betreffende initiatieven die werden opgezet rond het drugfenomeen in hun werkingsgebied. In Nederlandstalig België werden 6 provinciale en 13 lokale drugcoördinatoren gecontacteerd. In Franstalig België zijn er lokale maar geen provinciale drugcoördinatoren geïnstalleerd. Om dit te ondervangen werden personen geïdentificeerd die interventies in het kader van het drugbeleid coördineren. In totaal werden 8 personen bevraagd.

Dergelijke bevraging houdt echter ook een beperking in. Aangezien lokale en provinciale drugcoördinatoren worden bevraagd bestaat de kans dat voornamelijk initiatieven geïnstalleerd in kader van de Strategische Veiligheids- en Preventieplannen worden geïdentificeerd en initiatieven gefinancierd door eigen lokale of provinciale middelen niet aan bod komen. Toch kan worden vastgesteld dat er wordt gerapporteerd over beide typen initiatieven.

In elke provincie zijn er ook nog samenwerkingsverbanden en overlegstructuren aanwezig die niet hoofdzakelijk georganiseerd worden rond 'het drugsfenomeen' en dan ook niet altijd worden gerapporteerd, zoals bijvoorbeeld de LOGO's, LCO's etc. Het is mogelijk dat deze voor sommige provincies in de inventaris werden opgenomen en voor andere niet. Soms werd ook melding gemaakt van initiatieven die niet tot de focus van dit onderzoek behoren. Dergelijke initiatieven werden niet opgenomen in de inventaris.

Voor de inventarisering werd ook beroep gedaan op de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) en EUROTOX als overkoepelende (sectoroverschrijdende) organisaties die werken rond de drugs en contacten onderhouden met sectoren en organisaties actief in de drugsector.

Om deze bevraging te organiseren werd een korte vragenlijst opgesteld waarbij we peilen naar de aanwezigheid van bestaande overlegorganen en/of samenwerkingsverbanden. We vragen naar de naam van het initiatief, doelstelling, organisatieniveau of het gebied waarop hun werking betrekking heeft (lokaal, regionaal of provinciaal), betrokken partners of het initiatief (in)formeel georganiseerd wordt en om een contactpersoon te identificeren voor meer informatie betreffende het initiatief.

In de vragenlijst maken we een indeling tussen een samenwerkingsverband enerzijds, i.e. het uitvoeren van een bepaalde actie en overlegplatforms anderzijds, i.e. het uitwisselen van ideeën. Bovendien maken we een onderscheid tussen intra- en intersectorale initiatieven. Deze begrippen, samen met de definiëring van de in het onderzoek onderscheiden sectoren, lichten we toe in het begin van de vragenlijst. Op basis van de partners die de respondenten identificeren kunnen de onderzoekers de betrokken sectoren identificeren. De inventarisering volgt dus niet blindelings de classificatie door de respondenten. Er werd ook vastgesteld dat het onderscheid tussen overleg en samenwerking niet steeds duidelijk is. Voor de inventarisering werd volgende stelregel gevolgd: elk initiatief, waar een actie uit voortvloeit of tot de doelen ervan behoort, classificeren we als een samenwerkingsverband.

De gegevens werden verwerkt tot een inventaris voor Nederlandstalig België en een inventaris voor Franstalig, Duitstalig België en Brussel (cf. bijlage). In deze inventaris wordt een opdeling gemaakt tussen inter- en intrasectorale initiatieven met steeds de naam van het initiatief, betrokken partners, doelstelling, organisatieniveau, (in)formeel georganiseerd en een contactpersoon.

Alle contactpersonen verleenden hun medewerking. Sommige respondenten gaven beleidsplannen en/of actieplannen gezien het aantal initiatieven hen niet toelaat alle initiatieven op te lijsten. We

analyseerden deze documenten teneinde initiatieven te identificeren. Gezien de arbeidsintensiteit van onze vraag was het niet mogelijk voor de VAD om de talrijke initiatieven te rapporteren aan de hand van de vragenlijst. Een selectie werd gemaakt van initiatieven waar VAD betrokken is of door VAD zelf opgezet. Deze initiatieven werden door de onderzoekers geïnventariseerd overeenkomstig de vooropgestelde classificaties. Door een gebrek aan bepaalde gegevens, konden we een twintigtal initiatieven niet onderbrengen volgens de indeling van de inventaris.

2.2 Selectiecriteria

Gezien de focus van het onderzoek ligt de nadruk voornamelijk op intersectorale initiatieven. Toch ging ook aandacht uit naar intrasectorale samenwerkingsverbanden en overlegplatforms. De mate waarin een sector is georganiseerd is immers ook een faciliterende factor om toekomstige intersectorale samenwerking of overleg te realiseren.

HOOFDSTUK II. INSTITUTIONEEL KADER

In dit tweede hoofdstuk identificeren we per bevoegdheidsniveau actoren, bevoegdheden, overlegorganen en samenwerkingsverbanden die geïnstitutionaliseerd zijn in het Belgische drugbeleid. Deze oefening gebeurt voor ieder bevoegdheidsniveau (federaal, regionaal, provinciaal en lokaal) verantwoordelijk voor deelaspecten van het drugbeleid en wordt geïllustreerd aan de hand van een schema. Bovendien worden de krachtlijnen van het vooropgestelde drugbeleid weergegeven.

1. Algemeen overzicht

Vooraleer elk bevoegdheidsniveau afzonderlijk te bespreken wordt hieronder een algemeen overzicht gepresenteerd waar alle bevoegdheidsniveaus zijn geïntegreerd. Op deze manier willen we de bevoegdheidsniveaus en actoren verantwoordelijk voor deelaspecten van het drugbeleid weergeven aan de hand van de betrokken sectoren (welzijn- en gezondheidssector, sector preventie, sector hulpverlening, sector veiligheid). In dit schema komen ook de overlegorganen en samenwerkingsverbanden die een beleidsafstemming tussen de bevoegdheidsniveaus beogen naar voor.

Schema 1. Algemeen overzicht

2. Federale niveau

2.1 Actoren en bevoegdheden

Gezien het drugfenomeen bestaat uit verschillende aspecten zijn ook verscheidene ministers en bevoegdheden betrokken in het drugbeleid. Zowel op internationaal als nationaal vlak is het drugbeleid in de eerste plaats een gezondheidsbeleid. De Minister van Volksgezondheid heeft dan ook belangrijke bevoegdheden in het drugbeleid maar ook andere Ministers zijn verantwoordelijk voor de aanpak van (deel)aspecten van het drugfenomeen. Op federaal niveau zijn volgende Ministers met ondersteunende Federale Overheidsdiensten (FOD) of Programmatorische Federale Overheidsdienst (POD) belangrijke actoren in het drugbeleid (De Ruyver et al., 2004; De Ruyver, Pelc et al., 2007): Minister van Volksgezondheid (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu); Minister van Binnenlandse zaken (FOD Binnenlandse zaken); Minister van Justitie (FOD Justitie); Minister van Sociale Zaken (FOD Sociale Zekerheid & RIZIV); Minister van Grote Steden (POD Maatschappelijke Integratie); Minister van Maatschappelijke Integratie (POD Maatschappelijke Integratie); Minister van Mobiliteit en Vervoer (verkeersveiligheid) en het Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid⁷ (FOD Mobiliteit en Vervoer); Minister van KMO's, Zelfstandigen, Landbouw en Wetenschapsbeleid (FOD Economie, KMO, Middenstand en Energie en POD Wetenschapsbeleid).

2.2 Overleg en samenwerking

2.2.1 Algemene Cel Drugbeleid

In de federale beleidsnota van de Regering Verhofstadt I wordt de samenwerking tussen de verschillende bevoegde actoren in het drugbeleid sterk benadrukt. In dit kader werd de installatie van een Algemene Cel Drugbeleid vooropgesteld. Deze Cel bestaat uit vertegenwoordigers van het federale, gemeenschaps- en gewestniveau en ondersteunt de Interministeriële Conferentie (IMC). Deze IMC die minimaal jaarlijks samenkomt, verenigt alle ministers van de verschillende beleidsniveaus bevoegd voor de verschillende aspecten waaruit het drugfenomeen bestaat met als doel te komen tot gemeenschappelijke beleidsdoelstellingen- en afstemming. De Algemene Cel Drugbeleid is ook van belang op internationaal niveau aangezien de Cel samen met het Belgische focal point⁸ het Belgische standpunt inzake drugbeleid moet uitdragen op Europese en internationale bijeenkomsten.

De oprichting van deze Algemene Cel Drugbeleid is gerealiseerd aan de hand van het Samenwerkingsakkoord van 11 mei 2003. Een voorbereidende vergadering vond plaats in september 2008 met als doel het operationaliseerbaar maken van de Cel in het jaar 2009 (cf. ook schema 2). De Algemene Cel Drugbeleid startte haar werkzaamheden in februari 2009.

De installatie van een coördinatieorgaan dat voorziet in een verticale en horizontale beleidsafstemming is noodzakelijk om een effectief integraal en geïntegreerd drugbeleid te realiseren (Kenis, 2006).

2.2.2 Cel Gezondheidsbeleid

In afwachting van de Algemene Cel Drugbeleid is de Cel Gezondheidsbeleid opgericht en operationeel (Ministerie van Sociale Zaken Volksgezondheid en Leefmilieu, 2001). In principe wordt minstens tweemaal per jaar de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC) georganiseerd. Deze IMC behandelt verschillende gezondheidsmateries, waaronder het beleid inzake (il)legale drugs. De Cel Gezondheidsbeleid Drugs is een werkgroep, die afhangt van de IMC Volksgezondheid. Waar de Algemene Cel Drugbeleid is gericht naar alle aspecten van het drugfenomeen, is de Cel Gezondheidsbeleid Drugs gericht naar het gezondheidsaspect (cf. ook schema 2).

⁷ Het Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid leunt aan bij de FOD Mobiliteit en Vervoer maar valt niet rechtstreeks onder haar bevoegdheid

⁸ In iedere Europese (kandidaat) lidstaat, Noorwegen en de Europese Commissie wordt een focal point geïnstalleerd met als doel informatie inzake de drugproblematiek in te zamelen en uit te wisselen in de EU.

2.2.3 Centrale Stuurgroep Drugs

In de Ministeriele omzendbrief van 18 juli 2006 betreffende de drugproblematiek in de penitentiaire inrichtingen wordt de invoering van een Centrale Stuurgroep Drugbeleid op het niveau van het centrale bestuur en de invoering van een Lokale Stuurgroep Drugs in elke gevangenis voorzien (Ministerie van Justitie, 2006). De Stuurgroep heeft tot doel de installatie van dergelijk drugbeleid in alle gevangenissen en bestaat uit vertegenwoordigers van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Welzijn en Volksgezondheid en Gezin en de Federale Overheid, FOD Justitie en de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) (cf. ook schema 2).

2.3 Krachtlijnen van het drugbeleid

Met de komst van de federale beleidsnota drugs wordt een integraal en geïntegreerd drugbeleid geïntroduceerd in België (Federale Regering, 2001). Met deze nota wordt een louter strafrechtelijke aanpak verlaten en gekozen voor een normaliseringbeleid. De oprichting van de Algemene Cel Drugbeleid, de Cel Gezondheidsbeleid, de samenwerking tussen justitie en hulpverlening en een verticale en horizontale beleidsafstemming zijn actiepunten voor de realisatie van een integraal en geïntegreerd drugbeleid. Er wordt ook gedrukt op het belang van epidemiologische gegevensverzameling en beleidsmonitoring. De implementatie van acties die hun effectiviteit hebben bewezen is een actiepunt voor iedere sector. Voor de sector preventie staan illegale en legale drugs centraal en is de preventie van drugs in het verkeer expliciet opgenomen als actiepunt. Voor de sector hulpverlening moeten harm reduction initiatieven zoals spuitenruil worden uitgebreid. Het zorgaanbod moet worden afgestemd op specifieke, moeilijk te bereiken doelgroepen waaronder dubbele diagnose patiënten, allochtonen, minderjarigen. Verder is er sprake van substitutiebehandeling, gecontroleerde heroïneverstrekking en de installatie van spoed- en crisisopvang. Algemene welzijn- en gezondheidsaspecten komen ook aan bod met aandacht voor nazorg en arbeidstoeleiding van (ex)druggebruikers. Voor de sector veiligheid staat een repressieve aanpak centraal voor handel en productie van illegale drugs. Voor druggebruikers die in aanraking komen met de strafrechtbedeling wordt een oriëntatie naar de hulpverlening nagestreefd. De aanpak van drugoverlast wordt ook uitdrukkelijk opgenomen. Samenwerking tussen justitie en hulpverlening is één van de krachtlijnen van het penitentiair drugbeleid waar hulpverlening in de gevangenis centraal staat. Er is sprake van nood aan optimalisering en uitbreiding van het hulpverleningsaanbod tijdens en na de detentie. Herintegratie en nazorg moeten dan ook gericht zijn naar deze doelgroep.

3. Nederlandstalig België

3.1 Gemeenschaps- en gewestniveau: Vlaamse Gemeenschap

3.1.1 Actoren en bevoegdheden

Op het niveau van de **Vlaamse Gemeenschap** is het *Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin* het voornaamste betrokken orgaan. Druggerelateerde thema's kaderen onder de bevoegdheid voor Gezondheid. Daarnaast is ook het *Ministerie van Onderwijs en Vorming* en het *Ministerie van Cultuur, Jeugd, Sport en Media* betrokken. De belangrijkste betrokken bevoegdheidspakketten situeren zich bij de Minister bevoegd voor Volksgezondheid, de Minister bevoegd voor Onderwijs en de Minister bevoegd voor Jeugd (Adjunct van de directeur Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, interview, 16 juli, 2008). Het *Departement* staat in voor de ondersteuning, voorbereiding en evaluatie van het beleid van de Minister bevoegd voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het *Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid* is in hoofdzaak belast met het uitvoeren van het gezondheidsbeleid dat bestaat uit de pijlers preventie en ambulante zorgverlening. Het is de pijler preventie waar het drugbeleid zich concretiseert. Het Vlaams Agentschap houdt zich bezig met verschillende thema's van preventie waaronder het *thema 'tabak, alcohol, drugs, psychoactieve medicatie en gokken'*. Het Vlaams Agentschap dat werkt rond dit thema werkt samen met partnerorganisatie *Vlaamse Vereniging voor Alcohol - en andere Drugproblemen (VAD)*. De samenwerking tussen VAD en de Vlaamse Gemeenschap is vastgelegd in een convenant. De VAD ontvangt subsidies om het preventieve

gezondheidsbeleid van de Vlaamse Gemeenschap mee vorm te geven. De VAD richt zich voornamelijk naar *regionale drugpreventiewerkers verbonden aan de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en intermediairen*. De drie hoofdtaken van de VAD zijn het sensibiliseren en verstrekken van informatie, de ontwikkeling van methodieken en het aanbieden van vorming ten aanzien van drugpreventiewerkers en intermediairen. De drugpreventiewerkers dragen deze informatie uit naar intermediairen. De intermediairen, waaronder scholen en lokale besturen, geven deze informatie door aan hun specifieke doelgroep (Vlaamse Regering, 2006). De samenwerking tussen de VAD en de preventiewerkers binnen de CGG is formeel vastgelegd in een samenwerkingsprotocol. De VAD ondersteunt de preventiewerkers om het overleg tussen de preventiewerkers te faciliteren en reikt instrumenten aan om het preventieaanbod uit te bouwen. De preventiewerkers voeden de VAD door het signaleren van noden vanuit het werkveld (Vlaamse Overheid, 2008).

3.1.2 Overleg en samenwerking

Er is sprake van een verticale afstemming tussen de Vlaamse Gemeenschap en de Federale Overheid met de installatie van de Algemene Cel Drugbeleid en aan de hand van de realisatie van de Cel Gezondheidsbeleid en de Centrale Stuurgroep Drugs. Er is geen geïnstitutionaliseerd overleg of samenwerking tussen de Vlaamse gemeenschap en het provinciale of lokale niveau.

a) Algemene Cel Drugbeleid - De Vlaamse Gemeenschap is vertegenwoordigd in de Algemene Cel Drugbeleid door de Minister-president van de Vlaamse Regering, de Minister van Volksgezondheid, de Minister van Onderwijs en de Minister van Jeugd (cf. ook schema 2).

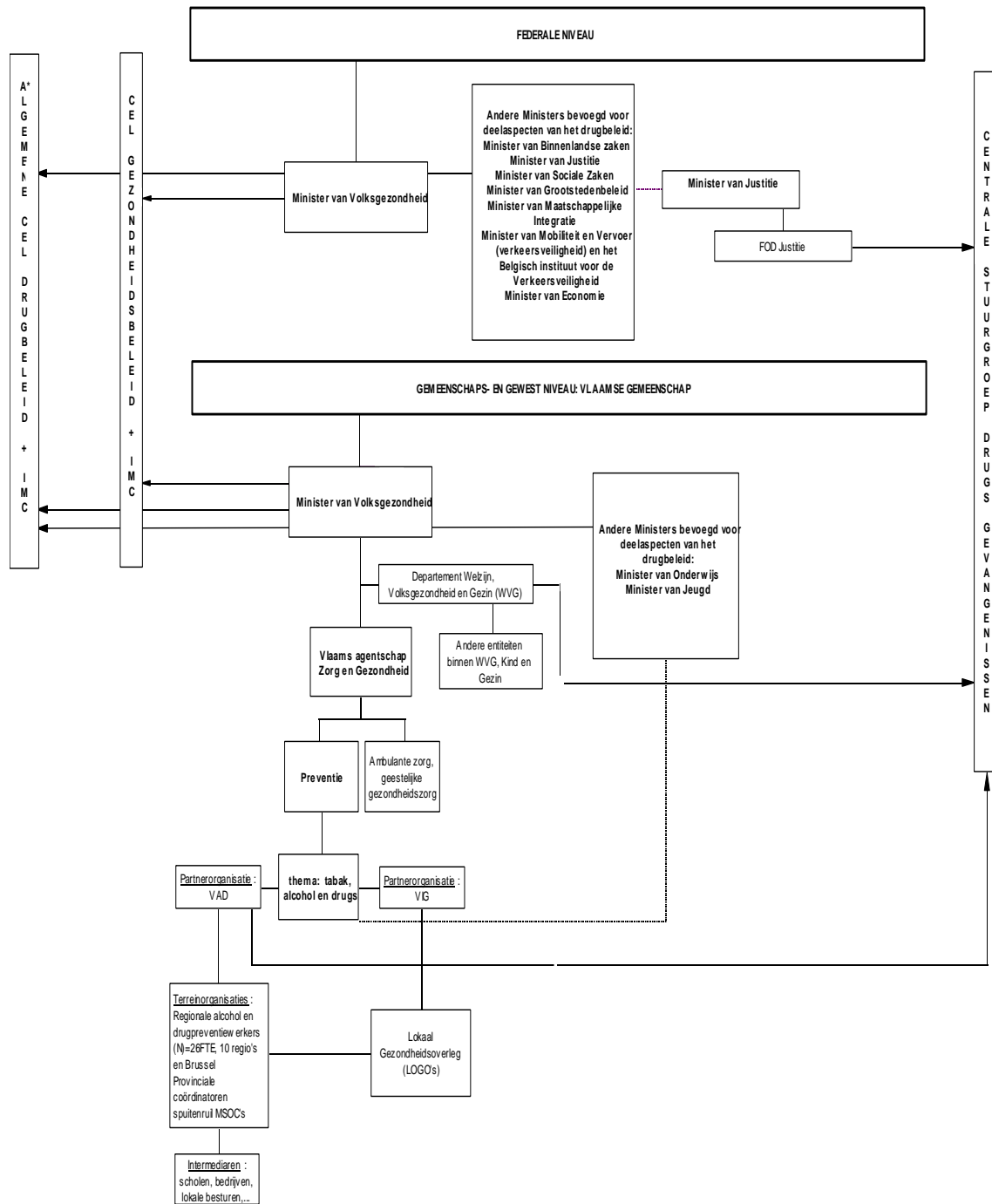
b) Cel Gezondheidsbeleid - De Vlaamse Gemeenschap is vertegenwoordigd in de Cel gezondheidsbeleid door de Minister bevoegd voor Volksgezondheid (cf. ook schema 2).

c) Centrale Stuurgroep Drugs - In deze stuurgroep samen met de FOD Justitie wordt de Vlaamse Gemeenschap hier vertegenwoordigd door het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Ook VAD neemt deel aan de stuurgroep (cf. ook schema 2).

3.1.3 Krachtlijnen van het drugbeleid

Het drugbeleid van de Vlaamse Gemeenschap is gebaseerd op richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie en het Europese drugbeleid en kadert in een ruimer gezondheidsbeleid waar de reductie van oit, recent en huidig gebruik centraal staat. Deze doelstelling wordt omgezet in een concreet actieplan opgesteld naar aanleiding van een gezondheidsconferentie (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2008). In het actieplan komt naar voor dat effectieve preventiestrategieën voorhanden zijn maar dat de impact moet vergroot worden. Bovendien is de uitvoering van dergelijk beleid niet altijd mogelijk gezien het gebrek aan capaciteit en coördinatie op het terrein (Adjunct van de directeur Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, interview, 16 juli, 2008). In het actieplan wordt onderlijnd dat de aanpak van alcohol, tabak en illegale drugs moet worden geïntegreerd in één allesomvattende aanpak. Het onderscheid legale versus illegale drugs is immers irrelevant vanuit gezondheidsperspectief. Het belang van vroeginterventie wordt beklemtoond in het gezondheidsbeleid van de Vlaamse gemeenschap. Het actieplan wijst ook op de noodzaak aan monitoring en evaluatie om het beleid te kunnen bijsturen en geeft uitdrukkelijk aan dat een drugbeleid moet worden afgestemd op de noden van bepaalde doelgroepen, rekening houdend met de armoedeproblematiek, de genderproblematiek en etnisch culturele minderheden. De Minister bevoegd voor Volksgezondheid, de Minister bevoegd voor Onderwijs en de Minister bevoegd voor Jeugd zijn de voornaamste beleidsactoren in het drugbeleid op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap. Niettemin mag de betrokkenheid van andere ministers en bevoegdheden niet worden uitgesloten. In een recente intentieverklaring tussen de Minister bevoegd voor Onderwijs, de Minister voor Gezondheid, de Minister voor Landbouwbeleid en Zeevisserij en de Minister bevoegd voor Sport werd de gezondheidsbevordering in het basis en secundair onderwijs voorop gesteld als gemeenschappelijk doel. Deze verklaring waarin de verschillende Ministers zich akkoord verklaren om samen te werken past in het opzetten van een ruim geïntegreerd *preventie*beleid ten aanzien van (il)legale drugs.

Schema 2. Overzicht overleg en samenwerking federaal niveau en Vlaamse Gemeenschap



Opmerkingen

* De Algemene Cel Drugbeleid bestaat uit een cel controle, een cel internationale samenwerking en een cel gezondheidsbeleid drugs. De Cel is nog niet operationeel en bijgevolg is de samenstelling van de Cel nog niet bepaald. Het is de bedoeling dat de Cel operationeel wordt in 2009.

3.2 Provinciaal niveau

3.2.1. Actoren en bevoegdheden

Provincies zijn gedecentraliseerde besturen wat betekent dat ze hun bevoegdheden autonoom uitvoeren maar onder toezicht staan van de hogere overheden (federale staat, gemeenschappen en gewesten). De provincie is bevoegd voor alles wat zij oordelen van provinciaal belang te zijn (De Jonckheere, 2003). Het thema middelengebruik en het beleid dat hieruit voortvloeit, valt onder de bevoegdheid van de gedeputeerde bevoegd voor welzijn en gezondheid. In iedere provincie is er ook een dienst welzijn en gezondheid geïnstalleerd waarlangs initiatieven lopen die kaderen in dit beleid. Voor Brussel lopen dergelijke initiatieven via de tweetalige vereniging Overleg druggebruik Brussel die actief is op vlak van de gemeenschappelijke gemeenschapscommissie. Het provinciale drugbeleid is onderdeel van het provinciale gezondheidsbeleid. Toch zijn drugbeleidsinitiatieven en accenten die worden gelegd heel verschillend tussen provincies. Sommige provincies hebben een drug(preventie)nota, financieren projecten of ondersteunen intergemeentelijke preventiewerkers. Naast deze welzijn- en gezondheidsbenadering van het drugfenomeen is het ook mogelijk dat de arrondissementcommissaris zich toelegt op het veiligheidsaspect van het drugfenomeen. Iedere arrondissementcommissaris kan zich specialiseren in welbepaalde veiligheidsgerelateerde thema's.

3.2.2 Overleg en samenwerking

Twee overlegorganen, het Provinciaal Preventieplatform Middelengebruik en het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg kunnen hier vernoemd worden. Hier worden lokale en provinciale actoren samengebracht om te komen tot overleg op provinciaal niveau. Waar het Provinciaal Preventieplatform Middelengebruik alle sectoren wil verenigen in kader van een provinciaal drugpreventiebeleid focust het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg op die actoren actief in de welzijn- en gezondheidssector. In iedere Vlaamse provincie bestaat een Provinciaal Preventieplatform Middelengebruik. Deze preventieplatforms werden in 1995 opgericht met financiële steun van de Vlaamse overheid. Na 3 jaar werd de financiering door de provinciebesturen overgenomen. Met het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten is in iedere provincie een Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg aanwezig, alsook één in het Brussels Hoofdstedelijk gebied en één in de Duitstalige gemeenschap. Deze overlegplatforms groeperen de Algemene ziekenhuizen met een psychiatrische afdeling, Psychiatrische ziekenhuizen, Psychiatrische verzorgingstehuizen, Centra voor geestelijke gezondheidszorg, Initiatieven Beschut Wonen en voorzieningen met een RIZIV-conventie die tot opdracht hebben een specifiek aanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg te organiseren. De overlegplatforms hebben afstemming van het zorgaanbod als voornaamste doel. Zowel het lokale niveau als het provinciale niveau ontmoeten elkaar in dit overleg gezien het zorgaanbod regionaal wordt afgestemd. Binnen de Overlegplatforms loopt ook het federaal pilootproject 'Zorgcoördinatie middelenmisbruik'. De zorgcoördinatoren hebben als opdracht om het overleg inzake een zorgcircuit voor middelengerelateerde stoornissen te faciliteren en de verschillende actoren te stimuleren tot maximale participatie (Vanderplasschen, 2007).

3.2.3 Krachtlijnen van het drugbeleid

De provincies kunnen autonoom een eigen beleid inzake drugs te ontwikkelen. Het provinciale drugbeleid is afgestemd op de krachtlijnen van de federale drugnota van 2001 en op het beleid van de Minister bevoegd voor Volksgezondheid van de Vlaamse Gemeenschap. Toch tracht iedere provincie in te spelen op blinde vlekken binnen de provincie en legt daar eigen accenten. Als voorbeeld geldt het initiatief tot subsidiëring van kleinere gemeenten die samenwerkingsverbanden aangaan inzake drugpreventie. De federale regering subsidieert steden en grotere gemeenten voor bepaalde vormen van drugpreventie, en de Vlaamse Gemeenschap subsidieert regionale preventiewerkers. Wat niet is opgenomen in het beleid op federaal niveau en in het beleid van de Vlaamse gemeenschap is de financiering van initiatieven in kleinere gemeenten. De provincie subsidieert dergelijke initiatieven. Schema 3 Gedetailleerd overzicht overleg en samenwerking op provinciaal niveau

3.3 Lokaal niveau

3.3.1 Actoren en bevoegdheden

Als hoofd van het lokale bestuur is de burgemeester samen met de schepenen bevoegd voor gezondheidszorg, welzijn, jeugd, onderwijs en de schepenen bevoegd voor sociale zaken die tegelijkertijd ook als OCMW voorzitter fungeert betrokken partners in het drugbeleid. Aangezien het drugbeleid gestalte krijgt op lokaal niveau is het ook hier dat zich de meeste diensten situeren. Deze diensten vertegenwoordigen een bepaalde sector afhankelijk van de finaliteit waaruit ze werken. Uiteraard zijn niet in elke gemeente of stad al deze voorzieningen aanwezig maar onderstaande opsomming geeft toch een beeld van op welke diensten mogelijk een beroep kan gedaan worden in het kader van het opzetten van een integraal en geïntegreerd (lokaal) drugbeleid.

Voor de welzijn- en gezondheidssector kunnen volgende diensten worden geïdentificeerd: OCMW, CAW, RISO, straathoekwerk, Centra GGZ, sociale werkplaatsen, apothekers, huisartsen, onthaalcentra, (psychiatrische afdelingen) algemene ziekenhuizen, psychiatrische- ziekenhuizen en spoeddiensten, psychiatrisch platform, opsporingscentra van seksueel overdraagbare ziektes, scholen (CLB, schooldirectie), jeugd- en buurthuizen, ouderverenigingen.

Binnen de sector preventie situeren zich preventiediensten die opereren binnen de Strategische Veiligheids- en Preventieplannen. Toch bestaan er ook preventie-initiatieven die niet kaderen binnen een Strategische Veiligheids- en Preventieplan maar financieel ondersteund worden door de stad of gemeente zelf.

Voor de sector hulpverlening kunnen verscheidende categoriale diensten worden geïdentificeerd: crisisopvangcentrum, sociale spoeddienst, MSOC's, dag- en nachtopvangcentra, centra voor spuitenruil, centra integratiehulp voor (ex)druggebruikers, hulpcentra voor gezinnen van druggebruikers, kuur en post-kuurcentra voor druggebruikers, therapeutische groepen, opvangcentra en straathoekwerk in kader van prostitutie.

Voor de sector veiligheid zijn actoren en diensten terug te vinden op het niveau van de opsporing – en vervolging, straftoemeting- en uitvoering.

3.3.2 Overleg en samenwerking

Op lokaal niveau kunnen we hier de therapeutische projecten, lokale drugoverlegplatforms en stuurgroepen drugs met de stedelijke drug(preventie)coördinatoren aan het stuur, arrondissementele overlegplatforms, lokale stuurgroepen drugbeleid in de gevangnissen, en de zonale veiligheidsraden identificeren.

De therapeutische projecten zijn gericht naar cliëntgebonden overleg en werden het leven ingeroepen met de beleidsnota van federaal minister van Volksgezondheid Rudy Demotte in 2005. Het zijn door het R.I.Z.I.V. gefinancierde experimenten die overleg rond een patiënt binnen een bepaalde patiëntendoelgroep organiseren en/of coördineren. Het verbeteren van de samenwerking tussen de betrokken diensten en voorzieningen moet leiden tot meer zorg op maat en zorgcontinuïteit voor de cliënt (X, 2008b, 2008c).

Lokale drugoverlegplatforms of stuurgroepen drugs vinden plaats in het kader van de Strategische Veiligheids- en Preventieplannen. Dergelijk platform brengt de verschillende sectoren samen met als doel de realisatie van een drugbeleid.

De arrondissementele overlegplatforms opgericht naar aanleiding van de wet van 7 december 1998 tot organisatie van een geïntegreerde politiedienst gestructureerd op twee niveaus, voorziet in de samenwerking en coördinatie tussen de politiediensten inzake opdrachten van gerechtelijke politie. Aan de hand van dit overlegorgaan wordt het arrondissementeel beleid en de korpsprioriteiten bepaald

samen met de procureur des Konings en zijn vertrouwensmagistraten en de korpsoversten van de diverse politiediensten.

Naar aanleiding van de omzendbrief van 18 december 2000 is in iedere penitentiaire inrichting een lokale stuurgroep drugs geïnstalleerd. Deze stuurgroep heeft als doel het adviseren van de directie en hen ondersteunen bij het nemen van gepaste acties, het onderzoeken van de nood aan vorming en informatie (en evalueren in welke mate aan deze nood voldaan wordt), het opstellen van een inventaris van alle incidenten en het op de hoogte houden van het personeel van het penitentiair drugbeleid.

Met de Wet van 1998 tot organisatie van een geïntegreerde politiedienst wordt in elke politiezone voorzien in de oprichting van een zonale Veiligheidsraad als opvolger van het 5-hoeksoverleg. Met deze Veiligheidsraad wordt een systematisch overleg beoogd tussen de procureur des Konings, de burgemeester, korpsschef van de lokale politie en de directeurcoördinator van de federale politie. Op dit overleg wordt het zonale veiligheidsplan besproken, voorbereid en geëvalueerd om een lokaal veiligheidsbeleid mogelijk te maken.

3.3.3 Krachtlijnen van het drugbeleid

Net zoals de provincies eigen accenten kunnen leggen geldt dit ook voor het lokale niveau. De gemeentelijke autonomie staat centraal waardoor steden en gemeenten kunnen anticiperen op de specifieke lokale situatie, problematiek en tendensen. Uiteraard dient dit beleid ook in overeenstemming te zijn met het beleid bepaald door de hogere overheden en moet er gestreefd worden naar een beleidsafstemming tussen alle niveaus.

4. Belgique francophone, germanophone et Bruxelles

4.1. Au niveau communautaire : Communauté française

4.1.1. Acteurs et compétences

La politique en matière de drogue dans notre pays dépend d'une multitude d'autorités différentes. En ce qui concerne la Communauté française, celle-ci est compétente en matière de prévention des assuétudes. Elle intervient également dans le financement de la réduction des risques liés à l'usage de drogues, mais en commun avec la Région wallonne et la Région bruxelloise. Vis-à-vis de la prévention, l'approche est globale et concerne tous les types de produits (cocaïne, héroïne, cannabis, alcool,...) mais aussi les problèmes de dépendance sans produits (jeux,...). Plus généralement, la politique de la Communauté française en matière de toxicomanie s'articule autour du concept de promotion de la santé. Ce concept se concentre surtout sur l'analyse des représentations sociales et sur la compréhension des comportements liés aux produits, ce qui favorise l'action communautaire et la responsabilisation plutôt que la prévention primaire.

Les stratégies d'intervention en matière d'assuétudes sont définies dans les plans quinquennaux de promotion de la santé⁹ de la Communauté française qui se traduisent par des Plans communautaires Opérationnels (PCO).

4.1.2. Concertation et collaboration avec d'autres domaines de compétence

La prévention des assuétudes au niveau de la Communauté française fait intervenir toute une série d'acteurs de première ligne (directeurs d'établissements scolaires, enseignants, éducateurs, services de promotion de la santé à l'école (PSE), centres psycho médico sociaux (CPMS), travailleurs médico sociaux, animateurs, parents,...), les associations de prévention des assuétudes et les acteurs locaux (dont les Centre locaux de promotion de la santé (CLPS)).

a) Centres locaux de promotion de la santé

⁹ Le dernier en date est celui de 2004 – 2008.

Ils ont pour mission d'agir comme interface entre les différents acteurs scolaires et les acteurs de prévention des assuétudes. Les CLPS mettent également à disposition des professionnels et du grand public des informations et de la documentation relative aux assuétudes.

b) Modus Vivendi

Modus Vivendi collabore depuis toujours avec le secteur socio sanitaire et les services spécialisés en toxicomanie. Par ailleurs, l'asbl est active au sein de nombreux réseaux, plateformes et fédérations en Communauté française et à Bruxelles.

c) Eurotox

Depuis 2000, Eurotox est le sous point focal belge de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT) au niveau de la Communauté française. Cette association a pour but l'amélioration de la connaissance du phénomène de l'usage des drogues, de son contexte et de ses conséquences. Pour ce faire, elle impulse et mène régulièrement des projets de recherche ainsi que des journées de réflexion sur la question des assuétudes. Eurotox est issu de la collaboration de trois associations¹⁰ et a pour objectif la réalisation de recherches sociologiques et épidémiologiques dans le domaine de l'usage de drogue, la récolte et l'analyse des données concernant les programmes destinés aux usagers de drogues en Communauté française, mais aussi la diffusion des informations vers les intervenants de terrain. La collaboration s'effectue donc avec les acteurs de terrain mais aussi avec le politique et le secteur de la recherche en matière de toxicomanie (universités,...).

d) Direction générale de la Santé et Cellule d'informations socio sanitaires

La gestion des compétences spécifiques en matière de santé est confiée à la Direction générale de la santé. Au sein de la Direction générale de la Santé (DGS), la Cellule d'informations socio-sanitaires (CISS) a pour mission de gérer des indicateurs de pilotage pertinents afin d'aider à la prise de décision en Communauté française. Pour ce faire, la CISS travaille en collaboration avec l'ensemble des services de la DGS.

4.1.3. Aperçu des lignes de force de la politique drogue

La politique drogue de la Communauté française est ainsi concentrée sur l'aspect promotion de la santé, au travers de diverses actions de prévention et de réduction des risques. Divers « objectifs opérationnels »¹¹ sont donc mis en œuvre : rendre l'information accessible à tous ; rendre le matériel stérile d'injection plus accessible ; organiser des relais vers les structures d'aide et de soins ; étendre la prévention par les pairs et la formation ; intervenir dans les milieux festifs, tant auprès des participants que des tenanciers des lieux de divertissement ; effectuer du testing en milieux festifs.

La Communauté française, en coordination avec d'autres niveaux de pouvoir et divers organismes, participe également à l'élaboration du Plan national Alcool dans le cadre de la Cellule Politique de Santé en matière de Drogues, qui réunit les différentes entités de l'Etat.

De plus, la Communauté participe à la mise en place et au développement d'un système de monitoring, nommé « indicateur de demande de traitement », basé notamment sur la collecte d'informations et de données sur les demandes de traitement via des intervenants confrontés à la phénomène des assuétudes : centres de santé mentale, services à "bas seuil", services de traitement en milieu carcéral, médecins généralistes,...

Enfin, en soutien aux activités d' « Early warning system » du point focal belge, la Communauté française développe un système de collecte d'information et de retour d'information vers les acteurs de terrain et vers les usagers de drogues.

¹⁰ Prospective jeunesse, Infor Drogues et Modus Vivendi.

¹¹ voir le site: <http://www.sante.cfwb.be>.

4.2. Au niveau communautaire : Communauté germanophone

4.2.1. Acteurs et compétences

La Communauté germanophone, de par sa taille et sa faible population (72 000 personnes), souffre d'un manque de services. Les actions de prévention primaire réalisées par le sous point focal (ASL), en collaboration avec les hôpitaux psychiatriques, le centre de santé mentale (SPZ), où encore la plateforme psychiatrique de la Communauté germanophone, concernent aussi bien l'alcool, le tabac que la drogue.

4.2.2. Concertation et collaboration avec d'autres domaines de compétence

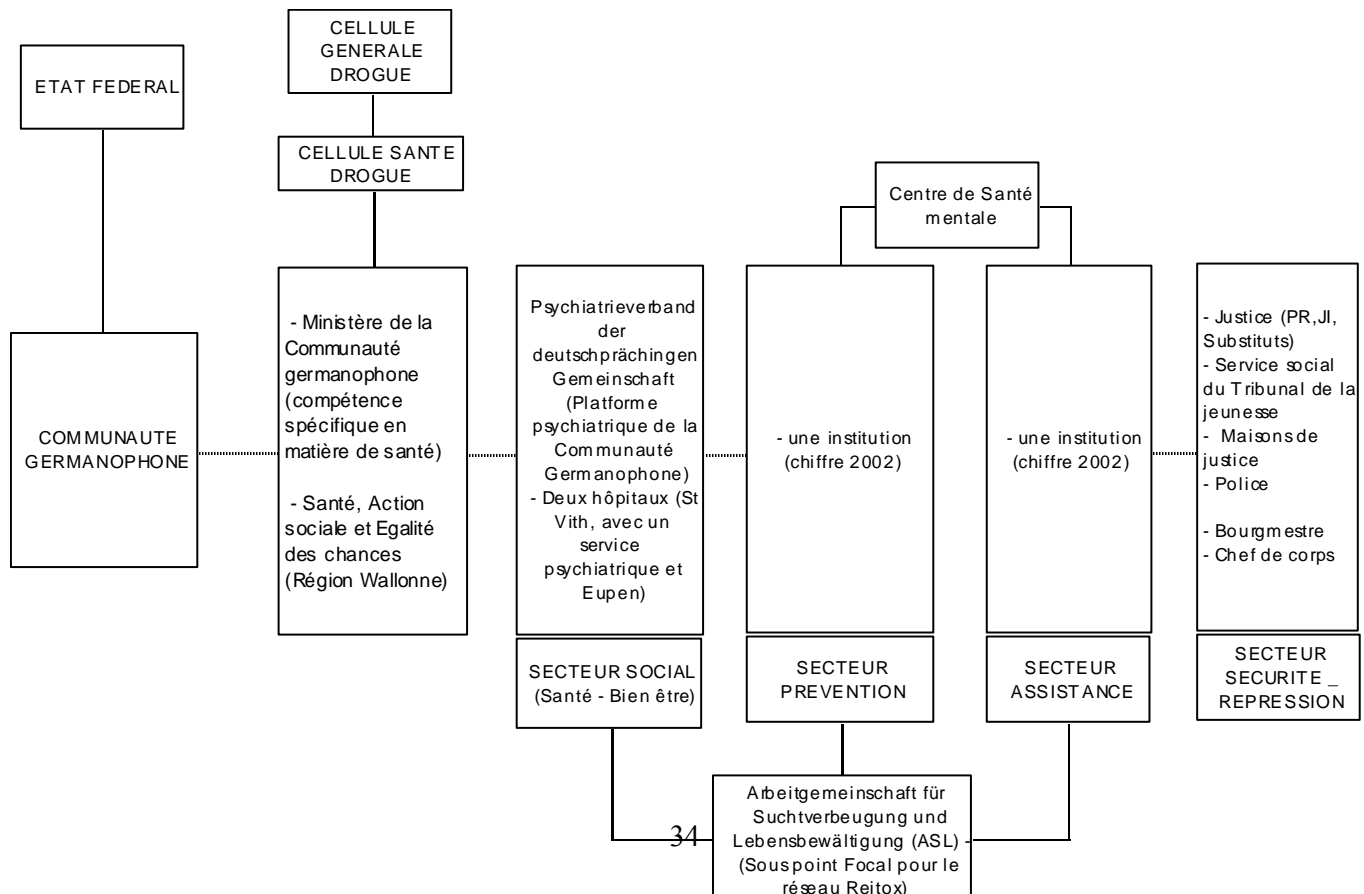
La Communauté germanophone se concerte et collabore essentiellement avec des partenaires allemands dans le cadre de divers projets dont un concerne plus particulièrement la prévention des comportements à risques lié à la consommation de substances, quelles qu'elles soient. Il n'existe pas vraiment d'actions de réduction des risques telles que l'on en retrouve en Communauté française, dans la mesure où les moyens, comme les problèmes de consommation de drogue, sont limités.

L'ASL est sporadiquement associé à la Cellule de prévention de la police locale de Liège pour certaines opérations.

4.2.3. Aperçu des lignes de force de la politique drogue

La politique en matière de drogue en Communauté germanophone est donc quasiment inexistante en raison du manque de moyens, mais aussi du manque d'institutions et de prise en compte de cette Communauté par le reste du territoire belge, et spécialement par la Province de Liège toute proche. « *Il faut s'agripper pour ne pas être oublié* ». Par ailleurs, le manque de moyens et d'organismes pour réaliser une enquête relative à la consommation de drogues ne permet pas vraiment d'évaluer le pourcentage de consommation qui, selon l'ASL, reste relativement faible sur le territoire germanophone.

Schéma n° 2 : schéma récapitulatif concernant la Communauté germanophone



4.3. Au niveau régional : Région wallonne

4.3.1. Acteurs et compétences

Depuis la signature du décret portant sur l'agrément des institutions et réseaux spécialisés en matière d'assuétudes, la Région wallonne a réellement mis en place une politique spécifique en matière de drogue, alors qu'auparavant, elle ne disposait pas d'un budget spécifique en toxicomanie (De Ruyver et al. (2004), p. 49 ; (2007), p. 13). La Région wallonne soutien des projets en matière de toxicomanie qui s'inscrivent dans le domaine curatif ambulatoire au sens large. Outre l'accueil et la prise en charge ambulatoire, la Région wallonne participe à l'élaboration ou au soutien d'initiatives de réinsertion, de réduction des risques, mais aussi de formation et de recherche.

La Région finance également les fédérations qui assurent le rôle de coordination pour leurs membres, comme la Fédito wallonne. La Région wallonne alloue certains financements à des projets locaux en matière de prévention dans le cadre des contrats de sécurité. Dans ce cas, il s'agit de co-financements entre Etat fédéral, les Villes et la Région wallonne. Enfin, cette dernière est à l'origine de différentes initiatives telles que les Plans sociaux intégrés, les missions spécifiques « toxicomanie » des services de santé mentale et plusieurs projets et services financés à l'aide de subventions facultatives par le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

Depuis 2003, des subventions ont été octroyées à une centaine d'organismes spécialisés en matière de santé, de toxicomanie, de santé mentale ou de santé environnementale. En ce qui concerne le secteur de la toxicomanie, la Région wallonne intervient plus particulièrement dans le financement de la Cellule de Santé Drogues chargée de coordonner les interventions des pouvoirs publics et attachée administrativement au Service public fédéral de la Santé publique.

4.3.2. Concertation et collaboration avec d'autre domaine de compétence

Comme nous l'avons déjà mentionné ci-dessus, la Région Wallonne est amenée à participer avec d'autres autorités à mettre en œuvre des contrats de sécurité. Elle finance également la Fédito wallonne qui regroupe des représentants d'institutions ambulatoires et résidentielles spécialisées dans le traitement et la prévention des toxicomanies.

a) Fédito wallonne

Le rôle de la Fédito wallonne est de faire reconnaître la nécessité et l'existence de structures de prévention, d'aide et de soins spécifiques pour toxicomanes et pour les personnes concernées par le phénomène de dépendances prises au sens large. Elle est le porte-parole d'une multitude d'institutions spécialisées en toxicomanie et s'occupe d'assurer la défense et la promotion du secteur associatif. Elle intervient auprès des pouvoirs publics, elle informe les acteurs de terrain, mais contribue aussi à une coordination approfondie et à des échanges réguliers entre les différents acteurs du secteur des drogues. Outre la collaboration avec les institutions membres et les différentes instances politiques actives en matière de toxicomanie, la Fédito collabore régulièrement avec des institutions comme Eurotox et Modus Vivendi pour leur expertise et l'intérêt que ces associations représentent.

La Fédito a par ailleurs participé à la mise en place du fond fédéral de lutte contre les assuétudes et assiste aux réunions du Conseil d'administration de la Fédération des associations sociales et de santé (FASS).

b) Commission consultative en matière d'assuétudes

La Commission consultative en matière d'assuétudes est chargée d'émettre des avis sur les demandes d'agrément des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés¹², mais elle a également pour

¹² Décret du 27 novembre 2003 relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes, *M.B.*, 29 décembre 2003, art 8.

mission de remettre, d'initiative ou à la demande du Ministre concerné, tout avis sur les politiques à mener en matière d'assuétudes.

c) Réseau d'aide et de soins en assuétudes

Les réseaux d'aide et de soins ont pour mission « d'identifier les besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes dans la zone de soins où il exerce ses activités »¹³. Le réseau peut être établi à différents niveaux (Ville, Région, Province), mais toujours en fonction des dispositions du décret. Au-delà des services que le réseau doit pouvoir apporter, celui-ci doit également « établir des collaborations avec les plateformes de concertation en soins de santé mentale »¹⁴.

d) Institut wallon de la santé mentale (IWSM)

Cet organisme a pour objet de rassembler les acteurs de terrain inscrits dans le champ de la santé mentale, via les organismes qui les associent et les représentent, en vue de soutenir une réflexion permanente sur les problématiques de santé mentale telles qu'elles se posent dans la société, d'encourager un questionnement sur les pratiques en santé mentale, de participer à la promotion de la santé mentale de la population dans la Région et de travailler sur les questions éthiques qui se posent dans le champ de la santé mentale. L'Institut est à la fois un organe permanent de concertation (trans-sectorielle et trans-régionale) et de recherche (interdisciplinaire) autour des questions de santé mentale au sens large. L'IWSM peut mettre en œuvre, si nécessaire, des collaborations entre partenaires et dispose de liens avec les responsables locaux de la santé et de l'aide sociale (Plan de prévention et de proximité (P.P.P.))

4.3.3. Aperçu des lignes de force de la politique drogue

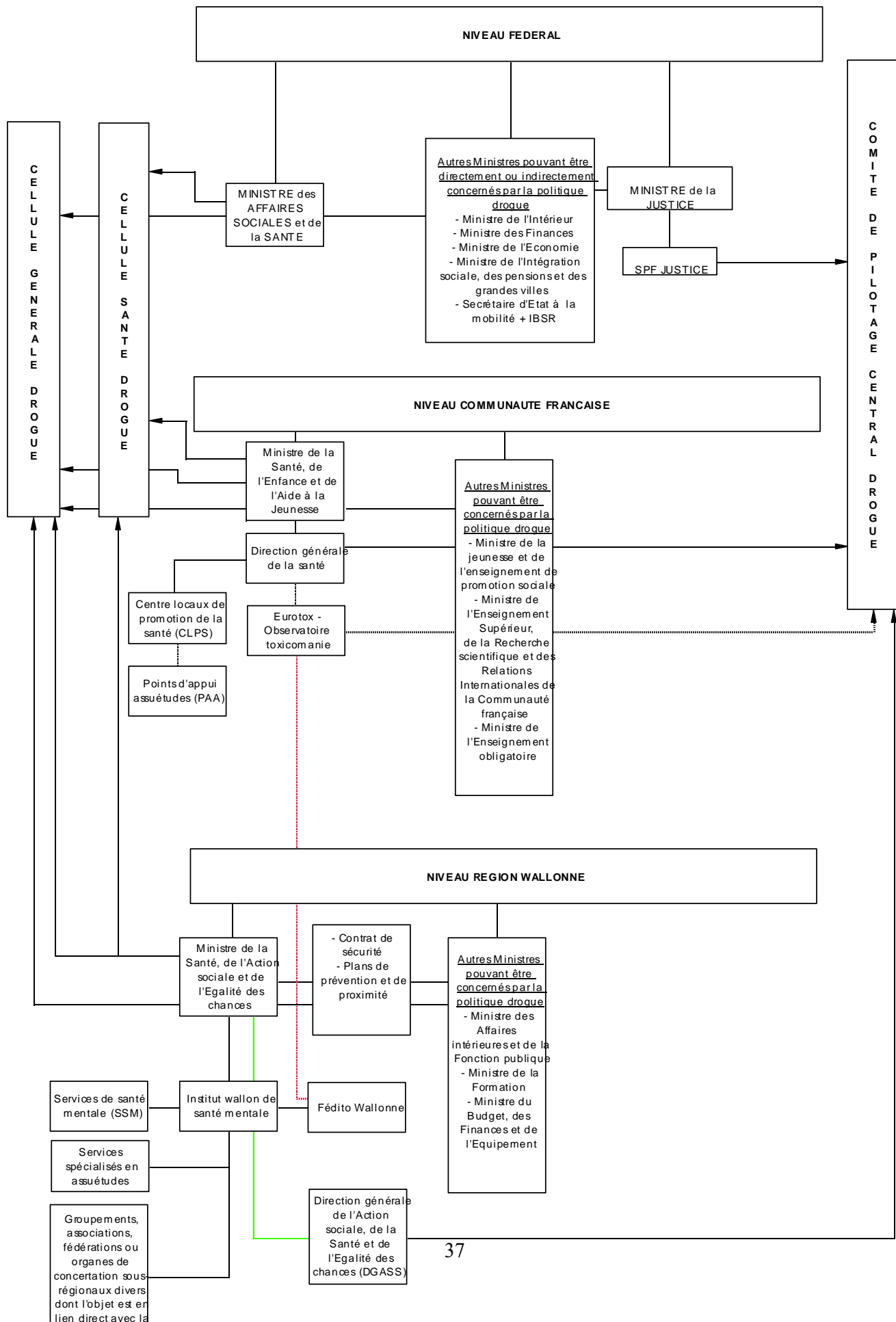
Les actions de la Région wallonne en matière d'assuétudes concernent essentiellement l'agrément et le subventionnement de réseaux d'aide et de soins et de services spécialisés en assuétudes. Le décret du 27 novembre 2003 détermine les missions de ces réseaux et services, les conditions auxquelles ils doivent répondre, et a mis sur pied une commission consultative en matière d'assuétudes chargée, entre autres, de voir si tel ou tel service rentre dans les critères prévus par le décret et peut faire l'objet d'un subventionnement de la Région. Le Ministre de la santé de la Région wallonne a remis en juillet 2008 une note au gouvernement wallon, note qui « traduit la volonté politique d'un renforcement du travail en réseau au service des bénéficiaires et d'une action de proximité. L'objectif premier (...) vise à accroître la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire des personnes souffrant directement ou indirectement d'un problème d'assuétude »¹⁵.

¹³ *Op. cit.*, art. 3, § 1^{er}, 1^o.

¹⁴ *Op. cit.*, art. 7, 5^o.

¹⁵ Extrait tiré d'un communiqué relatif à un meilleur encadrement du traitement des assuétudes en Région wallonne, 17 juillet 2008. <http://donfut.wallonie.be> (Ministre wallon de la santé, de l'action sociale et de l'égalité des chances)

Schéma n° 3 : schéma récapitulatif concernant la Communauté française et la Région wallonne.



4.4. Au niveau régional : Région Bruxelles Capitale

4.4.1. Acteurs et compétences

Les compétences de la Région Bruxelles-Capitale en matière de santé relèvent de trois entités différentes : la Commission communautaire française (COCOF), la Vlaamse Gemeenschap commissie (VGC) et l'organe bi-communautaire, la Commission communautaire commune (COCOM). Nous nous concentrerons ici essentiellement sur le rôle que joue la COCOF et dans une moindre mesure, sur celui joué par la COCOM.

Tout comme la Région wallonne, la COCOF soutien des projets qui s'inscrivent dans le domaine curatif ambulatoire au sens large¹⁶. Cette situation est liée au transfert de l'exercice de certaines compétences de la Communauté française en Région bruxelloise. Les budgets consacrés aux assuétudes par la COCOF vont aux diverses associations agréées pour cinq ans, qui remplissent une ou plusieurs des six missions suivantes : l'accompagnement (psychologique), les soins, la prévention, la réinsertion, la formation et la liaison¹⁷. En Région bruxelloise, la COCOF est clairement un acteur essentiel pour le financement des institutions ambulatoires spécialisées dans le domaine des toxicomanies à Bruxelles, tant en ce qui concerne les secteurs prévention que assistance (De Ruyver et al. (2004)).

La COCOM intervient également en matière de drogues car c'est elle qui finance depuis 1993 la Coordination Toxicomanie Bruxelles / Overle Druggebruik Brussel (CTB / ODB). La CTB est par ailleurs le sous point focal pour la Région bruxelloise dans le cadre du réseau Reitox. Enfin, la COCOM exerce les compétences communautaires en matière de contrôle et d'agrément des hôpitaux pour les établissements bicommunautaires de la capitale (De Ruyver et al. (2004)).

4.4.2. Concertation et collaboration avec d'autres domaines de compétence

La COCOF finance diverses institutions de soins ambulatoires et divers centres de crise. Au niveau de la prévention, elle participe au financement d'institutions comme Transit et D.U.N.E. Elle est également responsable du subventionnement de la Fédito bruxelloise.

a) Fédito bruxelloise

La Fédito bruxelloise est issue de la régionalisation et de la création de la COCOF. Dès sa création, cette dernière a décidé d'organiser un secteur spécifique afin de prendre en charge les problèmes de toxicomanie. La Fédito a donc été mise sur pied. Elle fédère 18 institutions bruxelloises actives dans la prévention, la réduction des risques et les soins relatifs aux assuétudes. Cette diversité d'institutions, et donc d'approches, permet d'aborder les différents aspects constitutifs d'un phénomène aussi complexe et évolutif que celui des assuétudes, et de tenter, pour chaque cas, d'y répondre de la façon la plus adéquate possible. « *La Fédito est un organisme de représentation, de défense d'intérêts sectoriels et de communication, afin de faciliter le transfert d'informations pour les membres* »¹⁸.

b) Cellule politique de santé drogues

Tout comme le Fédéral, la Région wallonne, les Communautés flamande, française et germanophone, mais aussi la COCOM, la COCOF participe à la composition de la Cellule politique de santé drogues. Les représentants des différentes entités sont compétents en matière de santé ou en matière d'affaires sociales (Fédéral)¹⁹. Pour rappel, cette cellule a comme objectif et compétence « de s'atteler à la mise au point d'une politique de santé intégrée à l'égard de la problématique de la drogue »²⁰.

¹⁶ Eurotox, L'usage des drogues en Communauté française, rapport 2007, p.11.

¹⁷ *Ibidem*

¹⁸ Extrait d'un entretien, Bruxelles, 18 septembre 2008.

¹⁹ Conférence interministérielle santé publique, Protocole d'accord concernant la création d'une politique de santé intégrée en matière de drogues, 30 mai 2001, art 3, § 2.

²⁰ Note politique fédérale relative à la problématique de la drogue, 19 janvier 2001, p. 33.

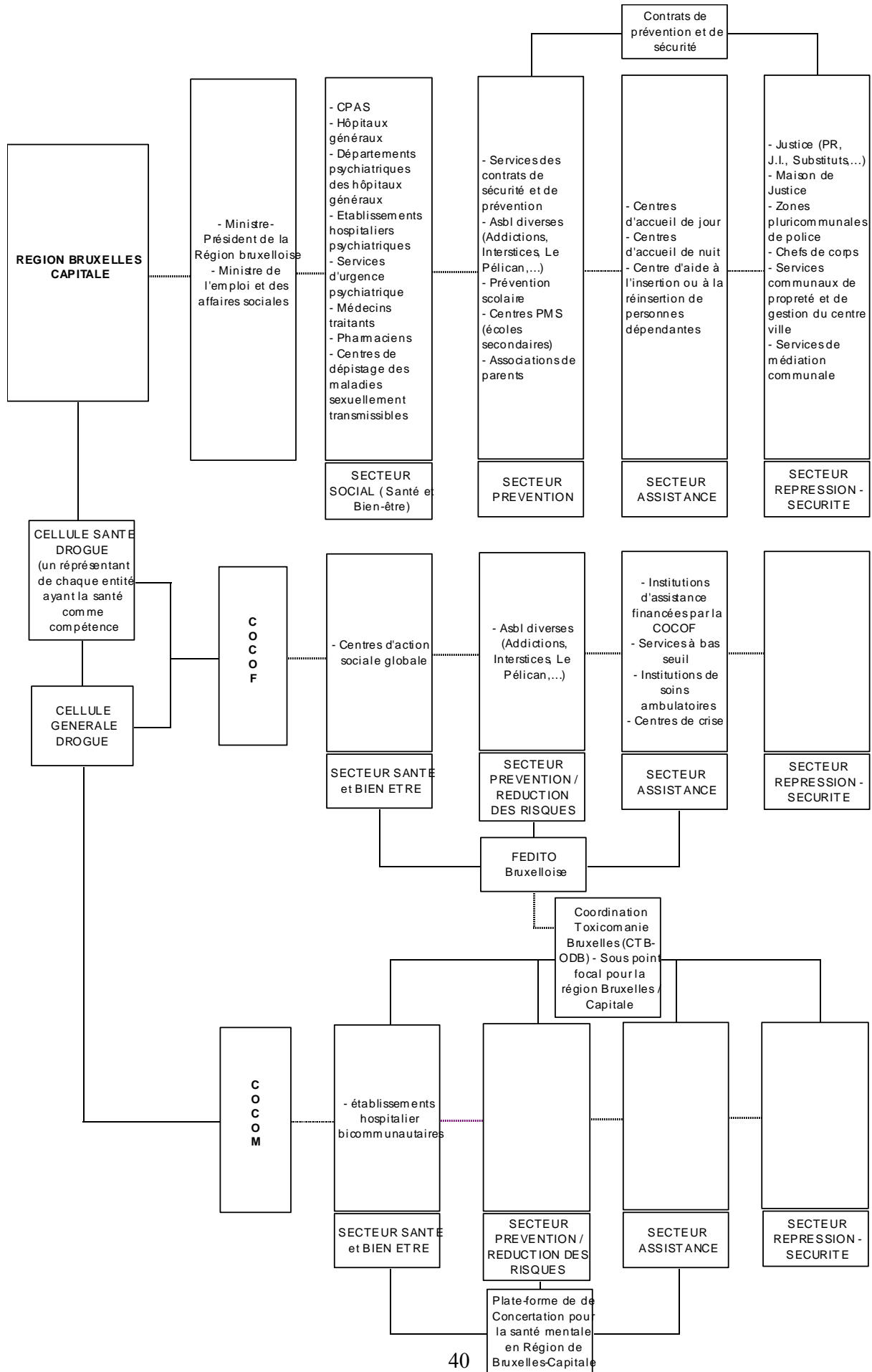
c) CTB – ODB

La Concertation Toxicomanies Bruxelles fait suite au programme « toxicomanies » mené au sein de la plateforme de Concertation pour la Santé Mentale en Région bruxelloise. Cet organisme se charge de rassembler les différents acteurs drogues, de donner des informations sur les services et les personnes ressources à toute personne qui le désire, de soutenir la prévention et de développer un accompagnement à la réinsertion, d'encourager et développer la réduction des risques. Elle établit également une coordination entre les différents niveaux de pouvoir en Belgique, intervient auprès des instances compétentes pour assurer l'aide et les soins aux usagers de drogues (mais également auprès de l'Ordre des médecins et de l'Ordre des pharmaciens) et elle participe aux travaux et collabore avec les instances internationales.

4.4.3. Aperçu des lignes de force de la politique drogue

A peu de choses près, les missions de la COCOF et de la COCOM sont sensiblement les mêmes que les missions de la Région wallonne, mais sur un territoire différent. Il s'agit de soutenir des projets qui s'inscrivent dans le domaine curatif ambulatoire au sens large. Ainsi, l'ensemble des institutions membres de la Fédito (centres de crise, services à bas seuil et institutions de soins ambulatoires) font l'objet d'un subventionnement de la COCOF. La COCOF, au travers de la Fédito et la COCOM, au travers de la CTB / ODB, tentent de mettre en œuvre une réelle politique intégrale et intégrée, en élargissant les concertations avec des partenaires du même secteur et de secteurs différents actifs à d'autres niveaux et sur d'autres territoires (Région wallonne, Communautés flamande, française et germanophone,...).

Schéma n° 4 : schéma récapitulatif concernant la Région Bruxelles Capitale (COCOF et COCOM)



4.5. Niveau provincial

4.5.1. Acteurs et compétences

Dans la partie francophone du pays, les provinces ne prennent des initiatives en matière de politiques drogues que de façon exceptionnelle (De Ruyver et al. (2004), p.54). Si des initiatives sont prises en la matière, celles-ci dépendent généralement du secteur de la santé mentale. Certaines provinces disposent cependant d'un organisme qui coordonne les actions en matière d'assuétudes, mais chacune à sa manière. Ainsi, en Province de Liège et en Province du Brabant wallon, il existe des initiatives spécifiques en la matière. La Province de Liège possède une Commission provinciale assuétudes qui s'occupe, depuis 1990, d'activités de prévention primaire en matière de toxicomanie. La Province du Brabant wallon, elle, bénéficie de subsides ponctuels de la Région wallonne en vue de la réalisation d'activités de prévention primaire également. En ce qui concerne les autres provinces, les plateformes de concertation en santé mentale peuvent aussi jouer un rôle organisationnel en matière d'assuétudes.

4.5.2. Concertation et collaboration avec d'autres domaines de compétence

Vu le peu d'initiatives en matière de politique de drogue communes à l'ensemble des provinces, nous avons délibérément repris quelques services importants au niveau des cinq provinces du sud du pays.

a) Commission provinciale de prévention des assuétudes (Province de Liège)

La Commission provinciale de prévention des Assuétudes est une structure permanente de réflexion. Elle est composée de représentants du monde médical, judiciaire, social et universitaire. Elle concentre exclusivement ses actions dans le domaine de l'information et de la prévention. Son objectif est de s'engager dans cette voie par des actions originales, spécifiques et à long terme en matière de dépendance excessive, en évitant de concurrencer les actions menées par d'autres organismes et d'autres niveaux de pouvoir. Elle collabore et échange des informations avec d'autres partenaires lors des « Rencontres provinciales de prévention des assuétudes », elle met en place divers outils de prévention en collaboration avec les écoles et participe à l'élaboration de brochures ou de bandes dessinées en collaboration avec d'autres services comme la maison du sociale à Liège. Enfin, elle participe à l'organisation et / ou au soutien d'activités ponctuelles en matière de toxicomanie.

b) Plateformes de concertation en santé mentale (Province du Brabant wallon ; Province du Hainaut (Mons-Borinage, Charleroi, Hainaut occidental) ; Province de Namur ; Province du Luxembourg ; Province de Liège)

Les plateformes de concertation ne sont pas à proprement parler des organismes provinciaux, mais leur rayon d'action est lié à celui de la Province. Elles ont pour mission de développer la concertation entre les services de la zone qu'elles couvrent afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'améliorer la qualité des soins de santé mentale. Elles regroupent divers services tels que les services psychiatriques au sein des hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques, les services de santé mentale, les initiatives d'habitations protégées ainsi que les équipements disposant d'une convention INAMI et offrant des soins de santé mentale.

Ces plateformes jouent un rôle en matière de toxicomanie dans la mesure où elles regroupent aussi des services spécialisés en toxicomanie, mais ce n'est pas leur mission principale.

b) Point cannabis (Province de Liège)

Le collège provincial de la Province de Liège a décidé de mettre en place à Liège, dans le quartier bien connu du Carré, un **Point cannabis**. Le Point Cannabis est chargé d'accueillir, de manière anonyme et gratuite, les consommateurs de cannabis ainsi que leurs parents ou proches souhaitant rencontrer des intervenants compétents dans un lieu citadin anonyme. Par ailleurs, toute personne à la recherche d'une information en matière de toxicomanie est aussi la bienvenue, de même que les professionnels de la prévention des assuétudes.

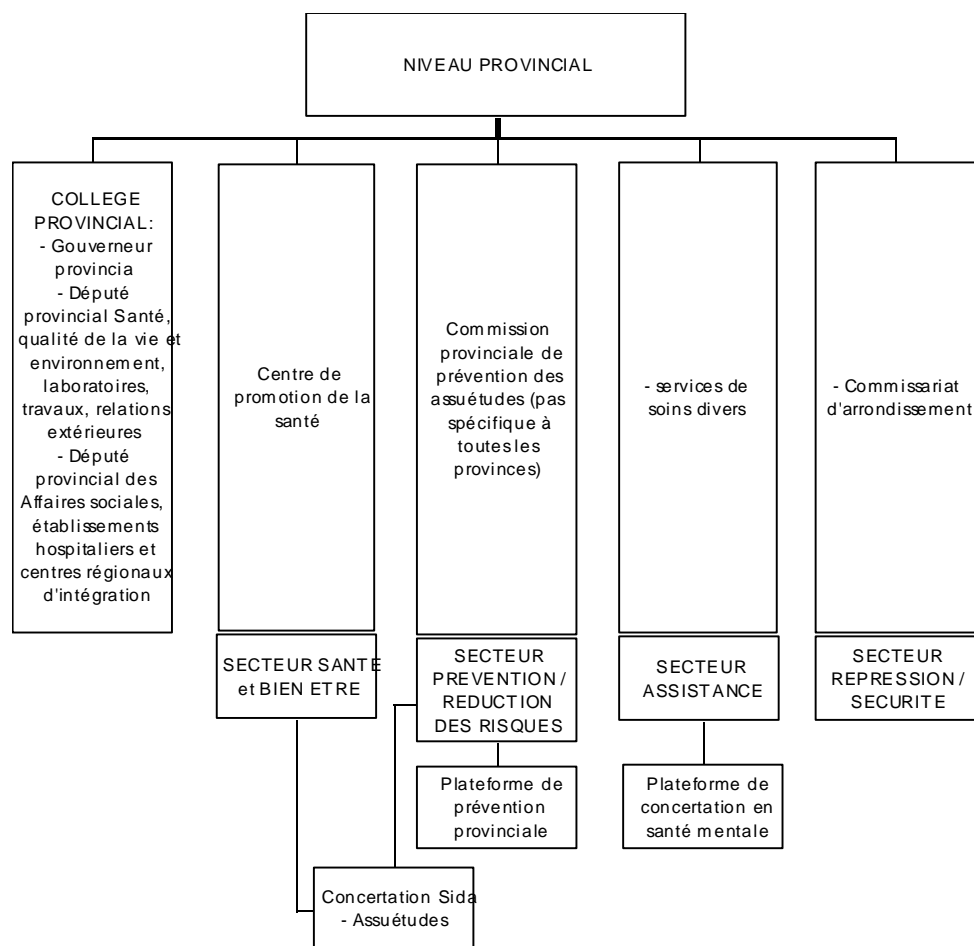
c) Coordination Sida – Assuétudes (Province de Namur)

La coordination Sida assuétudes en Province de Namur a pour première mission de favoriser l'accès au dépistage du Sida, mais aussi de s'occuper de l'organisation de la concertation en matière d'assuétudes et de la coordination d'un programme de réduction des risques liés à l'usage de drogues sur le territoire provincial. Centré sur la collaboration entre autorités politique, réseaux et acteurs de terrain, cette initiative vise surtout à sensibiliser les usagers à une meilleure hygiène de consommation afin d'éviter au maximum la transmission du Sida ou d'autres maladies comme l'hépatite.

4.5.3. Aperçu des lignes de force de la politique drogue

Comme nous l'avons vu aux deux précédents points, les initiatives en matière de drogues au niveau provincial sont à la disposition des autorités provinciales elles-mêmes. Il n'existe donc pas de lignes de force générales en matière de drogue pour l'ensemble des provinces wallonnes, mais bien quelques initiatives liées à la création d'un ou plusieurs services au sein de certaines provinces. Ces quelques initiatives sont cependant très importantes et pourraient servir de base à un élargissement des initiatives en matière de drogues au niveau des autres provinces.

Schéma n° 5 : schéma récapitulatif concernant le niveau provincial. Ce schéma reprend les quelques initiatives que l'on retrouve au niveau de l'ensemble des provinces. Notons cependant que les Centres de promotion de la santé, ou Centre locaux de promotion de la santé (CLPS), sont actifs soit au niveau provincial (ex : le Centre local de promotion de la santé Luxembourg ou du Brabant wallon est actif au niveau provincial), soit au niveau local (ex : le Centre verviétois de promotion de la santé ou celui de Mons – Soignies est actif au niveau local). Le financement des CLPS provient de diverses autorités : Région wallonne, Communauté française, les provinces, les communes.



4.6. Niveau local

4.6.1. Acteurs et compétences

En ce qui concerne les Villes et Communes wallonnes et bruxelloises, les activités en matière de drogues se déroulent dans le cadre des initiatives fédérales (Contrats de sécurité, Plan drogue). Cependant, divers organes de coordinations locaux²¹ ont été mis en place. Ces organes jouent un rôle très important dans l'intégration des divers secteurs au niveau local.

Dans les grandes entités wallonnes comme Charleroi et Liège, la Ville apporte des compléments financiers sur fonds propres vis-à-vis des projets financés au niveau local. Depuis 2004, la Région wallonne a initié une politique de Plan de Prévention et de Proximité (P.P.P.), qui concerne partiellement des projets de prévention locale en matière de drogues. Le dispositif des P.P.P. implique un co-financement de la part des communes concernées (De Ruyver et al. (2004 et 2007)). Depuis quelques années, le niveau local semble donc jouer un rôle plus important en matière de politique de drogues.

Au niveau des grandes Villes, c'est le Bourgmestre et son échevin ayant en charge le secteur de la santé qui sont chargés de gérer les questions relatives aux assuétudes. Le CPAS joue également un rôle important (mais non spécifique au phénomène de la drogue) au niveau du suivi, de l'aide matérielle (octroi d'un revenu d'intégration, d'une aide financière périodique...), de la guidance psychosociale, de l'affiliation éventuelle à un organisme assureur ou encore au niveau de la réinsertion dans le monde du travail ou parfois simplement dans le milieu social.

Au niveau du secteur santé et bien-être, on retrouve toute une série d'acteurs directement ou indirectement actifs en matière de toxicomanie : médecins généralistes, hôpitaux généraux ou psychiatriques, pharmaciens, plannings familiaux, ...

Au niveau du secteur prévention / réduction des risques, notons surtout la présence des contrats de prévention et de proximité, mais aussi les plans de prévention et de proximité.

Au niveau du secteur assistance, il existe dans les grandes Villes divers services tels que des centres d'échange de seringues, des centres d'accueil socio sanitaire, des centres de traitement assisté par méthadone ou buprénorphine, une série de case manager santé (attaché au centre de crise d'un hôpital), des centres de cure ou de post cure pour les usagers de drogue, mais aussi des services d'aide à la prostitution²²,...

4.6.2. Concertation et collaboration avec d'autres domaines de compétence

Le niveau local est logiquement le niveau d'action où le plus de services et initiatives sont présents. Même si le local ne participe pas toujours directement au financement de ces organismes, il est bon de noter qu'il est considéré par tous les acteurs comme le niveau d'action le plus important dans la mesure où c'est à ce niveau que le contact avec les usagers est le plus proche. C'est aussi à ce niveau que l'évolution du phénomène et les changements se font remarquer en premier lieu. C'est donc pour ces diverses raisons que le phénomène des drogues est parfois traité par divers organes de coordination locaux tels que :

a) Coordination des actions en matière de toxicomanie (Liège) et la coordination Drogues (Charleroi), dans le cadre des Contrats de sécurité

Ces organismes de coordination sont chargés de diverses missions telles que la promotion et le soutien de projets de réflexion et d'information en matière de toxicomanie, la mise en réseau des acteurs

²¹ A noter que ces organes de coordination locaux sont financés par des niveaux de pouvoir supérieurs

²² Comme par exemple le service « Espace P. » à Liège

concernés par le phénomène des drogues et la valorisation de leurs actions, l'organisation et l'échange de pratiques entre partenaires du secteur privé et du secteur public. En tant qu'acteurs de coordination, ils sont chargés de remettre des avis et recommandations aux autorités locales en matière de toxicomanie.

b) Réseau Citadelle (Tournai)

Ce service de concertation et de coordination actif au niveau local, financé par la Communauté française et la Région wallonne, fait l'objet d'une large description dans la partie « interviews » au sud du pays (partie IV, point III, 2.8.).

c) Comité de quartiers, association de parents et associations de commerçants

Ces associations informelles présentes à tous les niveaux locaux entendent se réunir vis-à-vis de diverses problématiques rencontrées au niveau local, et notamment en ce qui concerne les problématiques liées à la drogue. S'il ne s'agit pas d'un organisme au sens propre du terme, il s'agit néanmoins d'un groupe de pression qui intervient auprès des différents secteurs et niveaux de pouvoir, que ce soit pour des questions relatives à la consommation ou pour tout autre interrogation concernant de près ou de loin les citoyens.

d) Services divers actifs au niveau local (asbl privées, centres de cure ou de post cure, centres d'échange de seringue, centres d'aide divers,...)

Cette multitude de services actifs en toxicomanie au niveau local constitue le « noyau dur » de la mise en œuvre des politiques en matière de toxicomanie. C'est en effet au niveau local que les usagers de drogues ont besoin de services qui peuvent les aider, les orienter et les soigner. C'est également au niveau local que les changements au niveau du type de consommation ou du type de produits s'observent en premier lieu. Enfin, ce sont les acteurs locaux qui connaissent le mieux les usagers et les problèmes qu'ils rencontrent et qui peuvent, via divers organes de coordination, relayer l'information aux autorités compétentes.

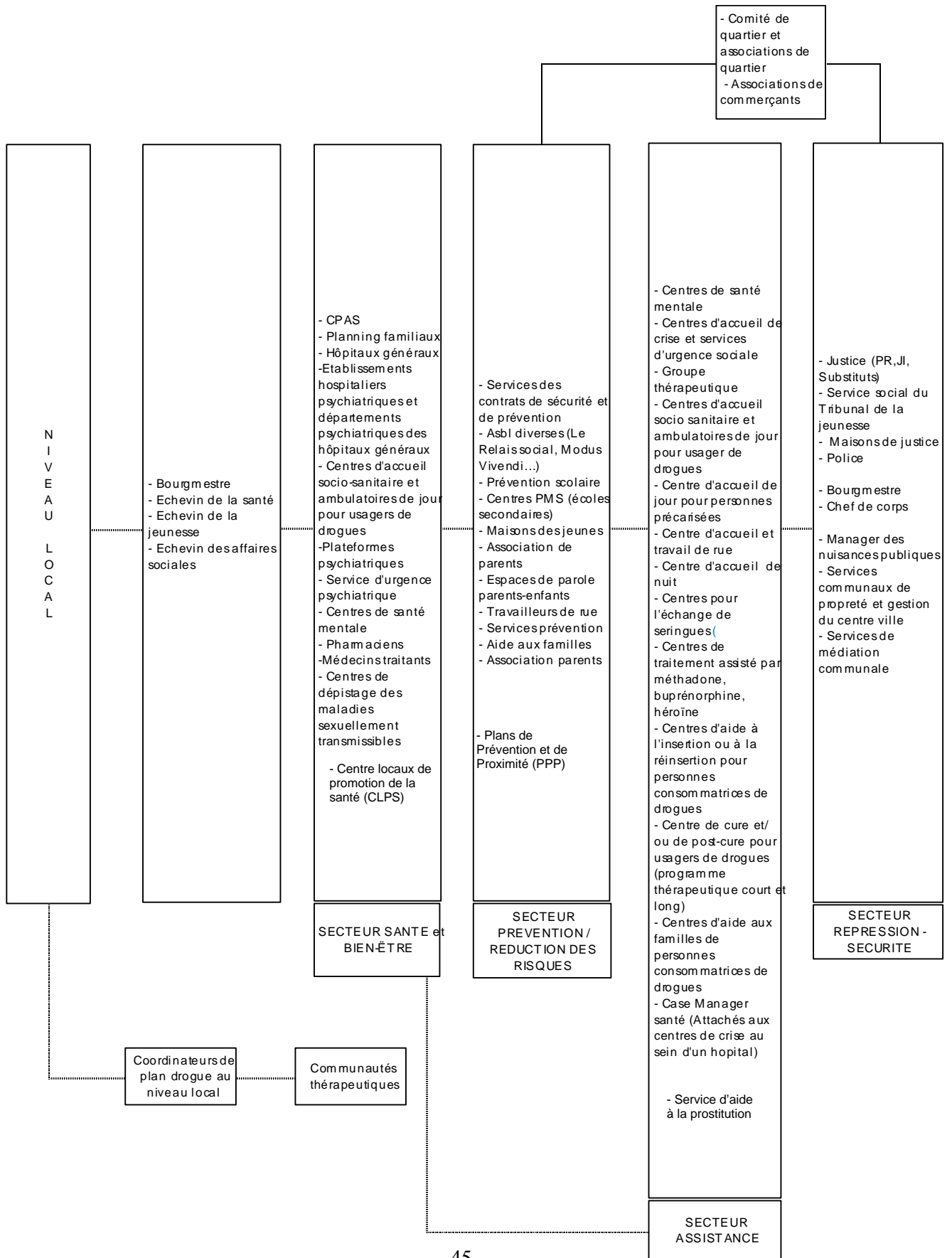
e) Plan de prévention et de proximité

Les Plans de prévention et de proximité sont présents au niveau de certaines communes qui répondent aux critères d'éligibilité prévus par le décret du 15 mai 2003 relatif à la prévention de proximité dans les villes et communes de Wallonie. C'est ainsi que 106 plans communaux ont par exemple été approuvés pour la période 2004-2007, réunissant 120 communes qui se sont engagées à réaliser un Plan de prévention de proximité durant cette période.

4.6.3. Aperçu des lignes de force de la politique drogue

Si le local dispose de peu de moyens en matière de toxicomanie, il reste néanmoins libre de mettre en œuvre des actions en matière de toxicomanie. Les autorités subventionnent un grand nombre de services dont la gestion est effectuée au niveau local afin de s'adapter aux spécificités de la situation local, mais aussi aux problèmes rencontrés et aux tendances en matière d'usage de drogue. Le niveau local est (ou devrait être) en quelque sorte le « laboratoire » des politiques en matière de drogue.

Schémas n° 6 : schéma récapitulatif concernant le niveau local



4.7. Conclusion

Cette section relative aux acteurs institutionnels et à leurs compétences reprend l'ensemble des autorités du sud du pays qui ont une implication dans la politique en matière de drogue. L'objectif de ce point n'est certainement pas d'établir un inventaire de l'ensemble des services « formels », actifs au niveau de, ou financés par les différents niveaux de compétence (communautaire, régional, provincial et local), mais bien d'établir un schéma reprenant les services les plus importants en ce qui concerne la reconnaissance, le/les type(s) d'action(s) et l'influence de ceux-ci auprès du politique mais aussi et surtout auprès des acteurs de terrain et des usagers.

Au vu de cette partie et des quelques schémas qui y sont repris, il est difficile de ne pas penser aux difficultés rencontrées au quotidien par les acteurs de terrain lorsqu'il s'agit de savoir quelle autorité fait quoi et qui est susceptible de subventionner une proposition de projet. Un nombre aussi important d'autorités compétentes et d'acteurs présents sur le terrain ne peut que brouiller, à un moment ou à un autre, les cartes des travailleurs de terrain comme celles des usagers. La mise en œuvre d'une politique intégrale et intégrée nécessite en tout cas que l'on s'attarde sur cette question.

HOOFDSTUK III. INVENTARISATIE BESTAANDE OVERLEGPLATFORMS EN SAMENWERKINGSVERBANDEN

De inventarissen die bestaande overlegplatforms en samenwerkingsverbanden oplist, zijn opgenomen in bijlage. In dit hoofdstuk worden de inventarissen inhoudelijk toegelicht en nagegaan welke praktijken nog wenselijk zijn in het licht van reeds geïdentificeerde praktijken (cf. literatuurstudie). De interventies worden ingedeeld op basis van de doelstelling die ze nastreven. Naast intersectorale interventies worden ook intrasectorale interventies besproken gezien deze aangeven op welke wijze en welke mate een sector is georganiseerd. De mate waarin een sector is georganiseerd is immers een faciliterende factor om toekomstige intersectorale samenwerking of overleg te realiseren.

De inventaris is geen exhaustief overzicht. De inventarisering werd georganiseerd aan de hand van een bevraging van lokale en provinciale drugcoördinatoren en dekt zodanig niet het ganse werkveld of inventariseert niet alle bestaande overlegplatforms en samenwerkingsverbanden (cf. supra)

1. Nederlandstalig België

1.1 Intersectorale interventies

1.1.1 Oriëntatie naar de hulpverlening vanuit politie en justitie

Voor intersectorale interventies waar de sector veiligheid partner is kunnen ten eerste samenwerkingsverbanden worden geïdentificeerd tussen de **sectoren veiligheid en hulpverlening** waarbij de doorverwijzing naar de hulpverlening vanuit politie en justitie wordt nagestreefd.

Uiteraard bestaan er naast deze samenwerkingsverbanden ook de alternatieve maatregelen en sancties op alle echelons van de strafrechtsbedeling. Deze alternatieve maatregelen en sancties laten een oriëntatie naar de hulpverlening toe van de politionele vaststelling tot de strafuitvoering en past in het gegeven dat het strafrecht dient gebruikt te worden als ultimum remedium. Vooraleer in te gaan op de geïnventariseerde samenwerkingsverbanden wordt een kort overzicht gegeven van de alternatieve maatregelen en sanctie die men kan invoeren om een doorverwijzing naar de hulpverlening te realiseren. Voor meer informatie wordt verwezen naar de studie van De Ruyver et. al (2007).

Op het opsporings- en vervolgingsniveau is het de bemiddeling in strafzaken waarbinnen een doorverwijzing naar de hulpverlening kan worden voorgesteld als voorwaarde voor het vervallen van de strafvordering (Wet van 10 februari 1994 houdende de regeling van een procedure voor de bemiddeling in strafzaken, 1994). Aangezien deze afhandelingsmodaliteit beperkt is tot misdrijven met identificeerbaar slachtoffer is deze modaliteit vaak geen optie in drugdossiers. Om op dit niveau druggebruikers toch door te verwijzen naar de hulpverlening wordt het kader van de praetoriaanse probatie gebruikt. Hierdoor is het mogelijk deze doorverwijzing te realiseren als voorwaarde voor

seponering. Deze praktijk is niet wettelijk omkaderd en wordt niet overal op dezelfde wijze toegepast. Tenslotte kan ook de vrijheid onder voorwaarden en invrijheidstelling onder voorwaarden als alternatief voor de voorlopige hechtenis een doorverwijzing naar de hulpverlening inhouden (Wet van 20 juli 1990 betreffende de voorlopige hechtenis, 1990). Op het niveau van de straftoemeting kan de doorverwijzing naar de hulpverlening worden gerealiseerd in het kader van de probatie-opschorting en probatie-uitstel. Op het niveau van de strafuitvoering kan een drugbehandeling worden geïnitieerd in het kader van de voorlopige invrijheidstelling. Tenslotte kan drughulpverlening een voorwaarde zijn voor de voorwaardelijke invrijheidstelling.

Op basis van de inventarisering zien we drie praktijken op het opsporings- en vervolgingsniveau in de steden Antwerpen, Gent, Mechelen en provincie Limburg. Deze praktijken kaderen binnen de praetoriaanse probatie waarbij met de doorverwijzing naar de hulpverlening vervolging kan worden vermeden. Nochtans zijn deze praktijken niet in eenzelfde mate uitgewerkt. Terwijl in Gent sprake is van een werkelijk 'pilotproject Proefzorg' waarbij twee trajecten zijn voorzien afhankelijk van het profiel en ernst van de drugproblematiek van de verdachte, is men in Antwerpen nog voornamelijk geconcentreerd op de uitwerking van een concept voor verslaafde veelplegers in kader van de praetoriaanse probatie. In Mechelen wordt deze praktijk gerapporteerd in het kader van de 'behandeling voor minderjarige problematische druggebruikers'. Het doel bestaat erin minderjarige problematische druggebruikers die in aanraking komen met politie toe te leiden naar de hulpverlening. In Limburg bestaat het 'Project Therapeutisch Consult' gericht op beginnende, jonge gebruikers.

Op het niveau van de straftoemeting vinden we het 'Project Drugbehandelingskamer' in Gent. Dit pilotproject heeft als doel personen die druggerelateerde criminaliteit plegen onder drang door te verwijzen naar de hulpverlening. Dit project kan gezien worden als een logisch vervolg op het Project Proefzorg. Mislukte dossiers in het kader van Proefzorg komen hier terecht. Deze dossiers waar de vervolging wordt ingezet worden gecentraliseerd op een themazitting 'Proefzorg'. De correctionele rechtbank spreekt zich verder uit over deze dossiers. Ook in Antwerpen werkt men rond dit thema aan de hand van de werkgroep 'Vroeghulp en drugcourts'.

Op het niveau van de strafuitvoering is er sprake van een doorverwijzing naar de hulpverlening van gedetineerden met het oog op hun vrijlating. Deze praktijk vindt plaats aan de hand van het 'Centraal Aanmeldingspunt' (CAP). Dit CAP verenigt hulpverleningsvoorzieningen in de regio. Aan de hand van intakegesprekken in de gevangenis wordt nagegaan welk centra het meest aanleunt bij de problematiek van de gedetineerde. Bij vrijlating is het aan de (ex)gedetineerde om te starten met het hulpverleningsprogramma. Een CAP is nog niet in alle gevangenissen geïnstalleerd.

1.1.2 Preventie en vroeginterventie in de schoolcontext

a) Preventie

Grosso modo bestaan deze samenwerkingsverbanden erin informatie te verschaffen over drugs ten aanzien van schoolgaande (risico)jongeren en hun ouders of uit het installeren van een drugbeleid op school. Er wordt samengewerkt tussen scholen, CLB's en preventiediensten en heel vaak is ook politie betrokken partner. In alle Vlaamse provincies worden dergelijke samenwerkingsverbanden gerapporteerd. Voorbeelden zijn de 'MEGA-projecten' of de 'Mijn Eigen Goed Antwoord-projecten' geïnstalleerd in Antwerpen, Oost-Vlaanderen en West-Vlaanderen, Limburg, Vlaams Brabant, ook 'Drugpreventie basisschool' in Aalst, 'PISAD-schoolwerking' in Oost-Vlaanderen en 'School Adoptie Plan' en het 'Last Shot DHZ' in Kortrijk, en 'Kick-it / Hi-a-way', in Sint Niklaas zijn gelijkaardige projecten. Hier is ook steeds politie betrokken. Sommige van deze samenwerkingsverbanden zijn ruimer georiënteerd dan enkel drugs en zijn gericht naar het ontwikkelen van sociale vaardigheden. Een voorbeeld is het 'Drugs Preventie Project' in Antwerpen en Oost-Vlaanderen. Er worden ook samenwerkingsverbanden gerapporteerd voor de installatie van een drugbeleid op school, in jeugdbewegingen- en jeugdhuizen, milieuverenigingen en in bedrijven. In de meerderheid van deze samenwerkingsverbanden is politie een partner. Toch worden ook samenwerkingsverbanden gerapporteerd waar politie niet betrokken is, bijvoorbeeld de 'Maat in de shit'-projecten, waar leeftijdsgenoten handvaten aanreiken aan jongeren om een druggebruikende vriend te helpen.

b) Vroeginterventie

Op basis van de inventaris zien we dat initiatieven die expliciet werken rond vroeginterventie niet sterk vertegenwoordigd zijn. Een voorbeeld hiervan is de ‘werkgroep vroeginterventie’ in Antwerpen. Voor de provincie Limburg wordt het ‘Project vroeginterventie’ gerapporteerd gericht naar minderjarige jongeren die een problematisch gebruikspatroon ontwikkelen.

1.1.3 Drugs en aanverwante problematieken

Een diversiteit aan samenwerkingsverbanden kan hier gerapporteerd worden waardoor verschillende doelgroepen worden bereikt. Zo worden er interventies gerapporteerd die zich richten naar de aanpak van dubbele diagnose, druggebruik en armoede, druggebruik en dakloosheid. Als voorbeeld zien we de ‘Mobiele Psychiatrische Hulp’ en de werkgroep ‘Armoede en Gezondheid’. In Gent is de ‘Stuurgroep Nachtopvang’ geïnstalleerd voor dakloze (drugverslaafden) door middel van laagdrempelige (nacht)opvang en andere zorgvoorzieningen. Deze initiatieven illustreren dat een drugbeleid aansluiting moet kaderen in het lokaal sociaal beleid. Welke sectoren vertegenwoordigd zijn in dergelijke samenwerkingsverbanden is afhankelijk van de problematiek. Het straathoekwerk is vaak een relevante partner gezien het contact met moeilijk te bereiken doelgroepen. In het kader van een spoed- en crisisopvang is het belangrijk dat er een goede samenwerking is tussen de spoeddiensten, ziekenhuizen en hulpverlening om een vlotte doorverwijzing te realiseren.

1.1.4 Harm reduction

Voor harm reduction initiatieven worden samenwerkingsverbanden gerapporteerd in kader van methadonverstrekking. In Antwerpen wordt er in de werkgroep ‘Apothekers’ gewerkt rond de samenwerking tussen Free Clinic en apothekers om de methadonverstrekking beter te organiseren. In enkele gemeenten in Oost-Vlaanderen wil men met het ‘Methadon-project’ niet enkel de verstrekking van methadon organiseren maar maakt ook psychosociale begeleiding expliciet deel uit van de samenwerking. De partners in dit samenwerkingsverband zijn dan ook talrijk gaande van het OCMW, Sociaal Huis, preventiedienst tot het MSOC met ondersteuning van het gemeente- en provinciebestuur.

1.1.5 Beleidsontwikkeling- en afstemming

In de inventaris komen initiatieven naar voor met als doel beleidsontwikkeling- en afstemming. Dergelijke initiatieven situeren zich in het kader van de ontwikkeling van een lokaal integraal en geïntegreerd drugbeleid. De drugproblematiek laat zich immers voelen op lokaal niveau en het is ook hier waar het drugbeleid zich concretiseert. Voorbeelden zijn lokale adviesraden, stuurgroepen drugbeleid, intergemeentelijke drugoverleggraden. In deze organen komen de verschillende lokale partners samen om nieuwe tendensen te bespreken maar ook om concrete samenwerkingsverbanden op te zetten in de aanpak van de drugproblematiek. Dergelijke initiatieven beperken zich niet altijd tot louter overleg maar er vloeien ook werkelijke samenwerkingsverbanden uit voort.

1.2 Wenselijke praktijken

1.2.1 Oriëntatie naar de hulpverlening vanuit politie en justitie

Niettemin er reeds enkele praktijken bestaan betreffende de doorverwijzing vanuit politie en justitie naar de hulpverlening, is de uitbreiding hiervan wenselijk. Naast een verdere implementatie van deze praktijk is ook de betrokkenheid van de welzijn- en gezondheidssector cruciaal. Effectiviteitsstudies tonen aan dat een meervoudige aanpak waarbij niet enkel rond de drugproblematiek, maar ook naar de diverse levensdomeinen wordt toegewerkt het succesvolst is. In dit kader dient er dus geïnvesteerd te worden in het systematisch betrekken van de welzijn- en gezondheidssector in praktijken waarbij een doorverwijzing naar de hulpverlening wordt geïnitieerd vanuit justitie. Er zou sprake moeten zijn van een systematisch tweede doorverwijzing naar welzijn- en gezondheidsvoorzieningen. Zo kan gezorgd worden voor arbeidstoeleiding of voor een woonplaats. Dezelfde opmerking geldt voor de oriëntatie naar de hulpverlening vanuit het gevangeniswezen. In dit verband is een initiatief als het CAP toe te

juichen maar ook een systematische samenwerking met bijvoorbeeld de VDAB of aansluiting met wooninitiatieven is wenselijk. Bovendien is de installatie van een CAP ook nog niet geïnstalleerd in alle gevangenissen. Bovendien is er sprake van een beperkt hulpverleningsaanbod tijdens de detentie. In dit kader verwijzen we naar de gevangeniswerking van De Kiem en het 'Believe-project' in Ruiselede waar een therapeutisch programma wordt aangeboden. Hulpverlening tijdens de detentie is schaars maar wenselijk. De detentietijd kan immers worden aangegrepen om te werken rond de drugproblematiek met het oog op sociale reïntegratie.

1.2.2 Preventie en vroeginterventie in de schoolcontext

Op basis van de inventaris kan gesteld worden dat er wel wat initiatieven bestaan gericht naar het verschaffen van informatie rond drugs ten aanzien van (risico)jongeren in de schoolcontext. Dit is niet verwonderlijk gezien jongeren gemakkelijk bereikt kunnen worden via het onderwijs. In merendeel van de bestaande samenwerkingsverbanden is het politie die de informatielessen verzorgt. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat het geven van informatie door politie niet effectief is. Gelet op het gegeven dat vroeginterventie en interventies gericht naar het aanleren van sociale- en leefvaardigheden als effectief zijn, is het wenselijk deze interventies verder uit te bouwen. Bovendien is het belangrijk om steeds in de kindertijd te werken rond sociale vaardigheden gezien het effect van dergelijke interventies gunstiger lijkt te zijn naargelang men vroeger ingrijpt in de ontwikkeling.

1.2.3 Drugs en aanverwante problematieken

De drugproblematiek is een multidimensionele problematiek en dit blijkt ook uit de initiatieven die worden opgezet. Er worden samenwerkingsverbanden aangegaan om te werken rond de drugproblematiek en sociaal-economische aspecten zoals kansarmoede, dakloosheid. De uitbouw van dergelijke initiatieven is wenselijk. Op deze manier kunnen moeilijk te bereiken doelgroepen worden bereikt en kan ook gewerkt worden naar de verbetering van verschillende levensdomeinen.

1.2.4 Harm reduction

Op basis van de inventaris werd er niet talrijk gerapporteerd over substitutiebehandeling of de systematisch verstrekking van methadon. Substitutiebehandeling heeft alleszins zijn effectiviteit bewezen in termen van een reductie van druggebruik en recidive. Op basis van effectstudies is het wenselijk om substitutiebehandeling te integreren in een ruimer zorgvoorzieningsaanbod met aandacht voor psycho-sociale begeleiding en er toegang is tot medische en sociale voorzieningen.

1.2.5 Beleidsontwikkeling- en afstemming

Tenslotte is de uitbouw van een lokaal integraal en geïntegreerd drugbeleid noodzakelijk om de lokale drugproblematiek aan te pakken. De literatuur reikt handvaten aan om dit zo effectief mogelijk te laten verlopen. Idealiter dienen lokale beleidsantwoorden gebaseerd te zijn op een gedegen analyse van de lokale problematiek. Monitoring is noodzakelijk om een evidence-based beleid mogelijk te maken. Op basis van deze probleemanalyse moet men partners betrokken bij de drugproblematiek identificeren. De literatuur geeft aan dat deze tweede stap cruciaal is en dat het belangrijk is dat alle relevante partners van bij het begin worden betrokken om een zo groot mogelijk draagvlak te creëren. Indien niet, bestaat de kans dat partners zich niet bereid voelen mee te stappen in een verhaal waar ze initieel niet bij betrokken werden. Ook de participatie van buurtbewoners en druggebruikers is aangewezen om te investeren in een draagvlak voor toekomstige initiatieven. Uiteindelijk heeft de burger een belangrijke stem in het lokaal beleid en de politieke vertegenwoordiging. Druggebruikers zijn ook een belangrijke doelgroep gezien zij de problematiek ook rechtstreeks ervaren en signalen oppikken in verband met nieuwe ontwikkelingen. Als derde stap dient een platform te worden gecreëerd waar alle partners elkaar kunnen ontmoeten. Als volgende stap is het belangrijk om te komen tot een gemeenschappelijke doelstelling waaruit acties en concrete samenwerkingsverbanden tussen sectoren kunnen ontstaan. Tenslotte moet men investeren in een continue afstemming van alle acties die worden ondernomen. Op deze manier kan het engagement van alle partners blijvend worden aangewakkerd en wordt vermeden dat overlap ontstaat.

2. Belgique francophone

L'inventaire que nous avons élaboré reprend à la fois des interventions intersectorielles et intrasectorielles. Dans la mesure où la recherche se concentre essentiellement sur la collaboration entre acteurs provenant de différents secteurs et sur la "mise en réseau", nous passerons uniquement en revue les principaux types de collaborations intersectorielles qui ressortent des projets répertoriés dans l'inventaire.

2.1. Interventions intersectorielles

2.1.1. Interventions en collaboration avec la justice (secteur sécurité)

L'inventaire reprend une série de projets qui interviennent dans le cadre des mesures judiciaires alternatives. Une précédente recherche réalisée sous l'égide de la politique fédérale et relative à l'effet des mesures alternatives pour les consommateurs de drogue²³ avait, entre autres, pour objectif de répondre à la question suivante : Comment les mesures alternatives sont-elles appliquées aux consommateurs de drogues ?

Au niveau de la recherche et des poursuites, l'inventaire (de même que la partie « entretiens ») reprend le **projet « Conseiller stratégique drogue » à Liège**. Directement inspiré de Proefzorg à Gent, ce projet, qui en est toujours à l'état de projet pilote, a pour objectif d'éviter à l'usager des poursuites judiciaires. En contrepartie, l'usager se doit de respecter toute une série de conditions qui ont été établies entre l'usager et le parquet. L'application de cette modalité pour les délits de drogues implique essentiellement que le parquet fait une proposition au toxicomane en vue de se faire soigner ou de se faire accompagner par rapport à sa problématique de dépendance » (De Ruyver et al. (2007), p. 35).

Dans la phase de mesure de la peine (phase où le juge a la possibilité d'imposer une peine alternative), le service **Alter Ego** peut prendre en charge l'usager de drogue qui fait l'objet d'une mesure alternative. Cette prise en charge débute par l'organisation de rencontres dans les locaux de Alter Ego, en prison ou au sein de la maison de justice²⁴. Ensuite, la prise en charge de l'usager est organisée jusqu'à son admission dans un service spécialisé.

Durant l'exécution de la peine, les **opérations Boule de neige en prison** ont essentiellement pour objectif la prévention et la réduction des risques grâce notamment à la formation de pairs usager au sein même des établissements pénitentiaires.

Au niveau de la prise en charge après libération, certaines associations comme **C.A.P.- I.T.I.** prennent en charge les usagers après libération (formation et réinsertion) mais également durant la détention (accompagnement psychosocial).

Cette collaboration avec la justice et le milieu carcéral est importante pour deux raisons. La première concerne le rôle de la justice en matière de consommation de drogue. Il est maintenant admis que la prévention et l'assistance doivent être privilégiées par rapport à la répression. Dans cette lignée, il paraît donc normal que la justice collabore avec le secteur prévention et le secteur socio-sanitaire. La seconde raison concerne la question des soins en milieu carcéral. Si de plus en plus de services extérieurs au milieu pénitentiaire interviennent auprès des usagers de drogues incarcérés afin de permettre la « continuité des soins en milieu carcéral »²⁵, leur présence n'est quand même pas encore suffisamment importante. Par ailleurs, certains points restent à régler comme le développement de vrais programmes de prévention et de réduction des risques en prison, l'information des détenus, la formation du personnel pénitentiaire ou encore la question du secret professionnel. Tous ces points devraient être explorés au sein des Groupes locaux de pilotage drogue.

²³ De Ruyver et al. (2007). Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers – Effets des mesures alternatives pour les consommateurs de drogues, Academia Press.

²⁴ Alter Ego dispose en effet d'une antenne au sein même de la Maison de justice de Charleroi

²⁵ Continuité des soins prévue expressément par la loi de principe concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus du 17 mai 2006 mais également par la Circulaire ministérielle n° 1785 du 18 juillet 2006 relative à la problématique de la drogue en prison.

2.1.2. Actions de prévention et de réduction des risques en milieu festif

L'inventaire reprend une série de projets qui ciblent les jeunes en milieu festif. Les projets tels que **Modus Fiesta**, les **équipes mobiles de Modus Vivendi**, le **projet « Quality night »**, le **projet « Drogue risquer moins »** ou encore un **projet en milieu festif issu de l'asbl Sesame** n'ont pas pour mission de dramatiser la situation, mais bien de prévenir les dangers liés à la consommation de drogues et plus largement les risques liés à la consommation dans les lieux festifs (déshydratation, mélanges alcool drogue, volume sonore important,...). Suite aux résultats de plusieurs recherches effectuées au début des années 2000, les interventions en milieu festif se sont révélées indispensables pour diverses raisons : « Une formation du personnel travaillant dans les boîtes de nuit s'avérait nécessaire, une partie du public ne possédait pas d'informations sur les risques liés à la consommation de drogues et d'alcool, il y avait le problème du retour à domicile sous l'effet de l'alcool et des produits psychotropes, l'accès gratuit à l'eau potable et à des préservatifs était inexistant et la question des nuisances sonores devait être travaillée. Par ailleurs, une partie de la population à risque n'avait aucun contact avec les institutions médicales » (Barbier, C. (2007). Une charte du bien-être dans les milieux festifs bruxellois, *Education santé*, n° 226).

2.1.3. Réduction des risques

L'inventaire reprend plusieurs organismes qui mettent en œuvre un échange de seringue et/ou des traitements de substitution. Ainsi, le centre **START – MASS** (Liège), l'**asbl Parenthèse MASS** (Mons), **Actolux**, sont actifs en matière de réduction des risques. Le concept de réduction des risques s'est construit sur base de l'existence des drogues et de leur consommation. La réduction des risques balaye l'inefficacité d'une politique d'éradication de la drogue et tend à prendre en compte les effets recherchés par les usagers de drogue. Les acteurs qui effectuent des actions de réduction des risques sur le terrain essayent avant tout de donner une information correcte et détaillée sur les effets de la drogue, les plaisirs que cela apporte, mais aussi les dangers que la substance représente (composition, mode de fabrication, effets à long terme sur la santé) sans pour autant apparaître comme des donneurs de leçons.auprès des jeunes, c'est en tout cas une façon d'agir qui semble porter ses fruits et qui leur donne à réfléchir sur leur consommation (Van Rompaey, Ch. (2001), De la techno au rêve... et à la drogue ?, *En marche*, 18 octobre).

2.1.4. Consommation de drogue et problèmes connexes

La consommation de drogue ne pose pas que des problèmes de santé liés à sa consommation, mais elle est également bien souvent la cause ou la conséquence d'autres problèmes connexes (double diagnostic, perte d'emploi, perte de logement, pauvreté, exclusion sociale,...). C'est pour cette raison que divers organismes collaborent entre eux au sein de réseaux ou plateformes afin de toucher l'utilisateur en tant que consommateur de drogue mais aussi l'utilisateur en tant que personne qui souffre d'autres problèmes d'ordre social, professionnel ou financier. Ainsi, des organismes comme le **SIAJEF**, **Phénix**, le **Centre d'accueil le Trait d'Union (CATD)**, le **projet CASA**, le **centre ENADEN** combinent à la fois aide relative à la consommation et programme de soins et de réinsertion. Plusieurs réseaux tels que **Citadelle**, le **Relais social du pays de Liège**, **Toxinam**, collaborent avec d'autres secteurs afin de pouvoir faire face à la spécificité du phénomène mais surtout à son côté multidimensionnel (par exemple, il serait intéressant de collaborer avec les travailleurs de rue pour identifier toute une tranche de la population qui bien souvent ne bénéficie plus d'aucune couverture sociale ; il serait également intéressant dans d'autres cas de travailler avec le CPAS pour tout ce qui concerne les allocations de chômage et la recherche d'emploi,...)

2.1.5. Développement et harmonisation de la politique drogue

Parmi les initiatives inventoriées, certaines ont clairement pour objectif le développement et l'harmonisation d'une politique intégrale et intégrée locale. C'est au niveau local que les politiques drogues se concrétisent et nombreux sont les acteurs de terrain qui critiquent les réseaux actifs à des niveaux hiérarchiquement supérieurs comme étant des réseaux détachés de la réalité et souvent peu

prolifères en matière de mise en œuvre de projets efficaces au niveau local. Les **coordinateurs des plans drogue au niveau local**, par exemple, sont au « carrefour » des services actifs en matière de toxicomanie et ont donc la capacité de coordonner et d'adapter les pratiques et projets en matière de drogue aux évolutions, tendances et changement dans les styles de consommation qu'ils observent (ou dont ils sont tenus au courant) sur le terrain.

2.2. Pratiques à encourager

Les pratiques à encourager (*good practices*) seront évoquées dans la partie « entretiens » et « Focus groupe », mais il est bon de terminer cette analyse en passant en revue certaines pratiques qui peuvent être considérées comme plus effectives (ou qui pourraient facilement l'être) dans la mesure où elles répondent à une prise en compte intégrale et intégrée du phénomène des drogues.

2.2.1 Réduction des risques

La réduction des risques fait maintenant partie intégrante des actions menées en matière de toxicomanie. Elle est mise en œuvre dans les prisons, dans les milieux festifs mais également dans les centres présents au sein des villes et communes de notre pays. La consommation de drogues étant un problème de santé publique, la réduction des risques semble être une action appropriée et efficace pour lutter contre les problèmes liés à une consommation « *unsafe* » de drogues. Cependant, le message n'est pas clair pour tout le monde et on peut facilement voir les limites ou même les risques d'une telle approche. « Ces approches n'auraient-elles pas en fin de compte un effet inverse à celui attendu d'une limitation de la consommation ? La réduction des risques ne pourrait-elle pas être comprise comme un catalogue de recettes permettant de consommer de la drogue sans risques ? Réduire les risques, c'est tenter de diminuer les effets négatifs des consommations, ce qui d'une certaine façon suppose de les accepter » (Van Rompaey, Ch. (2001), De la techno au rêve... et à la drogue ?, *En marche*, 18 octobre). Les bonnes pratiques sont bien souvent les pratiques les plus innovantes, mais il convient cependant de placer des gardes fous (rappel de l'illégalité des drogues,...) et surtout d'établir une bonne communication avec le public et les autorités quant à l'intérêt réel de cette pratique qui s'inscrit également dans une perspective éducative voir même thérapeutique.

2.2.2 Prise en charge globale de la consommation et des problèmes connexes

Aborder la question de la consommation sans aborder les problèmes connexes à la consommation paraît dénué de sens, pourtant ce n'est pas toujours le cas. L'utilisateur de drogue incarcéré n'est pas toujours suivi par un service d'aide à la réinsertion lors de sa libération (Forem, organisme de logement,...). Le même individu au sein de la prison n'est pas nécessairement aidé par un service de soins afin de traiter le problème de consommation et de dépendance²⁶. Il est donc plus que nécessaire d'envisager de façon systématique des programmes qui agissent à la fois sur la consommation mais aussi sur l'ensemble des aspects socio-économiques de l'utilisateur, afin que l'amélioration de la situation de ce dernier soit globale et puisse éviter au maximum une rechute.

2.2.3 Harmonisation de la politique en matière de drogue

Tout comme au niveau néerlandophone, l'importance du développement d'une politique drogues intégrale et intégrée au niveau local n'est plus à démontrer. Par ailleurs, la mise en place d'un système de monitoring afin d'anticiper les changements en matière de type de consommation, de type de produits consommés ou du type de consommateurs pourrait être bénéfique. Comme déjà mentionné dans d'autres parties de la recherche, il importe également que l'ensemble des secteurs et partenaires impliqués dans le phénomène des drogues soient répertoriés. La participation des habitants mais également des usagers (si possible) pourrait également s'avérer importante afin de mettre en œuvre des

²⁶ Notez qu'au niveau des services de soins en assuétudes à l'intérieur des prisons, les choses changent et de plus en plus d'actions sont mises en œuvre. Par ailleurs, la législation elle-même oblige maintenant à tenir compte de l'équivalence de soins extra et intra muros.

actions en matière de drogue et d'assurer leur compréhension par toutes et tous. Le citoyen doit avoir son mot à dire dans la mise en œuvre d'une politique locale en matière de drogue. La création de plateformes intersectorielles à tous les niveaux locaux au sein de laquelle tous les partenaires pourraient se rencontrer fait également débat. Certains acteurs voient en effet d'un mauvais œil l'instauration de la Cellule générale drogue qui pour eux ne tiendrait pas suffisamment compte du niveau local alors qu'il s'agit du niveau où tout se déroule concrètement. Enfin, il est nécessaire d'investir sans cesse dans l'harmonisation continue de l'ensemble des actions menées, afin de soutenir et de respecter l'action de chaque partenaire et d'entretenir la connaissance des missions et rôles de chacun des acteurs.

CONCLUSION

La partie III avait pour objectif de dresser l'inventaire des acteurs et de leurs compétences. Le cadre méthodologique repris au point deux a été l'occasion de retracer la manière dont nous avons procédé pour établir une « carte » des acteurs, de leurs compétences, mais également des formes de collaboration et lieux de concertation existant. Pour cela, nous nous sommes basés sur les recherches existantes²⁷ mais également sur les documents législatifs et directives existant (**point II, 1.1.1. ; 1.1.2.**). Sur base de ces documents, plusieurs schémas ont été réalisés et vérifiés par une série d'acteurs actifs aux différents niveaux de compétence. Les schémas obtenus ne reprenaient que ce que nous appelons les projets « formels », c'est-à-dire des projets ou organismes qui sont à la fois reconnus par les pouvoirs publics, repris dans certaines directives mais également visibles et connus du grand public (**point III, 2,3 et 4**). Afin d'obtenir une cartographie complète des projets et formes de collaboration en matière de drogue, nous avons également relevé les projets plus « informels » (**point IV, 1 et 2**). Ces projets ont été recueillis via un questionnaire que nous avons soumis à différents acteurs clés actifs dans le domaine de la toxicomanie. La partie relative aux initiatives et formes de collaboration « formelles » était l'occasion pour nous de retracer, en Flandres comme en Wallonie, les principaux acteurs ou services au sein des différents niveaux de compétences (fédéral, régional, communautaire, provincial et local) mais aussi le rôle que ces services jouent au niveau de compétence où il agit. Cette partie était également l'occasion pour nous de reprendre les compétences de chaque niveau de pouvoir en matière de drogue et de montrer que le nord et le sud du pays ne sont pas toujours structurés de la même façon. Ainsi, des différences se retrouvent au niveau de l'organisation des acteurs au niveau provincial et local (ex : en Flandres, on retrouve au niveau de chaque Province un coordinateur drogue provincial, alors que ce n'est pas le cas en Wallonie), mais aussi et surtout au niveau du nombre d'autorités ayant des compétences en matière de drogue (ex : au sud du pays, la Communauté française et la Région wallonne ont chacune des compétences en matière de drogue. En Flandres, une seule autorité est compétente, la Communauté et la Région étant considéré comme une seule et même entité). Le passage relatif aux projets informels ne reprend que les interventions intersectorielles. En fonction du type de projets et formes de collaborations présents dans l'inventaire, nous avons établis une structure qui reprend quelques initiatives intersectorielles qui nous paraissaient les plus pertinentes sur base des projets inventoriés mais également une série de thématique plus sensibles et souvent débattus au niveau du terrain et/ou des autorités (ex : l'intervention précoce, la réduction des risques, actions de prévention et de réduction des risques en milieu festif,...). Enfin, pour terminer, nous avons essayé d'envisager comment améliorer ces initiatives intersectorielles et ces thématiques afin d'arriver à une politique intégrale et intégrée véritablement efficace sur le terrain.

²⁷ « La politique des drogue en chiffres » et « Drogues en chiffres II » ; « Le Moniteur de politique locale intégrale en matière de drogue ».

DEEL IV HAALBAARHEIDSSSTUDIE: INTERVIEWS EN FOCUSGROEPGESPREKKEN

Sara Van Malderen
Mathieu Chapeau
Sofie Vindevogel
Brice De Ruyver
André Lemaître
Wouter Vanderplassen

INLEIDING

Een haalbaarheidsstudie heeft tot doel na te gaan of vooropgestelde ideeën, methodes of doelstellingen realiseerbaar en valabel zijn en waar eventuele knelpunten en mogelijkheden zich situeren (Hoagland & Williamson, 2002; Matson, 2000).

In dit onderzoek wordt een haalbaarheidsstudie uitgevoerd aan de hand van interviews en focusgroepen. Met een bevraging van actoren van het beleid en het werkveld wordt gepeild naar de mogelijkheden en knelpunten voor de implementatie van good practices in kader van een integraal en geïntegreerd drugbeleid. Het doel van de interviews is informatie te verzamelen over concrete mogelijkheden en problemen bij het implementeren van samenwerkingsinitiatieven. Aan de hand van focusgroepen wordt dieper ingegaan op vaststellingen die geformuleerd worden aan de hand van interviews en vorige onderzoeksfasen.

HOOFDSTUK I. METHODOLOGIE

1. Selectie respondenten en organisatie interviews

In een vorige onderzoeksfase werd een inventaris opgemaakt van bestaande samenwerkingsverbanden en overlegplatforms. Op basis van deze inventaris werden samenwerkingsverbanden geselecteerd voor de selectie van respondenten. In de tabel hieronder wordt een overzicht geboden van geselecteerde samenwerkingsverbanden. Per samenwerkingsverband werd steeds één partner per betrokken sector in het samenwerkingsverband bevraagd over ervaringen (do's en don'ts) in de samenwerking.

Voor de *selectie* van samenwerkingsverbanden werden volgende *criteria* gehanteerd:

Ten eerste, wordt gestreefd naar variëteit en diversiteit in het type van samenwerkingsverbanden en overlegplatforms betreffende doelstelling en betrokken sectoren. Er wordt op toegezien dat zowel in Nederlandstalig als Franstalig België een gelijkaardig type van overlegplatform of samenwerkingsverband wordt geselecteerd om uitspraken over één type overleg of samenwerkingsverband te ondersteunen. Zo wordt bijvoorbeeld in Nederlandstalig als Franstalig België een samenwerkingsverband geselecteerd waar de hulpverlening en de sector justitie samenwerken.

Ten tweede, wordt steeds één actor per betrokken sector in een samenwerkingsverband of overlegplatform bevraagd. Op die manier kan de visie per sector worden geanalyseerd en kan een totaal zicht worden verkregen op de samenwerking en randvoorwaarden vanuit verschillende hoeken.

Ten derde, wordt gestreefd naar een evenwichtige spreiding van overlegplatforms en samenwerkingsverbanden over de verschillende provincies. Niettemin zijn bepaalde provincies oververtegenwoordigd gezien de vaststelling dat daar meer samenwerkingsverbanden zijn geïnstalleerd.

Gezien de onderzoeksvragen wordt gefocust op de bevraging van respondenten die deel uitmaken van intersectorale overlegplatforms of samenwerkingsverbanden en gaat de voorkeur in de eerste plaats uit naar samenwerking (operationeel, uitvoeren van een bepaalde actie, project) en in mindere mate naar overleg (orgaan voor het uitwisselen van ideeën).

Voor de interviews werd een semi-gestructureerde vragenlijst opgesteld. Deze interviewleidraad werd opgesteld op basis van de kennis van de literatuurstudie en gestuurd door de onderzoeksvragen. Deze semi-gestructureerde vragenlijst werd voorgelegd aan drie professionelen uit het werkveld om af te toetsen of de vragen dicht genoeg aanleunen bij de praktijk en niet wordt voorbijgaan aan essentiële punten zodat geen waardevolle informatie verloren gaat. Professionelen waarnaar de vragenlijst werd toegestuurd situeren zich binnen het straathoekwerk, politi, het provinciale welzijn- en preventie beleid.

2. Overzicht geselecteerde samenwerkingsverbanden en respondenten

Landsdeel, regio en samenwerkingsverband Partie du territoire, région et forme de collaboration	Gecontacteerde respondenten Personnes interviewés
*Vlaanderen (Oost-Vlaanderen, Gent) « Proefzorg »	- Zorgcoördinator middelenmisbruik Oost-Vlaanderen (sector hulpverlening); - Proefzorgmanager (sector veiligheid: opsporing- en vervolgingsniveau)
*Wallonie (Province de Liège, Liège) Projet pilote « Conseiller stratégique Drogue »	- Conseiller stratégique drogue (secteur sécurité); - Coordinateur du service des urgences psychiatriques (CHP Citadelle) – Service d’urgence médico-psycho-social (secteur assistance)
*Vlaanderen (Antwerpen, Mechelen) « Hulpverlening aan gedetineerden »	- De Sleutel (sector hulpverlening); - Gevangenis Mechelen, PSD (sector veiligheid: strafuitvoeringsniveau)
*Vlaanderen (Antwerpen, Antwerpen) « Samenwerking in het kader van het Centraal aanmeldingspunt »	- Gevangenis Antwerpen, PSD (sector veiligheid: strafuitvoeringsniveau); - Free Clinic Antwerpen (sector hulpverlening)
*Wallonie (Région de Charleroi, Jamioulx) Projets « Boule de Neige » en prison	- Attachée au directeur de la prison de Jamioulx (secteur sécurité : stade de l’exécution de la peine) ; - Membre de l’ASBL Carolo Rue (secteur prévention / réduction des risques ; secteur santé et bien-être ²⁸).
*Wallonie (Région de Charleroi) « Alter Ego », service de liaison avec le milieu carcéral	- Directeur de l’ASBL Trempline (secteur prévention ; secteur assistance); - Responsable du projet « Alter Ego » (secteur assistance) ;
*Vlaanderen (Antwerpen, Antwerpen) « Werkgroep vroeginterventie »	- JAC (sector welzijn- en gezondheidszorg); - VAGGA/Altos (sector welzijn- en gezondheidszorg); - SODA (coördinator); - De Sleutel (sector hulpverlening)
*Wallonie (Hainaut occidental, ville de Tournai) Projet « Périscopie »	- Coordinateur de l’ASBL Canal J (secteur prévention / réduction des risques) ; - Médecin généraliste et psychanalyste (secteur assistance).
*Vlaanderen (Oost-Vlaanderen, Gent) « Coördinatievergadering veiligheid: samenwerking n.a.v I Love Techno »	- FOD Volksgezondheid (sector welzijn- en gezondheidszorg); - Lokale recherche drugs (sector veiligheid: opsporings- en vervolgingsniveau);

²⁸ « Secteur santé et bien-être » est un terme employé au nord du pays (« welzijn »). Le sud du pays utilise les termes « secteur social » ou « promotion de la santé ». Pour des raisons de facilité et d’uniformité, l’ensemble du rapport mentionne « secteur santé et bien-être » mais nous tenons néanmoins à avertir le lecteur que le terme « santé et bien-être » n’a de sens qu’au niveau néerlandophone.

<p>*Wallonie (Services actifs en matière de toxicomanie intervenant sur l'ensemble du territoire wallon et bruxellois, mais le projet énoncé se situe à Charleroi) Coordination de divers services dont l'ASBL « Modus Vivendi » (Modus Fiesta) et « Carolo Contact Drogue » lors de la City Parade</p>	<p>- Life Nation (organisateur I Love Techno)</p> <p>- Responsable de Modus Fiesta sur la parade (secteur prévention / réduction des risques) ;</p> <p>- Membre de l'ASBL « Carolo Contact Drogue » (secteur prévention / réduction des risques) ;</p> <p>- Plan d'urgence : responsable de l'ensemble du dispositif de soins (secteur assistance) ;</p>
<p>*Vlaanderen (Limburg, Genk) « Lokaal cliëntoverleg Hasselt »</p> <p>*Wallonie (Ville de Namur) ASBL « Phénix » - Aide et suivi du toxicomane dans son parcours vers l'autonomie</p>	<p>- OCMW Hasselt (sector welzijn- en gezondheidszorg);</p> <p>- CAD (sector hulpverlening);</p> <p>- Justitiehuis (sector veiligheid)</p> <p>- Directeur de l'ASBL Phénix (secteur prévention ; secteur assistance) ;</p> <p>- Membre du CPAS de Namur (secteur santé et bien-être)</p>
<p>*Vlaanderen (Oost-Vlaanderen, Gent) « Stuurgroep nachtopvang »</p> <p>*Wallonie (Région Bruxelles/Capitale - Bruxelles) Centre médical ENADEN et partenariat au sein de la Fédito bruxelloise</p>	<p>- CAW Artevelde (sector welzijn- en gezondheidszorg);</p> <p>- Straathoekwerk Gent (sector welzijn- en gezondheidszorg);</p> <p>- MSOC Gent (sector hulpverlening);</p> <p>- Sociale dienst politie Gent (sector veiligheid)</p> <p>- Psychiatre du centre ENADEN (secteur assistance) ;</p> <p>- Directeur de la Fédito bruxelloise (secteur santé et bien-être)</p>
<p>*Vlaanderen (West-Vlaanderen, Brugge) « Lokale adviesraad drugbeleid » (overlegplatform)</p> <p>*Wallonie (Hainaut occidental, Région de Tournai) Réseau «Citadelle» d'aide en toxicomanie (plateforme de concertation)</p>	<p>- Preventiedienst Brugge (sector preventie);</p> <p>- De Sleutel Brugge (sector hulpverlening);</p> <p>- OCMW Brugge (sector welzijn- en gezondheidszorg);</p> <p>- Politie Brugge (sector veiligheid)</p> <p>- Coordinateur du réseau « Citadelle » (lieu de concertation et dispatching des usagers vers les services appropriés) ;</p> <p>- Responsable du S.A.I.S. (Service d'Aide à l'Insertion Sociale) de Tournai (secteur santé et bien-être) ;</p> <p>- Coordinateur de l'ASBL Canal J (secteur prévention / réduction des risques) ;</p> <p>- Premier substitut du procureur du Roi de Tournai (secteur sécurité)</p>
<p><i>Extra :</i> *Nederland « Samenwerking n.a.v veiligheidsbeleid Rotterdam »</p>	<p>- Expert stedelijk veiligheidsbeleid en hoogleraar</p>

3. Selectie respondentent en organisatie focusgroepen

In de focusgroepen werden zowel personen samengebracht die een coördinatierol vervullen als terreinwerkers en ervaring hebben met intersectoraal samenwerken. Om te komen tot sectoroverschrijdende uitspraken werd de vertegenwoordiging van de diverse sectoren nagestreefd. Er werd een focusgroep georganiseerd in Nederlandstalig en Franstalig België. Aan de hand van deze focusgroepen kon alle gewenste informatie worden verkregen. Bovendien lagen de bevindingen in lijn met de resultaten van de interviews. Voor de focusgroepen werd een draaiboek opgesteld waar verschillende topics worden doorlopen om zicht te krijgen op ervaringen van de respondenten in kader van de implementatie van intersectorale samenwerkingsverbanden en te peilen naar de do's en don'ts in de samenwerking met sectoren. Bovendien werden de bevindingen op basis van voorgaande onderzoeksfases voorgelegd.

4. Verwerking van de kwalitatieve onderzoeksgegevens

De interviews en focusgroeps gesprekken werden verwerkt met het software pakket Maxqda2 dat toelaat kwalitatieve informatie op efficiënte wijze te organiseren en analyseren (Lewins & Silver, 2007).

HOOFDSTUK II. INTERVIEWS

1. Resultaten interviews Nederlandstalig België

1.1 “Proefzorg”

1.1.1 Beschrijving samenwerkingsverband

Doelstelling

Het project Proefzorg heeft tot doel om reeds op opsporings- en vervolgingsniveau mensen die feiten hebben gepleegd als gevolg van verslavingsproblemen of een ziekte op een snelle en efficiënte wijze in contact te brengen met de hulpverlening. Dit project vertrekt vanuit het wetenschappelijk bewijs dat hulpverlening recidive en druggerelateerde criminaliteit kan voorkomen en sociale reïntegratie bevordert.

Respondenten onderschrijven deze doelstelling en zijn van mening dat deze ook bereikt wordt. Investeren in de relatie en bouwen aan het vertrouwen tussen politie en justitie en de sector hulpverlening is volgens de respondenten een reden waarom de doelstelling wordt bereikt.

Aard en historiek

Het project Proefzorg is er gekomen als antwoord op een lacune om in een vroeg stadium daders van slachtofferloze delicten waar een verslavingsproblematiek aan de grondslag ligt te kunnen doorverwijzen naar de hulpverlening. De Wet van 10 februari 1994 die de bemiddeling in strafzaken regelt is immers enkel van toepassing op misdrijven waar er sprake is van een identificeerbaar slachtoffer. Enkel binnen dit wettelijk kader kan een oriëntatie naar de hulpverlening worden voorgesteld als voorwaarde tot verval van de strafvordering. Een andere mogelijkheid om een doorverwijzing naar de hulpverlening voor te stellen als alternatieve maatregel is de praetoriaanse probatie. Deze is echter niet wettelijk omkaderd en wordt bijgevolg ook niet overal toegepast. Bovendien is de toepassing van praetoriaanse probatie afhankelijk van de interesse en werklast van de parketmagistraat. Ook voor de druggebruiker brengt deze praktijk onduidelijkheid met zich mee aangezien er geen maximumtermijn is die aangeeft hoelang hij of zij onder justitieel toezicht zal staan. Het project Proefzorg in het gerechtelijk arrondissement Gent wil tegemoet komen aan de bestaande situatie van de praetoriaanse probatie door deze praktijk te stroomlijnen en duidelijk te omkaderen door een duidelijke gestructureerd samenwerkingsverband tussen justitie en hulpverlening in de regio. Op 15 juli 2005 werd tussen de Minister van Justitie en de procureur des Konings te Gent en de hulpverlening in de regio, namelijk het Netwerk Zorgcircuit Middelenmisbruik Oost-Vlaanderen een

samenwerkingsakkoord aangegaan. Met dit samenwerkingsakkoord “Pilotproject Proefzorg” kan de aanstelling van een proefzorgmanager gebeuren. De proefzorgmanager werkt in opdracht van het parket, ontvangt de druggebruikers en volgt op of ze de voorwaarden (oriëntatie hulpverlening) naleven. De proefzorgmanager vertrekt vanuit een justitieel kader en onderlijnt het straffend element maar legt de brug naar de hulpverlening. De aanstelling van een proefzorgmanager ligt in lijn met het Koninklijk Besluit van 2003 waar wordt voorzien in de aanstelling van justitiële casemanagers. De procureur des Konings verbindt zich ertoe het vervolgingsbeleid af te stemmen volgens de principes van Proefzorg. Een substituut-procureur des Konings werd aangesteld als referentiemagistraat en krijgt de leiding over de cel. Het Netwerk Zorgcircuit Middelennisbruik Oost-Vlaanderen bestaat uit 14 zorgvoorzieningen met als doel zorg op maat en zorgcontinuïteit. In het kader van Proefzorg verbindt dit Netwerk er zich toe een aanspreekpunt te creëren zodat overleg mogelijk wordt tussen de proefzorgmanager en de hulpverlening en snel(ler) kan worden geïntervenieerd. Dit aanspreekpunt bestaat uit twee centrale meldpunten, De Kiem en De Sleutel. Deze meldpunten zijn bestaande hulpverleningscentra die de druggebruiker verder begeleiden binnen de hulpverlening.²⁹ Binnen Proefzorg zijn twee trajecten mogelijk: Korte Proefzorg en Lange Proefzorg. Korte Proefzorg is bedoeld voor dossiers zonder zware strafrechtelijke kwalificaties waarbij zelden sprake is van openbare overlast. Deze personen hebben geen of niet langer een problematisch gebruikerspatroon, geen gerechtelijke antecedenten in verband met drugs en geen indicaties van problemen op andere levensdomeinen. De Korte Proefzorg bestaat erin dat de verdachte een gesprek heeft met de proefzorgmanager waarop één gesprek volgt met een hulpverlener in één van de centrale meldpunten. De verdachte levert hiervan het bewijs dat bij zijn of haar dossier wordt gevoegd waarop de parket magistraat de zaak seponeert. Bij Lange Proefzorg is een eenmalige aanmelding en gesprek niet voldoende maar is een behandeling binnen de hulpverlening noodzakelijk. Na een gesprek met de proefzorgmanager waar de proefzorgmanager en de verdachte besluiten dat een drugproblematiek aan de grondslag ligt, wordt de verdachte doorverwezen naar een centraal meldpunt. In overleg met de hulpverlening wordt een behandelingsplan uitgestippeld. De verdachte zal dit plan voorleggen aan de proefzorgmanager die dit dient goed te keuren. Het justitieel toezicht door de proefzorgmanager loopt zes maanden. De hulpverlening rapporteert aan de proefzorgmanager door schriftelijke rapportage waar enkel de aanwezigheid van de cliënt wordt vermeld. Het is immers aan de verdachte om gedurende het traject aan de proefzorgmanager te bewijzen zich te houden aan het behandelingstraject. Verdachten die terecht komen in een traject van lange Proefzorg hebben zwaardere feiten gepleegd, gebruiken nog steeds illegale middelen en hebben een gerechtelijk verleden van druggerelateerde feiten. Bovendien beperkt de problematiek zich niet tot een drugproblematiek maar worden ook problemen vastgesteld. Indien een Korte of Lange Proefzorg mislukt, wordt de vervolging ingesteld. De dossiers worden vervolgens gebundeld op een themazitting ‘Proefzorg’ waar de correctionele rechtbank zich buigt over deze dossiers.³⁰

Betrokken partners en rolverdeling

In dit samenwerkingsverband zijn de sector hulpverlening en de sector veiligheid vertegenwoordigd. Langs de kant van de hulpverlening gaat het om zowel ambulante als residentiële drughulpverleningscentra. De centrale meldpunten zijn het vertrekpunt. In kader van een Korte Proefzorg worden aan de hand van een eenmalig gesprek de verschillende hulpverleningsvormen toegelicht. In het kader van een Lange Proefzorg gaat het meldpunt samen met de cliënt kijken welk centrum binnen het Netwerk Middelengebruik het meest geschikt is.

Wat betreft de sector veiligheid zijn de proefzorgmanager en de parketmagistraat de direct betrokken partners. Toch is ook de (interventie)politie en de lokale recherche drugs, een belangrijke partner in de samenwerking. Politie heeft namelijk een belangrijke taak in het sensibiliseren van de verdachte.

²⁹ Voor meer informatie zie: DE RUYVER, B., COLMAN, C., DE WREE, E., VANDER LAENEN, F., REYNDERS, D., VAN LIEMPT, A., et al. (2008). *Een brug tussen justitie en drughulpverlening. Een evaluatie van het proefzorgproject*, . Antwerpen-Apeldoorn.

³⁰ In het gerechtelijk arrondissement Gent werd recent gestart met een nieuw pilotproject op het straftoemingsniveau: “Drugbehandelingskamer” (DBK). Dit project heeft als doel op een snelle en efficiënte wijze ook op dit niveau van de strafrechtbedeling een doorverwijzing naar de hulpverlening. Dit project wordt binnenkort geëvalueerd door de Universiteit Gent in samenwerking met de Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid.

“De Lokale recherche drugs maar ook de interventiepolitie stellen aanvankelijke pv’s op. Daar moet er voor een stuk sensibilisering zijn, dat is belangrijk in het verhoor van de gebruiker. Hoe kan een goed proces verbaal worden opgesteld en hoe kan worden omgegaan met die mensen om de voorzet te geven aan justitie om Proefzorg op poten te zetten. Vanuit die politionele insteek kan je motiveren.”

Voor de mislukte Proefzorg dossiers komt er ook een bijkomende partner in beeld. Zaken die mislukken komen terecht bij het volgende echelon van de strafrechtsbedeling, namelijk de straftoemeting. Gezien de correctionele rechter zich vervolgens buigt over de problematiek, is er ook op dit echelon interesse en noodzaak om met deze zaken innovatief om te gaan. Hietoe wordt een themazitting ‘Proefzorg’ georganiseerd waar deze dossiers worden gebundeld. Vanuit deze praktijk kan het pilootproject “Drugbehandelingskamer” gesitueerd worden.

Vanuit de sector hulpverlening wordt de behoefte aangekaart om ook de welzijn- en gezondheidssector systematisch te betrekken in het project.

“de hulpverlening is maar een heel betrekkelijke partner, het zijn therapeuten... maar arbeid en huisvesting blijft een probleem”

Tenslotte wordt ook de universiteit gezien als belangrijke partner om het project wetenschappelijk te ondersteunen. Op die manier wordt het duidelijk voor de partners uit het samenwerkingsverband of er in de goede richting wordt gewerkt en kan worden bijgestuurd waar nodig. Het pilootproject werd geëvalueerd door de Universiteit Gent in samenwerking met de Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid³¹.

Spanning en rivaliteit

Volgens de respondenten verloopt de samenwerking goed tussen de partners. Indien er sprake is van spanningen worden deze gesitueerd binnen de hulpverlening, tussen hulpverleningscentra onderling.

“Het is al langer geweten dat er vroeger rivaliteit was en wellicht nog voor een stuk bestaat aan de zijde van de hulpverlening...verschillende organisaties tegenover elkaar.”

Samenwerkingsproces

Overlegmomenten

Er wordt vaak overlegd om te bekijken hoe de samenwerking loopt en het verloop van dossiers te bespreken en aan te sturen. Overleg wordt gezien als een belangrijk middel om mogelijke zorgen te signaleren. Zowel formele maar ook vooral informele contacten worden als essentieel beschouwd.

Taakverdeling

Respondenten geven aan dat het duidelijk is wat hun rol is. De samenwerking is dan ook duidelijk uitgeschreven in het samenwerkingsakkoord.

Organisatie en structuur

Opleiding kennis van elkaars werking

In de samenwerking worden cursussen voorzien zodat sectoren kennis krijgen van elkaars werking. Dit wordt immers door beide sectoren gezien als noodzakelijke factor voor een goede samenwerking. Volgens de hulpverlening ligt dit zelfs aan de grondslag waardoor de doelstelling wordt bereikt. Op deze wijze krijgen partners uit de verschillende sectoren zicht op elkaars beperkingen en mogelijkheden binnen de finaliteit van een sector. Respondenten geven aan dat hiermee het begrip voor ieders werkwijze eigen aan een sector toeneemt en bevorderend is voor de samenwerking.

Coördinatie

Er is geen specifieke coördinatie voorzien maar er zijn wel aanspreekpunten aangeduid binnen iedere sector. Respondenten achten een overkoepelende coördinatie niet nodig. De aanspreekpunten hebben

³¹ Voor meer informatie zie: DE RUYVER, B., COLMAN, C., DE WREE, E., VANDER LAENEN, F., REYNDERS, D., VAN LIEMPT, A., et al. (2008). *Een brug tussen justitie en drughulpverlening. Een evaluatie van het proefzorgproject*. Antwerpen-Apeldoorn.

het voordeel dat men op die manier een groot deel van de sector bestrijkt. Bijvoorbeeld voor de hulpverlening zijn er drie aanspreekpunten die op hun beurt terugkoppelen naar de achterban.

1.1.2 Do's en don'ts

Sterke punten

Figuur van Proefzorgmanager

De installatie van een proefzorgmanager brengt verscheidene voordelen met zich mee. Respondenten wijzen er op dat door proefzorgmanager zowel justitie als politie zich kunnen toeleggen op hun kerntaken. Politie dient niet meer in te staan voor de controle van de voorwaarden. Justitie of de parketmagistraat dient de verdachte niet meer op te volgen maar kan zich buigen over het vraagstuk van de strafvordering.

Administratieve ondersteuning

De administratieve ondersteuning die de cel proefzorg geniet maakt een efficiënte uitvoering van de taken van de proefzorgmanager mogelijk. Op die manier kan de proefzorgmanager zich volledig concentreren op de behandeling van dossiers.

Duidelijke taakverdeling binnen ieders finaliteit en protocolovereenkomst

De magistraat neemt de beslissing in een strafdossier. De administratieve medewerker staat in voor de administratie en de proefzorgmanager vertrekt vanuit het normatief kader en positioneert zich ook zo naar de verdachte toe. Op die manier wordt het straffend element van de maatregel onderlijnd. De hulpverlening biedt een aanbod aan de cliënt aan maar het is de verantwoordelijkheid van de cliënt om het traject te doorlopen. De taakverdeling en methodiek geformaliseerd in een protocolovereenkomst wordt ervaren als een sterk punt van de samenwerking. Op deze wijze is de taak en verantwoordelijkheid van iedere partner duidelijk. De hulpverlening dient ook voorrang te geven aan cliënteel dat binnenstroomt vanuit Proefzorg om de snelle reactie op strafbare feiten, te garanderen.

“Het protocol vormt de filosofie waarop we draaien...het zet de structuur uit en geeft een kader en principes aan van waaruit je werkt en zet dit op papier. Het is een handig instrument waarop je altijd kan terugvallen.”

De respondenten geven aan dat met het protocolovereenkomst de samenwerking tussen justitie en de hulpverlening in een stroomversnelling terecht is gekomen. Informele contacten en samenwerking krijgt nu een formeel kader.

Opleiding over elkaars werking

Respondenten vinden het belangrijk kennis te krijgen van de werking van de andere sector. Er worden cursussen georganiseerd waar politie en hulpverleners elkaar ontmoeten. Deze cursussen worden gezien als sterk punt door beide sectoren en komt volgens hen de samenwerking ten goede.

“...om mensen te laten ontmoeten en praten met elkaar, mekaar respecteren elk in zijn eigen werk met elk zijn eigen finaliteit maar dat toch aan hetzelfde zeel trekt.”

Efficiëntere instroom in de hulpverlening

Volgens respondenten heeft het Proefzorg project er ook toe geleid dat druggebruikers sneller terecht komen in een hulpverleningsprogramma aangepast aan de persoonlijke problematiek, met als gevolg dat de slaagkansen van de hulpverlening toenemen.

Wetenschappelijke ondersteuning en evaluatie

De wetenschappelijke ondersteuning van het Proefzorg project wordt gezien als een sterk punt. Toch wijzen respondenten op de noodzaak aan een blijvende evaluatie van Proefzorg om bijsturing mogelijk te maken met oog op een uitbreiding van Proefzorg naar andere gerechtelijke arrondissementen.

Zwakke punten

Afwezigheid van een sturend mandaat binnen de sector hulpverlening

Vanuit de sector hulpverlening wordt het gebrek aan interne verantwoording binnen de sector gezien als een knelpunt. Op basis van het protocol is de samenwerking tussen de sectoren goed geregeld. Maar er wordt ook een nood gesignaleerd aan een duidelijk afsprakenkader binnen de sector waarvoor ook verantwoording dient te worden afgelegd. De hulpverlening wijst op het gebrek aan een sturend mandaat binnen de sector, wat wordt beschouwd als mogelijke bedreiging voor efficiënte instroom.

“Samenwerken gaat niet zonder iemand met een sturend mandaat binnen de sector.”

De hulpverlening wijst erop dat de moeilijkste groepen uit de boot vallen. Hulpverleningscentra dienen aan te tonen dat ze een bepaald aantal mensen in begeleiding nemen maar moet zich niet verantwoorden voor de selectie van cliënten.

“Diegenen waar ze het meeste perspectief in zien die zullen ze er uit vissen, vergeet niet dat iemand die in Proefzorg terecht komt vaak al eens in behandeling is geweest.”

Bedreigingen

Financieel kader

Respondenten drukken op een gebrekkige financiering voor de hulpverleningssector. Het project wordt deels gesubsidieerd door het Globaal Plan. Er is voorzien in de aanstelling van personeel maar werkingskosten worden niet gedekt. Het budget laat niet toe om iemand in dienst te nemen met anciënniteit, wat het vlotte verloop van de samenwerking bedreigt, gezien het sterk personeelsverloop.

Hulpverleningsnetwerk en wachtlijsten

De sectoren veiligheid en hulpverlening wijzen op het probleem van de wachtlijsten. Volgens de hulpverlening is er niet te weinig aanbod maar is het aanbod onvoldoende afgestemd. Hierdoor kan een snelle reactie niet meer gegarandeerd worden en komen ook cliënten met een ernstige problematiek waar opname vereist is, terecht op de wachtlijst.

1.1.3 Randvoorwaarden

Hulpverleningsnetwerk

Een goed uitgebouwd hulpverleningsnetwerk is een randvoorwaarde om de justitiële doorverwijzing naar de hulpverlening te realiseren. Het project betekent immers een extra instroom van cliënteel.

“Gent heeft historisch gezien op het vlak van drugs en drugbeleid een tal van voordelen in vergelijking met andere regio’s. Het hulpverleningsnetwerk is hier extreem goed voorzien, veel meer dan in andere regio’s.”

Duidelijke taakverdeling, mandaat en protocollaire samenwerking

Door een duidelijke taakverdeling opgenomen in een protocol kunnen de verschillende partners zich toeleggen op hun kerntaken. Respondenten beschouwen dergelijk protocol als randvoorwaarde voor een vlotte samenwerking.

Kennis tussen sectoren van elkaars werking

Kennis van elkaars werking wordt beschouwd als een randvoorwaarde. Op deze manier kunnen sectoren elkaar leren kennen waardoor er begrip ontstaat voor ieders finaliteit, mogelijkheden en beperkingen vanuit iedere sector. Een eerste aanzet voor dergelijke kennismaking kan gegeven worden aan de hand van cursussen waar de verschillende sectoren elkaar ontmoeten.

“Binnen de hulpverlening is het relevant een beeld te hebben van hoe justitie werkt, wat daar belangrijk is en meespeelt. Voor iemand die in een justitiële setting werkt is het heel goed te weten dat vanuit de hulpverlening een vertrouwensrelatie cruciaal is. “Respect voor een ander zijn job kan er maar komen door kennis te hebben over datgene wat die job inhoudt”.

Overleg en afstemming

Respondenten drukken op het belang van blijvend overleg en (in)formele contacten tussen de partners zodat het engagement van alle partners blijvend kan gestimuleerd worden en de dynamiek van de samenwerking kan behouden worden. Communicatie en onderlinge feedback over concrete afgehandelde dossiers zorgt voor een gevoel van betrokkenheid en maakt mogelijk bepaalde genomen stappen te contextualiseren en te duiden om het draagvlak bij de verschillende partners te behouden.

Administratieve ondersteuning en conceptuitwerking

Vanuit justitie wordt de administratieve ondersteuning gezien als randvoorwaarde voor een vlotte uitvoering van het project. Op die manier kunnen meer dossiers worden behandeld door de Proefzorgmanager. Respondenten zijn het erover eens dat het uitwerken van een gemeenschappelijke visie een randvoorwaarde is om te komen tot dergelijke samenwerking. Een gemeenschappelijke visie waarbij beide sectoren onderkennen elkaar nodig te hebben is noodzakelijk. Naast het uitwerken van een conceptueel kader met oog voor ieders verantwoordelijkheid wordt er ook gedrukt op het beveiligen van de methodiek van de proefzorgmanager.

1.1.4 Visie op intersectorale samenwerking

Alle respondenten drukken op het belang van intersectorale samenwerking gezien de aard van het drugfenomeen maar wijzen er op dat er nog niet veel acties worden ondernomen tussen sectoren.

1.2 Hulpverlening aan (ex)gedetineerden

1.2.1 Beschrijving samenwerkingsverband

Doelstelling

De doorstroom verzekeren van (ex)gedetineerden naar de hulpverlening met het oog op hun vrijlating in het kader van sociale reïntegratie en nazorg. Deze doelstelling wordt nagestreefd door de gevangeniswerking (vrijwillig) georganiseerd door de hulpverlening, meer bepaald De Sleutel te Mechelen in de gevangenis van Mechelen.

Aard en historiek

Om de doorstroom te verzekeren van (ex)gedetineerden naar de hulpverlening met het oog op hun vrijlating brengt een hulpverlener van De Sleutel een bezoek aan de gevangenis. De hulpverlener gaat samen met de gedetineerden die dat wensen na welk hulpverleningsprogramma kan gevolgd worden na de vrijlating. De financiering door de stad Mechelen werd stopgezet en de gevangeniswerking wordt nu overgenomen door een hulpverlener die is tewerk gesteld in kader van de GAM-projecten.³² Gevangeniswerking behoort niet als dusdanig tot het takenpakket en komt tot stand op basis van "goodwill" om toch hulpverlening te kunnen aanbieden aan (ex)gedetineerden.

Het gaat om gedetineerden met een hulpvraag die willen werken aan hun drugprobleem na de vrijlating (intrinsieke motivatie) en gedetineerden die hulpverlening wensen in het kader van de vrijlating onder voorwaarden (extrinsieke motivatie).

Betrokken partners en rolverdeling

Zowel justitie als de hulpverlening geeft aan dat de samenwerking zeer beperkt is. Enkel De Sleutel biedt hulpverlening aan gedetineerden aan maar doet enkel een intake voor het eigen centrum. De Sleutel komt ter plaatse op vraag van de Psycho-Sociale dienst van de gevangenis die de namen doorgeeft van gedetineerden met een hulpvraag. Er wordt nagegaan of de gedetineerde in aanmerking komt voor ambulante begeleiding bij De Sleutel. Het gaat dus om een solo-samenwerking van De Sleutel samen met de gevangenis. Er is duidelijk een nood om meerdere hulpverleningscentra te betrekken in de samenwerking.

³² GAM staat voor gerechtelijke alternatieve maatregelen in het kader van het Globaal Plan. GAM bestaat uit vier modaliteiten: dienstverlening en opleiding in het kader van bemiddeling in strafzaken, dienstverlening en opleiding in het kader van probatie, alternatieve maatregelen ter vervanging van voorlopige hechtenis en diversie maatregelen voor minderjarigen.

Samenwerkingsproces

Verloop van de samenwerking

Voor gedetineerden die dat wensen wordt een kennismakingsgesprek georganiseerd om nadien te peilen naar de ernst en aard van de problematiek. Indien ze in aanmerking komen voor ambulante begeleiding krijgen ze een attest waarmee ze zich kunnen aanmelden na de vrijlating. De interventie stopt als ambulante begeleiding niet toereikend is. De gedetineerde krijgt brochures van andere hulpverleningsprogramma's maar zal zelf contact moeten opnemen met deze voorzieningen.

1.2.2 Do's en don'ts

Sterke punten

Gezien de beperkte hulpverlening die wordt aangeboden en de hiaten vastgesteld door de respondenten kunnen geen sterke punten van de samenwerking worden geïdentificeerd.

Zwakke punten en hiaten

Ontoereikend hulpverleningsaanbod en beperkt hulpverleningsnetwerk

Het gebrek aan vertegenwoordigers van verschillende hulpverleningscentra die zich richten naar (ex)gedetineerden wordt sterk onderlijnd door de respondenten. De samenwerking is te beperkt.

“Het is echt een probleem dat heel weinig centra, specifiek drughulpverlening maar ook algemene zorgvoorzieningen, komen naar de gevangenis. Bovendien is het heel moeilijk om deze doelgroep ergens binnen te krijgen.”

Gebrek aan financiering voor een gevangeniswerking

Er worden geen middelen vrijgemaakt om de doorstroom naar de hulpverlening te realiseren. Dit heeft als gevolg dat aanvragen te lang onbeantwoord blijven en er een lange wachttijd is. Een gebrek aan financiën wordt ook aangegeven als mogelijkheid waarom andere centra geen gesprekken organiseren.

Gebrekkige doorverwijzing

Er gebeurt geen doorverwijzing naar een residentieel centrum indien ambulante begeleiding niet gepast is. De hulpverlening wijst op weerstand binnen de sector om dergelijke cliënten op te nemen met als gevolg dat er geen advies wordt gegeven zich aan te melden bij andere hulpverlening omdat cliënten uiteindelijk op een gesloten deur botsen en dit ook het imago van het eigen centrum schaadt.

“In het verleden gaven wij advies contact op te nemen met een residentieel centrum indien ambulante hulpverlening niet voldoende zou zijn. Uiteindelijk bleek dat ze deze cliënten niet zo vanzelfsprekend opnamen, waardoor ons advies weinig waard was. Als gevolg hadden die mensen een probleem omdat geen antwoord kan geboden worden op hun hulpvraag... en maakten wij ons belachelijk. Ons advies werd toch niet opgevolgd.”

Afwezigheid van een “Centraal Aanmeldingspunt” (CAP)

Respondenten geven aan dat de afwezigheid van een CAP er in sterke mate voor zorgt dat (ex)-gedetineerden niet terecht kunnen in de hulpverlening. De nood aan een formele en uitgewerkte samenwerkingsstructuur zoals het CAP wordt dan ook onderlijnd vanuit het belang de in- en doorstroom van gedetineerden naar de hulpverlening te realiseren en structureren.

Vergeten doelgroep

Respondenten zijn het erover eens dat (ex)gedetineerden met een verslavingsproblematiek een doelgroep is die waarin er te weinig wordt geïnvesteerd. Tegelijkertijd geven ze aan dat de hulpverlening vaak weigerachtig staat ten aanzien van deze doelgroep. Volgens respondenten ligt dit ook aan de grondslag waarom andere centra niet naar de gevangenis komen voor intake-gesprekken.

Nood aan hulpverlening tijdens de detentie

De respondenten wijzen ook op een gebrek maar noodzaak aan hulpverlening tijdens de detentie. Dit heeft als gevolg dat gedetineerden tijdens hun detentieperiode niet kunnen geholpen worden.

“Hulpverleners hebben een mandaat nodig om aan begeleiding te doen in de gevangenis. Ik heb bijvoorbeeld een cliënt die ten vroegste binnen 5 maanden vervroegd vrijkomt, maar die heeft nu een hulpvraag, niet binnen 5

maanden. Hij ondervindt nu problemen want is plots gestopt met zijn gebruik en wil daar ondersteuning bij maar ik kan dit niet bieden binnen het kader waar we nu in werken. Ik kan pas binnen 5 maanden maar dat zijn vijgen na Pasen...”

1.2.3 Randvoorwaarden

Respondenten wijzen op de nood aan middelen als randvoorwaarde opdat hulpverlening kan worden aangeboden of er nog maar sprake kan zijn van een goede samenwerking.

Middelen

Respondenten komen vaak terug op het gebrek aan middelen dat ervoor zorgt dat er noch hulpverlening met het oog op vrijlating, noch hulpverlening tijdens de detentie wordt georganiseerd.

1.2.4 Visie op intersectorale samenwerking

Respondenten zijn het eens over de noodzaak om samen te werken tussen sectoren. Respondenten zien deze samenwerking bovendien ruim en verwijzen ook naar zorgvoorzieningen voor een verbetering op de levensdomeinen.

1.3 Hulpverlening aan (ex)gedetineerden in het kader van het “Centraal Aanmeldingspunt” (CAP)

1.3.1. Beschrijving samenwerkingsverband

Doelstelling

De doorstroom verzekeren van (ex)gedetineerden in de gevangenis van Antwerpen naar de hulpverlening met het oog op hun vrijlating in het kader van sociale reïntegratie en nazorg. Om deze doelstelling na te streven werd een CAP opgezet. In dit CAP krijgt de samenwerking tussen de gevangenis en de externe hulpverlening vorm.

Aard en historiek

Deze samenwerking binnen het CAP bestaat ruim 10 jaar en is tot stand gekomen om de instroom van (ex)gedetineerde naar de hulpverlening te stroomlijnen en af te stemmen. Op deze wijze kan worden vermeden dat gedetineerden aanvragen versturen naar verschillende centra en dat centra naast elkaar de aanvraag van eenzelfde gedetineerde behandelen. Gedetineerden met een hulpvraag kunnen zich nu via de PSD aanbieden bij het CAP. De gedetineerde dient een aanvraag in te dienen via de PSD die dit doorgeeft aan het justitieel welzijnswerk. Het justitieel welzijnswerk stelt uiteindelijk een agenda op en legt de wekelijks zitdagen vast. Op deze zitdagen gaat een hulpverlener naar de gevangenis en vindt er een verkenningsgesprek plaats waar het aanbod wordt toegelicht aan de gedetineerde. Indien de gedetineerde alsnog geïnteresseerd is, volgt een intake-gesprek waarbij de hulpverlener samen met de gedetineerde nagaat welk centrum het meest geschikt is na de vrijlating, afhankelijk van de problematiek en hulpvraag. De hulpverlening wordt vertegenwoordigd door verschillende ambulante en residentiële centra uit de regio. Deze centra zijn lid van de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra voor Verslavingszorg (VBVV). Er wordt een beurtrol georganiseerd zodat steeds één hulpverlener de zitdagen kan verzorgen. De hulpverleners, ongeacht voor welk centrum wordt gekozen om de hulpverlening te starten, doen de intake-gesprekken voor elkaar. Zowel gedetineerden die onder drang, in het kader van vrijlating onder voorwaarden, hulpverlening vragen als gedetineerden die uit eigen beweging de hulpverlening opzoeken kunnen beroep doen op het CAP.

Betrokken partners en rolverdeling

In de samenwerking tussen de gevangenis en de hulpverlening die vorm krijgt via het CAP zijn de PSD van de gevangenis en de externe hulpverlening vertegenwoordigd. De hulpverlening omvat verschillende centra waardoor de drughulpverlening wordt gedekt, er is vertegenwoordiging van ambulante en residentiële centra met kortdurende en langdurende programma's. Psychiatrische zorgvoorzieningen zijn niet vertegenwoordigd via het CAP maar is volgens de respondenten wel wenselijk om dubbele diagnose patiënten te bereiken.

Het justitieel welzijnswerk coördineert de werking van het CAP gezien zij de aanvragen vanuit de PSD bundelen en de agenda vastleggen zodat de zitdagen gestructureerd kunnen verlopen.

Samenwerkingsproces

Gedetineerden kunnen kennis krijgen van het CAP als ze de gevangenis binnenkomen. Indien er bij het onthaal een drugproblematiek wordt gesignaleerd, stelt de PSD de werking van het CAP voor. De gedetineerde kan zelf of via de PSD contact opnemen met het CAP. In de gevangenis zijn ook affiches aangebracht om gedetineerden op de hoogte te brengen van dit initiatief.

Bestaand netwerk

Reeds vóór de installatie van het CAP was er sprake van een goed netwerk en contact tussen de gevangenis en de hulpverleningssector. Volgens de respondenten heeft de aanwezigheid van een bestaand netwerk de oprichting van het CAP gefaciliteerd.

Organisatie en structuur

Overlegmomenten

Er wordt geen overleg georganiseerd specifiek om de werking binnen het CAP te bespreken maar respondenten geven aan dat dit wel aan bod kan komen op de lokale stuurgroep drugs. Dergelijke stuurgroep is geïnstalleerd in iedere Belgische gevangenis. Het is een orgaan om de ontwikkeling van een drugbeleid in de gevangenis mogelijk te maken als antwoord op de drugproblematiek in de gevangenissen. De beleidslijnen krijgen vorm in de Centrale Stuurgroep Drugs waar vertegenwoordigers van de federale en regionale overheden zijn vertegenwoordigd. Via de lokale stuurgroepen drugs kan het beleid bijgevolg worden geïmplementeerd in de gevangenissen.

Coördinatie

Het justitieel welzijnswerk coördineert de werking van het CAP door de aanvragen te bundelen, wachtlijsten op te stellen en de zitdagen te organiseren.

1.3.2 Do's en don'ts

Sterke punten

Organisatie en optimalisatie van de instroom

Door middel van de installatie van een CAP worden de aanvragen gekanaliseerd en gestructureerd. Dit betekent een ontlasting voor de gedetineerde die niet meermaals zijn levensverhaal dient uit te schrijven voor zijn aanvraag, als een ontlasting voor hulpverleningscentra aangezien dubbel werk wordt vermeden. Bovendien heeft dit als gevolg dat gedetineerden sneller op de juiste plaats terecht komen. Samen met een hulpverlener wordt er immers gekeken welk centra het meest voldoet, rekeninghoudend met het type problematiek. Ook voor de PSD biedt het CAP voordelen. Het CAP is niet enkel een aanspreekpunt voor de gedetineerde maar ook voor de PSD. De PSD moet niet meer alle centra contacteren maar kan gebeuren door hulpverleners die kennis hebben van het werkveld zodat sneller kan worden beoordeeld welk programma geschikt is in functie van het profiel.

Gedifferentieerde vertegenwoordiging van de hulpverlening

De vertegenwoordiging van verschillende hulpverleningscentra binnen het CAP wordt ervaren als een sterk punt. Op die manier is er een brede waaier aan voorzieningen die kunnen worden ingezet en kan een antwoord worden geboden op diverse hulpvragen.

Zwakke punten en hiaten

Restgroepen

Respondenten geven aan dat anderstaligen en personen met een precaire verblijfsstatus doelgroepen zijn die niet bereikt worden. Nederlands spreken is immers een vereiste om te functioneren in groep(therapie), bijvoorbeeld het kader van een therapeutische gemeenschap.

Gebrek aan vertegenwoordiging van psychiatrische zorgvoorzieningen

Respondenten wijzen op het gebrek aan psychiatrische instellingen met als gevolg dat er via het CAP geen (ex)geïnterneerden met een dubbele diagnose problematiek terecht kunnen in de gespecialiseerde hulpverlening.

Gebrek en noodzaak aan hulpverlening tijdens de detentie

Respondenten geven aan dat er een tekort is aan hulpverlening tijdens de detentie rekening houdend met de drugproblematiek in de gevangenis.

1.3.3 Randvoorwaarden

Bestaand hulpverleningsnetwerk

Respondenten geven aan dat een bestaand hulpverleningnetwerk een faciliterende factor was om het CAP op te richten. Voordien was er reeds contact tussen de gevangenis en de hulpverlening.

1.3.4 Visie op intersectorale samenwerking

Respondenten erkennen het belang samen te werken met andere sectoren maar zijn van mening dat een doorgedreven samenwerking met de welzijn- en gezondheidssector noodzakelijk is om het objectief van sociale reïntegratie en nazorg te bereiken. Bovendien drukken ze op het belang van samenwerking met externe hulpverleners om ook tijdens de detentie een hulpverlening te creëren.

1.4 Vroeginterventie

1.4.1 Beschrijving samenwerkingsverband

Doelstelling

De werkgroep vroeginterventie in Antwerpen is een initiatief van het Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA) met als doel afstemming en samenwerking te creëren om het objectief van vroeginterventie te bereiken. Met de werkgroep wil men de link tussen de hulpvraag, van jongeren die dreigen af te glijden naar problematisch druggebruik, en het hulpaanbod zo kort mogelijk maken en dit met de steun van intermediairen in het werkveld waaronder het onderwijs, jeugdwerk en jeugdhuizen. Deze doelstelling werd omschreven door SODA maar vindt een draagvlak bij de respondenten. Niettemin geven respondenten aan dat er toch nog sterker moet geïnvesteerd worden in de uitwerking van een duidelijk concept. Alle partners drukken in de eerste plaats op het belang van informatie-uitwisseling. Respondenten achten het belangrijk dat alle partners aangeven wat men realiseert binnen het kader van vroeginterventie om te vermijden dat initiatieven naast elkaar worden genomen. De werkgroep kan een aanzet geven tot concrete samenwerking tussen partners. Respondenten geven aan dat dergelijke werkgroep de kwaliteit van de zorg en deskundigheidsbevordering stimuleert. Bovendien wordt de werkgroep ook gezien als een orgaan dat dienst doet als forum.

Aard en historiek

De werkgroep vroeginterventie in Antwerpen is een initiatief van SODA. De werkgroep is enerzijds opgezet om tegemoet te komen aan leemten in het aanbod op vlak van vroeginterventie en anderzijds om organisaties die aansluiten bij het thema samen te brengen. De vaststelling werd immers gemaakt dat organisaties naast elkaar gelijkaardige initiatieven opzetten betreffende de vorming van intermediairen. Vanuit SODA is de beslissing gekomen om organisaties samen te brengen met als doel een gezamenlijk aanbod te creëren voor een efficiënte besteding van bovenlokale middelen die de stad ontvangt. Respondenten vinden dat het bestaande aanbod als basis kan dienen om de doelstelling van vroeginterventie na te streven. Er wordt gedrukt op het belang van een snelle doorverwijzing om problemen op een snelle manier te kunnen detecteren.

Betrokken partners en rolverdeling

De werkgroep brengt actoren uit de welzijn- en gezondheidssector en de sector hulpverlening. Het gaat om het Jongeren Advies Centrum (JAC), de Vereniging voor ambulante geestelijk gezondheidszorg Antwerpen (VAGGA-Altos) en De Sleutel. Het JAC situeert zich binnen het

Centrum voor Welzijnswerk Metropool, heeft een onthaalfunctie en doet aan begeleiding en preventie. VAGGA-Altos is een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, Altos verwijst naar de deelwerking die zich richt naar de alcohol- en drugproblematiek. De Sleutel situeert zich binnen de gespecialiseerde drughulpverlening. SODA is initiatiefnemer en heeft een mandaat om organisaties bijeen te brengen. Vanuit dit oogpunt faciliteert SODA intersectorale samenwerking. Respondenten wijzen op een sterke motivatie om samen te zitten. Aangezien de werkgroep een initiatief is uitgaande van de stad, kunnen ook signalen worden doorgegeven naar het beleid. Respondenten geven aan dat de communicatie naar het lokale bestuur toe kan leiden tot het vrijmaken van middelen.

Spanning en rivaliteit

Indien er spanningen tussen sectoren zijn, liggen financiën aan de grondslag. Toch geven respondenten aan dat dit kan vermeden worden door een duidelijke stellingname vanuit het lokale bestuur. Bovendien drukken respondenten op het feit dat het niet duidelijk is welke organisatie de hoofdrolspeler is. Vroeginterventie situeert zich immers tussen preventie en hulpverlening. Respondenten geven aan dat door samen te kijken welk aanbod er al bestaat rond vroeginterventie spanningen kunnen vermeden worden, en een vlottere doorverwijzing kan gerealiseerd worden.

Samenwerkingsproces

In de werkgroep licht iedere partner toe welk aanbod er is en welke zaken er momenteel lopen. Organisaties die geconfronteerd worden met risicogroepen maar niet behoren tot de werkgroep kunnen ook uitgenodigd worden. Op die manier kan men kennis maken met andere partners in het veld teneinde een snelle doorverwijzing mogelijk te maken. Werken rond vroeginterventie is een doelstelling en opdracht van SODA die is ingeschreven in het actieplan en geformaliseerd in het beleidsplan. De medewerking van de partners in de werkgroep is echter gebaseerd op good will.

Organisatie en structuur

Coördinatie

De coördinatie gebeurt door SODA. Respondenten drukken op de meerwaarde van SODA als trekkende organisatie die intersectorale samenwerking stimuleert. Respondenten zien ook in SODA een opportuniteit om signalen vanuit het werkveld te communiceren naar het lokale bestuur.

“vanuit de werkgroep kan informatie worden opgepikt uit het werkveld waarmee er naar het beleid kan worden toegestapt. Anders krijg je naar het beleid toe verschillende stemmen en organisaties die aankloppen bij de schepen met als gevolg dat het complexer is om er een verhaal uit te halen en dit eventueel te communiceren naar het bovenlokale niveau. Ik denk dat die werkgroep extra ondersteuning kan bieden.”

Er bestaat er wel onduidelijkheid bij de partners over de wijze waarop de werkgroep wordt georganiseerd. Er wordt gedrukt op het belang van vaste regelmaat.

Invulling van het concept vroeginterventie

Niettegenstaande dat SODA vroeginterventie definieert als het korter maken van de link tussen de hulpvraag en het aanbod door een snelle doorverwijzing, blijft de invulling van het concept vroeginterventie vaag voor de respondenten. Er zijn geen concrete ideeën zijn om te werken rond vroeginterventie, uitgezonderd de vorming van intermediairen. Volgens respondenten is het zinvol om met alle partners uit te klaren wat wordt verstaan onder vroeginterventie en wat er verder mogelijk is. Tot nu toe zijn de interventies beperkt tot het aanbieden van vormingen aan intermediairen. De vraag stelt zich naar de creatie van een tussenaanbod waarbij er meer outreachend wordt gewerkt.

“De ambitie reikt verder dan alleen het organiseren van vormingen, maar dat we zouden kijken van wie kan welke functie oppakken naar vroeginterventie toe...meer dan enkel vroeginterventie via intermediairen maar ook rechtstreeks naar de doelgroep toe, naar bijvoorbeeld mensen die hun vragen stellen over hun alcohol- en druggebruik.”

1.4.2 Do's en don'ts

Sterke punten

Samenbrengen van praktijkwerkers

Er is een groot draagvlak bij de respondenten voor de werkgroep. De werkgroep maakt het immers mogelijk om mensen uit de verschillende sectoren (beter) te leren kennen en het aanbod af te stemmen. Hierdoor is de drempel lager om buiten de werkgroep contact te nemen met elkaar in functie van de dagelijkse praktijkwerking. Het samenbrengen van praktijkwerkers zorgt er voor dat er kan gereflecteerd worden over concrete casussen.

Zwakke punten en hiaten

Gebrek aan middelen specifiek voor vroeginterventie

Middelen zijn ontbrekend. Zolang er geen middelen worden vrijgemaakt kunnen initiatieven rond vroeginterventie zich niet ontwikkelen. Respondenten wijzen hier ook op het belang scholen te betrekken als partner. Tegelijkertijd wijzen respondenten er op dat dit een uitbreiding van het aanbod noodzaakt. Indien scholen zich expliciet richten naar de detectie van risicogroepen brengt dit immers een extra instroom van cliënteel mee en het bestaande aanbod is hier niet op voorzien.

Beperkte inbreng en medewerking scholen

Respondenten geven aan dat de samenwerking met preventiewerkers in scholen wenselijk is maar dat scholen weigerachtig staan om een beleid dat ook gericht is naar vroeginterventie op te starten.

“Sommige scholen hebben angst omdat hiermee heel wat vragen en problemen naar de oppervlakte zouden komen.”

Vroeginterventie: what's in a name?

Respondenten geven aan dat vroeginterventie “*onontgonnen terrein*” is. Respondenten geven aan dat iedere partner moet bekijken welke positie hier te willen innemen en na te gaan wat mogelijkheden kunnen zijn naar samenwerking toe. Het is nog onduidelijk of er rond vroeginterventie nieuwe ideeën en interventies moeten ontstaan of dat het bestaande en regulier aanbod dit kan ondervangen.

“vroeginterventie is toch een vrij nieuw concept. Iedereen geeft daar een eigen invulling van dat maakt dat het moeilijker is om daar rond samen te werken.”

Bedreigingen

Gebrek aan continuïteit

Respondenten geven aan dat indien er middelen vrijkomen deze vaak worden besteed in het kader van een project van bepaalde duur wat de continuïteit in gevaar brengt. Een bepaalde doelgroep kan bereikt worden via een bepaald project maar bij afloop van de projecttermijn stoppen de investeringen voor deze doelgroep. Samenwerking op langere termijn dringt zich op.

1.4.3 Randvoorwaarden

Middelen

Randvoorwaarde om te kunnen samenwerken rond vroeginterventie en hier concrete interventies rond op te zetten, zijn bijkomende middelen die vandaag niet worden vrijgemaakt.

Investeren in overleg en samenwerking

Respondenten geven aan dat niet altijd tijd is voorzien in het werkschema om te participeren in overleg of samenwerking. Het behalen van normen die de overheid oplegt zijn immers prioritair (cf. aantal cliënten die moeten worden ontvangen) om subsidies te blijven ontvangen.

Coördinatie en ondersteuning vanuit een mandaat

Respondenten wijzen op het belang van de ondersteuning en regierol vanuit de stad. Dergelijke ondersteuning wordt gezien als een motor voor intersectorale samenwerking.

Politiek draagvlak en overheidssteun

Respondenten vinden het belangrijk dat het beleid een visie uitdraagt en aangeeft welke acties moeten ondernomen worden. Het geeft de lijnen aan waar binnen sectoren kunnen handelen. In het kader van vroeginterventie is het echter niet steeds duidelijk welke weg het beleid wil inslaan.

Overleg en kennis van elkaar

Respondenten wijzen op het belang van overleg tussen sectoren, zowel formeel als informeel en wordt gezien als een belangrijk vertrekpunt naar toekomstige samenwerking toe.

“Een voordeel van een netwerk is dat je vertrouwen opbouwt en zo sneller bij elkaar terecht kunt. En dat is niet enkel binnen de sector. Je hebt ook kennis van elkaar en dat is ook drempelverlagend.”

Duidelijke taakafbakening

Een duidelijke taakafbakening tussen de verschillende partners is essentieel. Gezien verschillende organisaties raakvlakken hebben is het juist nodig hier afspraken rond te maken. Er kunnen richtlijnen worden opgesteld om onderlinge doorverwijzing mogelijk te maken. Voor de respondenten is het alleszins van belang dat er duidelijkheid is in wie wat doet, op welke manier en om welke reden.

“ook nog ruimte laten om er iets van jezelf te kunnen inleggen maar wel via duidelijk omschreven grenzen” en indien je dit niet doet dat je moet motiveren waarom”, anders bereik je niet meer dan freewheelen”

1.4.4 Visie op intersectorale samenwerking

Alle respondenten zijn ervan overtuigd dat het belangrijk is om samen te werken tussen sectoren. Ze geven aan dat er al wel wat overleg bestaat maar dat er rond concrete samenwerking weinig gebeurt.

1.5 Coördinatievergadering veiligheid: samenwerking n.a.v I Love Techno

1.5.1 Beschrijving samenwerkingsverband

Doelstelling

Naar aanleiding van het jaarlijks dance-event “I Love Techno” in Gent wordt een coördinatievergadering veiligheid ingericht met als doel het vrijwaren van de openbare orde. De drugproblematiek is één van de thema’s gezien de relatie met het uitgaansleven.

Aard en historiek

Om dit evenement te organiseren moet de organisator een veiligheidsplan op te stellen voor de bestuurlijke overheid. In dit kader kwam de samenwerking tussen verschillende sectoren tot stand. De coördinatievergadering is een instrument om de samenwerking en ieders taak te bespreken. Deze samenwerking en de installatie van een officiële coördinatievergadering is gegroeid. Na enkele jaren werd het evenement grootschaliger en het gebruik van drugs manifester. Op advies van de medische sector, heeft stad Gent besloten tot de organisatie van een “coördinatievergadering veiligheid”. De aanpak van de drugproblematiek is een aspect dat hier vorm krijgt.

Betrokken partners en rolverdeling

Justitie en politie, van de (spoor)wegpolitie tot de lokale recherche drugs, de brandweer, NMBS, De Lijn, het Rode Kruis, ziekenhuizen en de FOD Volksgezondheid en de organisator van het evenement zijn vertegenwoordigd op de coördinatievergadering veiligheid. Maar de samenwerking reikt verder. Er zijn ook contacten met Party Wise van VAD en Modus Fiesta om de feestvierder te sensibiliseren over druggebruik en schadebeperkend advies te geven.

Samenwerkingsproces

Op de coördinatievergadering wordt de taak van iedere partner besproken. Iedere partner is verantwoordelijk voor een deelaspect van het evenement. Tijdens het evenement zijn de medische diensten aanwezig om medische problemen ten gevolge van druggebruik op te vangen. De recherche

drugs van de lokale politie is aanwezig om inbreuken vast te stellen op de drugwetgeving. De verschillende sectoren moeten samenwerken om het evenement in goede banen te leiden. Zo werkt de medische ploeg nauw samen met de politie. De medische ploeg wordt getipt door de lokale politie of spoorwepolitie over treinen waar er zich problemen kunnen voordoen. De medische ploeg stuurt hierop een geneesheer en een ploeg van het Rode Kruis op het perron. Relschoppers komen bij politie terecht, diegenen die zwaar onder invloed zijn van alcohol- en drugs worden naar de hulppost op het evenement geleid maar niet afgevoerd naar het ziekenhuis tenzij de geneesheer oordeelt dat de toestand kritiek is. Op deze manier kan voorkomen worden dat ziekenhuizen overbelast worden. Op de coördinatievergadering wordt op voorhand besproken hoe iedere partner, afzonderlijk en samen tewerk zal gaan. Er is ook een duidelijk protocol aanwezig dat de procedures vastlegt.

Organisatie en structuur

1.5.2 Do's en don'ts

Sterke punten

Duidelijke taakverdeling en verantwoordelijkheid van iedere partner

Voor de respondenten is een duidelijke taakverdeling voor iedere partner waar hetzelfde doel wordt nagestreefd een sterk punt dat ervoor zorgt dat de samenwerking vlot verloopt. Deze taakverdeling is geformaliseerd in het veiligheidsdossier en besproken tijdens de coördinatievergadering.

Open communicatie en kennis van elkaars werking

Respondenten geven aan dat de samenwerking is gegroeid en versterkt over de jaren heen waarbij kennis over elkaars werkteerren en een open communicatie hierover binnen ieders finaliteit een belangrijke rol heeft gespeeld.

“je leert mensen gaandeweg beter kennen en als je gezichten kent kun je veel beter samenwerken. Als je kennis hebt over elkaars problemen en ziet waar de andere mee bezig is wordt het respect groter.”

Zwakke punten

Door geen van de respondenten worden hiaten of minpunten aangekaart. Volgens de respondenten is dit te wijten aan het feit dat de samenwerking reeds vele jaren plaatsvindt.

1.5.3 Randvoorwaarden

Als randvoorwaarden verwijzen de respondenten naar de sterke punten van het samenwerkingsverband, de belangrijkste worden hieronder vermeld.

Duidelijke taakverdeling en verantwoordelijkheid van iedere partner

Een duidelijke taakverdeling is noodzakelijk gezien de grootschaligheid van het evenement. Het veiligheidsplan is een belangrijk instrument, voor iedere partner wordt bepaald wordt de taak en verantwoordelijkheid bepaald.

Open communicatie en kennis van elkaars werking

Een open communicatie tussen de partners is een randvoorwaarde voor een vlotte samenwerking. Respondenten geven aan dat dit een groeiproces is maar dat kennis inzake de werkwijze binnen iedere sector ervoor zorgt dat er respect is voor ieders finaliteit wat samenwerking mogelijk maakt.

1.5.4 Visie op intersectorale samenwerking

Respondenten zien het belang in van intersectorale samenwerking maar wijzen er ook op dat een sector goed georganiseerd moet zijn opdat samenwerking tussen sectoren mogelijk wordt. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat sectoren nog te weinig samenwerken.

1.6. Stuurgroep nachtopvang

1.6.1 Beschrijving samenwerkingsverband

Aard en historiek

Sinds 2005 wordt in Gent nachtopvang georganiseerd om te voorzien in noodopvang voor daklozen die niet terecht kunnen/willen in reguliere opvanginitiatieven. Voor de sturing, opvolging en evaluatie van de nachtopvang wordt een stuurgroep samengesteld. Op deze vergaderingen wordt een stand van zaken meegegeeld, gepeild naar ideeën en wordt de werking bijgestuurd. De stuurgroep nachtopvang is samengesteld uit de drugcoördinator en actoren behorend tot de sectoren welzijn en gezondheid (CAW Artevelde, CAW Visserij, Huize Triest, Kras, OCMW, straathoekwerk), hulpverlening (MSOC) en veiligheid (politie). De stuurgroep wordt een drietal keer per jaar georganiseerd en kan ook ad hoc bijeengeroepen worden. De stuurgroep nachtopvang is in 2005 opgericht. Vanuit politie en het straathoekwerk werd deze nood gesignaleerd. Beide CAW's hebben met steun van het straathoekwerk en het MSOC het voortouw genomen. In samenwerking met de stad Gent, werd een stuurgroep nachtopvang bijeengeroepen. Het thema 'drugs' vormt geen vast onderwerp van de stuurgroepwerking maar druggerelateerde problemen komen wel aan bod. In vergelijking met de opstartfase is er nu sprake van een permanente nachtopvang en is het aantal bedden toegenomen. Momenteel wordt gewerkt aan de uitwerking van 'NachtopvangPlus'. Hiermee wil men chronische daklozen, mits betaling van een symbolische bijdrage, een kamer geven als vorm van langdurige residentiële opvang.

Doelstelling

De voornaamste doelstelling van de nachtopvang is het bieden van tijdelijke en acute opvang aan daklozen. De stuurgroep nachtopvang zorgt voor het beheer van het dagelijks verloop. Het reglement en praktische zaken worden besproken, ervaringen worden gerapporteerd en advies wordt ingewonnen bij de stuurgroepleden. Cliënten worden opgevolgd en kunnen worden doorverwezen naar de hulpverlening. Bovendien worden tendensen uit het werkveld op de stuurgroep gesignaleerd.

Betrokken partners

De stuurgroep bestaat uit mensen die vertrouwd zijn met de problematiek. Het straathoekwerk heeft zicht op de noden van de doelgroep en worden beschouwd als belangenbehartigers voor de doelgroep. De keuze voor een nauw partnerschap met het MSOC werd ingegeven door de bevinding dat veel daklozen met drugs te maken hadden en dat men op dit vlak zelf weinig expertise in huis had. Ook de politie wordt als belangrijke partner beschouwd in het kader van de veiligheid van dit initiatief. De veiligheidssector benadrukt dat zij de werking van de nachtopvang kaderen naar hun achterban en erover waken dat hun dienst bijdraagt tot continuïteit van het initiatief. Cliënten noch buurtbewoners worden rechtstreeks betrokken. Indien het aangewezen is, door bijvoorbeeld gesignaleerde overlast, worden wel informatiemomenten met de buurtbewoners georganiseerd. Cliënten worden niet rechtstreeks betrokken. Het CAW Artevelde staat in voor de coördinatie, straathoekwerkers draaien al eens een nacht mee in de nachtopvang en wordt vanuit het MSOC deelgenomen aan de telefonische nachtpermanentie en voor spuitenruil-gelegenheden gezorgd. Het OCMW levert een financiële bijdrage, de politie is beschikbaar om te interveniëren in de nachtopvang, etc. Bovendien wordt gewerkt met werkgroepen bestaande uit stuurgroepleden om bepaalde ideeën te concretiseren.

Samenwerkingsproces

De samenwerking is niet geprotocolleerd. Er is wel een werkingsverslag waarin het huishoudelijk reglement is opgenomen en waar wordt vastgelegd hoe de nachtopvang en stuurgroep te werk gaan.

Spanning

Spanningen betreffen discussies ten gevolge van verschillende disciplines en mandaten van de stuurgroepleden. Vanuit het straathoekwerk wordt melding gemaakt van een spanningsrelatie tussen partners die op het preventieve-schadebeperkende spoor werken en drughulpverleners die abstinentiegeoriënteerd werken. Er wordt benadrukt dat deze visieverschillen binnen elke sector bestaan, maar voornamelijk binnen de drughulpverlening prominent aanwezig zijn.

Organisatie en structuur

Er is geen strategisch plan, de werking van de stuurgroep wordt gestuurd door ontwikkelingen in de nachtopvang. De stuurgroep wordt gecoördineerd door het CAW Artevelde, deze heeft ook het mandaat de nachtopvang in te richten.

1.6.2 Do's en don'ts

Sterke punten

Actieve inbreng en betrokkenheid

De sterkte van deze stuurgroep nachtopvang bestaat erin, volgens de respondenten uit de hulpverlenings- en veiligheidssector, dat op productieve wijze wordt samengewerkt, omdat alle partners aan het woord komen om een inhoudelijke bijdrage te leveren. Hierdoor krijgen de leden het gevoel dat hun medewerking onmisbaar is en dat zij bijdragen tot het succes van de nachtopvang.

Top-down communicatie binnen de sector of organisatie

Respondenten geven aan dat alle partners de werking van de stuurgroep nachtopvang ook communiceren naar de eigen organisatie. Volgens hen zorgt dit ervoor dat de achterban betrokken wordt en bewust van de uitwerking of resultaat van de intersectorale samenwerking.

Open communicatie en ruimte om problemen te bespreken

Een open communicatie tussen de partners maakt mogelijk spanningen, frustraties of ongenoegen openlijk te bespreken. Er is ruimte om dergelijke zaken te ventileren. Respondenten hebben de ervaring dat hierdoor op snelle wijze mogelijke problemen kunnen worden opgelost.

Structurele samenwerking

Respondenten drukken vooral op het belang van structurele samenwerking. Op deze manier worden persoonlijke contacten verder uitgebouwd. Er wordt benadrukt dat het niet voldoende is om contacten tussen leidinggevenden te bevorderen, maar dat samenwerkingsovereenkomsten ook moeten worden gepromoot naar het basiskader.

Coördinatie

Respondenten vinden de coördinatie een sterk punt aangezien hierdoor mogelijk wordt dat alle partners als gelijkwaardig worden beschouwd en er kan worden toegezien op organisatorische zaken zoals het opstellen van agendapunten en het bewaken van de duurtijd van de vergaderingen.

Kennis van elkaars werking

Volgens respondenten heeft de samenwerking geleid tot een betere kennis en respect voor elkaars werking, mogelijkheden en grenzen. Volgens de respondent uit de welzijn- en gezondheidssector is er sprake van een duidelijkere positionering van de partners. Volgens de respondent uit de veiligheidssector heeft de samenwerking misvattingen over andere diensten genuanceerd. Volgens respondenten uit de hulpverlenings- en veiligheidssector is de communicatie tussen sectoren verbeterd.

Zwakke punten

Gebrek aan strategisch plan en samenwerkingsprotocol

Volgens sommige respondenten is het gebrek aan strategische planning een verklaring waarom het initiatief geen sterker draagvlak krijgt op bovenlokaal niveau. Het reflecteren over de missie en strategie dringt zich op. Sommige respondenten ervaren het gebrek aan een protocol als een zwak punt. Indien de samenwerking niet meer vlot verloopt, is het wenselijk alles op papier te zetten.

Financiële en personeelsomkadering

Het gebrek aan een uniform financieringssysteem tussen sectoren heeft als gevolg dat iedere sector zijn eigen zorgcircuit gaat organiseren en niet motiverend om intersectoraal samen te werken.

Gebrek aan structureel overleg

Er wordt aangegeven dat structureel overleg tussen de georganiseerde nachtopvanginitiatieven in de verschillende provincies wenselijk is. Contacten op bovenlokaal niveau, bijvoorbeeld met de Vlaamse

Vereniging voor Steden en Gemeenten, zijn wenselijk om andere gemeenten aan te spreken over het organiseren van nachtopvang om tegemoet te komen aan het capaciteitsprobleem in Gent.

Bedreigingen

Capaciteitsproblemen en expansie van de nachtopvang

Het capaciteitsprobleem wordt gezien als voornaamste bedreiging. Volgens sommige respondenten kan de installatie van een 'NachtopvangPlus' hiervoor een oplossing zijn. Met 'NachtopvangPlus' kan het aanbod beter worden afgestemd en kan de huidige toestroom gereduceerd worden.

1.6.3 Randvoorwaarden

Bottom-up

Alle bevraagde respondenten zijn het erover eens dat een belangrijke randvoorwaarde voor een goede samenwerking eruit bestaat dat deze bottom-up tot stand komt. Samenwerking moet worden opgezet vanuit de nood die door alle partners wordt ervaren en vanuit de noden van de cliënt.

Voldoende middelen

Voldoende financiële middelen zijn een randvoorwaarde. De Stad Gent voorziet hierin maar organisaties zijn vrij te beslissen hoeveel tijd en mensen hier voor worden ingezet. Deze situatie roept vragen op naar een duurzame financiering.

Overleg

'Kruispunten' tussen de verschillende sectoren moeten worden voorzien. Indien mensen gelegenheden creëren om elkaar te (in)formeel te ontmoeten, worden ideeën uitgewisseld die niet zelden resulteren in intersectorale initiatieven. Respondenten drukken op het belang van dagelijkse communicatie.

1.6.4 Belang intersectorale samenwerking

Intersectorale samenwerking is belangrijk voor respondenten in functie van het cliëntenwelzijn. Samenwerking creëert meer mogelijkheden en zorgt voor een complementaire aanpak.

1.7 Lokaal cliëntoverleg (LCO)

1.7.1 Beschrijving samenwerkingsverband

Aard en historiek

Het OCMW Hasselt neemt in 2003 het voortouw om de lokaal cliëntoverleg-methodiek te implementeren met als doel een betere afstemming tussen hulpverleners betrokken bij een cliëntdossier te faciliteren. Het LCO is gebaseerd op de maatzorgprincipes en beoogt samen met de cliënt en betrokken professionelen problemen (vaak ook een drugproblematiek) op de verschillende levensdomeinen te bespreken, het cliënttraject te bepalen met oog voor ieders taak en verantwoordelijkheid. De samenstelling van een LCO is afhankelijk van de cliëntsituatie. Doorgaans zijn actoren uit de sectoren welzijn en gezondheid, hulpverlening en veiligheid vertegenwoordigd.

Doelstelling

De samenwerking wordt georganiseerd rondom een cliëntdossier. Partners overleggen hoe het contact met de cliënt verloopt. Vanuit verschillende disciplines wordt de situatie samen met de cliënt bekeken en wordt besproken wat de meest wenselijke piste is. Vervolgens worden doelstellingen geformuleerd en worden de verantwoordelijkheden verdeeld onder de aanwezige partners. Het accent ligt op het bereiken van inhoudelijke en organisatorische afstemming tussen partners betrokken bij een cliëntdossier en een optimale aansluiting bij de wens van de cliënt. Het vernieuwende element in vergelijking met andere cliëntoverlegstructuren is dat de cliënt mee aan tafel zit tijdens het overleg.

Betrokken partners

Bij de samenstelling van een LCO worden alle partners uitgenodigd die op dat ogenblik contact hebben met de cliënt of naar de toekomst toe een belangrijke partner kunnen zijn. Het OCMW Hasselt is initiatiefnemer, en heeft middelen vrijgemaakt voor het LCO. In het LCO is er steeds een partner die

de belangen van de cliënt behartigt. Deze persoon bereidt de cliënt voor op het overleg en gaat na of de wensen worden gehoord.

Samenwerkingsproces

De rolverdeling is niet geprotocolleerd, maar volgens respondenten is hier geen behoefte aan. Voorwaarde is wel dat participanten zich houden aan de basisprincipes van een LCO en dat een gemeenschappelijk doel wordt nagestreefd.

Organisatie en structuur

De coördinatie van elk LCO gebeurt door een medewerker van het OCMW Hasselt. De coördinator bereidt het LCO voor, organiseert en coördineert en zorgt voor verslaggeving. De coördinator is inhoudelijk niet betrokken bij de cliëntsituatie waardoor de coördinator een neutrale rol kan innemen.

1.7.2 Do's en don'ts

Sterke punten

Coördinatie

De aanstelling van een neutrale coördinator zorgt ervoor dat alle stemmen evenwaardig aan bod komen. Bovendien zorgt het voor een verlichting van het takenpakket aangezien de coördinator de organisatie verzorgt. Het verslag opgesteld door de coördinator verduidelijkt gemaakte afspraken.

Respectvolle houding ten aanzien van de autonomie van iedere sector

De respondent uit de veiligheidssector beschouwt het als een voordeel dat er gaandeweg duidelijkheid gecreëerd werd over de informatie-uitwisseling en het beroepsgeheim. Alle partners weten welke informatie aan elkaar te communiceren en respecteren dit, in tegenstelling tot de aanvang van het LCO.

Persoonlijke contacten

Door de samenwerking is ook naast het LCO een samenwerkingscultuur gegroeid, waarbij diverse diensten sneller contact met elkaar opnemen.

Opportunities

Bovenlokale contacten

De respondent uit de welzijns- en gezondheidssector beschouwt de contacten met de provinciale ontwikkelingsgroep als een opportuniteit voor de LCO's. Deze methodiek kan met provinciale steun nog verder worden ontwikkeld.

1.7.3 Randvoorwaarden

Coördinatie op bovenlokaal niveau

De respondent uit de welzijns- en gezondheidssector beschouwt het als randvoorwaarde dat er goede contacten zijn met de provinciale ontwikkelingsgroep, waar andere coördinatoren aanwezig zijn. Het zorgt voor netwerking, ondersteuning en kwaliteitsgarantie van de methodiek.

Voorafgaande contacten

De respondent uit de hulpverleningssector is van mening dat het kennen van de partners een voorwaarde voor goede samenwerking vormt. Pas dan, is constructieve samenwerking mogelijk. De respondent uit de veiligheidssector voegt daaraan toe dat er een fundamentele openheid en bereidheid moet zijn om elkaar te leren kennen.

1.7.4 Belang intersectorale samenwerking

Het belang van intersectoraal samenwerken ligt volgens respondenten uit de veiligheids- en hulpverleningssector in een efficiëntere organisatie van het dienst- en hulpverlenend handelen. Door het LCO is men op de hoogte van activiteiten van andere diensten en kan een gezamenlijk aanbod worden uitgewerkt. Volgens de respondent uit de hulpverleningssector wordt hierdoor een gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid gecreëerd. Volgens de respondent uit de veiligheidssector kunnen

hierdoor ook de beperkingen van het eigen aanbod worden ondervangen. Respondenten wijzen er ook op dat men via intersectorale samenwerking krachtigere boodschappen kan uitsturen naar het beleid.

1.8 Adviesraad drugpreventie

1.8.1 Beschrijving samenwerkingsverband

Aard en historiek

In 2006 werd het toenmalig Brugs drugoverlegplatform geherstructureerd wat resulteerde in de adviesraad drugpreventie. De adviesraad geeft advies bij de opmaak van het beleidsplan en het jaarlijks actieplan drugpreventiebeleid van de Stedelijke Preventiedienst. Op basis van de adviesraad zijn een aantal werkgroepen opgericht, bijvoorbeeld de werkgroep onderwijs. Deze werkgroepen komen tot stand door gesignaleerde noden vanuit de praktijk en de wens om gezamenlijke acties uit te werken. De adviesraad wordt voorgezeten door de burgemeester en herbergt tal van partners behorend tot de sectoren welzijn en gezondheid (jeugddienst, secundair onderwijs, bijzondere jeugdzorg, CGG Noord-West-Vlaanderen, CAW, lokaal sociaal beleid, logo, huisartsen HABO), preventie (stedelijke preventiedienst,) hulpverlening (De Sleutel) en veiligheid (politie Brugge, parket). Ook de horeca is vertegenwoordigd in deze adviesraad. De stuurgroep komt drie keer per jaar samen. Middelengebruik, zijnde illegale en legale drugs is het centrale thema waarrond wordt samengewerkt.

Doelstelling

Het doel van deze samenwerking is het verkrijgen van input vanuit de sectoren betrokken bij het drugbeleid en het coördineren van drugpreventieactiviteiten. De adviesraad wil een klankbord zijn voor het preventiebeleid en fungeert als platform om tendensen en knelpunten te signaleren.

Betrokken partners

Naast de burgemeester die de raad voorziet, komen de verschillende partners uit de welzijns- en gezondheidssector, preventie-, hulpverlenings- en veiligheidssector. De preventiedienst van de stad Brugge organiseert en coördineert de lokale adviesraad. Deze dienst werkt het drugspreventiebeleid uit en legt dit voor op de adviesraad. De preventiedienst zorgt ervoor dat alle relevante thema's en mogelijke problemen besproken worden en heeft een voortrekkersrol. Respondenten geven aan dat deze coördinatiefunctie nodig is voor een goed verloop.

Samenwerkingsproces

De protocollaire basis van dit samenwerkingsverband ligt in het drugpreventie-beleidsplan, waarin opgenomen welke diensten zich engageren voor welke actie. Op deze manier is de samenwerking niet vrijblijvend maar wordt een zekere verantwoording verwacht.

Organisatie en structuur

Het beleidsplan is formeel vastgelegd, waar is opgenomen dat een adviesraad wordt georganiseerd maar verder is de samenwerking niet geformaliseerd en er is geen strategisch plan, los van het drugpreventiebeleidsplan.

1.8.2 Do's en don'ts

Sterke punten

Participanten met mandaat

De adviesraad is samengesteld uit vertegenwoordigers van diensten die een zeker mandaat hebben. Aangezien er beslissingen kunnen genomen worden in naam van de dienst is de samenwerking efficiënter.

Bestaand netwerk en complementariteit van sectoren

De oprichting van de adviesraad zorgde voor een formalisering van reeds bestaande samenwerking en er werd verder gebouwd op bestaande netwerken. Door de adviesraad zijn ook bestaande structuren in

het werkveld duidelijker geworden wat ervoor zorgt dat de verschillende sectoren de verwachtingen ten aanzien van elkaar beter kan plaatsen. Vanuit de hulpverleningssector is de participatie van justitie in de adviesraad positief aangezien voordien geen structurele contacten plaatsvonden en bevordert de afstemming. De respondent uit de veiligheidssector benadrukt de complementaire rol die de verschillende sectoren vervullen in de aanpak van het drugsfenomeen als de voornaamste meerwaarde van dit samenwerkingsverband.

Efficiënte organisatie

Een strikt vergaderschema wordt gevolgd. Een duidelijk agenda maakt vooruitgang mogelijk en voorkomt dat de adviesraad een log orgaan wordt. Het verslag van de raad en uitschrijven, opvolgen van acties zorgt ervoor dat men op schema zit en partners op hun verantwoordelijkheid worden aangesproken.

Gedragenheid door het stadsbestuur

Vanuit de sectoren welzijn- en gezondheid, hulpverlening en veiligheid wordt het als een pluspunt beschouwd dat de burgemeester de vergaderingen voorziet. Dit zijn volgens de respondenten uitingen van het belang dat aan het thema wordt gehecht en vormen belangrijke signalen voor diensten die een gezamenlijke aanpak van het drugsfenomeen nog niet (voldoende) onderkennen.

Communicatie naar de achterban

De respondent uit de preventiesector geeft aan dat de adviesraad een gunstige invloed heeft op de praktijkwerking. Het verslag en beslissingen van de adviesraad worden immers gecommuniceerd naar de achterban van iedere dienst, naar professionelen actief in het werkveld.

Opportunities

Toekomstige samenwerkingsverbanden

De respondent uit de veiligheidssector is van mening dat het samenwerkingsverband opportuun kan zijn om toekomstige crisissituaties het hoofd te bieden. De respondent meent dat deze basis hen in staat zal stellen om daar op een constructieve wijze mee om te gaan.

Zwakke punten

Terugkoppeling en communicatie naar belanghebbenden en het bovenlokale niveau

Volgens de respondent uit de welzijns- en gezondheidssector moet er meer terugkoppeling zijn van de adviesraad naar de betrokkenen. Er moet worden op toegezien dat beslissingen en acties afdoende worden toegelicht aan bijvoorbeeld scholen of buurtbewoners indien deze betrekking hebben op hen.

Nood aan evidence-based beleid

Er is nood aan input uit academische milieus om de werking evidence-based te onderbouwen. Dit zorgt voor ondersteuning in de evaluatie van acties en terugkoppeling van resultaten aan betrokkenen.

1.8.3 Randvoorwaarden

Participanten met mandaat

Vanuit de welzijns- en gezondheidssector en preventiesector wordt geopperd dat het noodzakelijk is dat er mensen aanwezig zijn die beslissingsbevoegdheid hebben voor hun achterban. Dit bevordert onder meer de open communicatie en de efficiëntie van de bijeenkomsten.

Terugkoppeling naar achterban

Het is noodzakelijk om terug te koppelen naar de dienst. Zo wordt de samenwerking niet beperkt tot mensen die daadwerkelijk aanwezig zijn, maar engageert men ook een hele achterban.

Financiële- en personeelsomkadering

Er moet volgens respondenten uit de preventie- en hulpverleningssector een duidelijke financiële- en personeelsomkadering zijn om grondig werk te kunnen maken van samenwerking. Het is niet iets dat tussendoor mag gebeuren met mensen die ad hoc worden ingeschakeld.

Doelgericht werken

Doelgericht werken op basis van duidelijke prioriteiten en met een duidelijke agenda op de bijeenkomsten is randvoorwaarde voor de continuïteit van de samenwerking.

Coördinatie

Volgens respondenten uit de hulpverlenings- en veiligheidssector is het van primordiaal belang dat een samenwerkingsverband goed gecoördineerd wordt. Dit impliceert dat de praktische organisatie door één persoon wordt opgenomen en dat deze persoon in staat is partners te motiveren.

1.8.4 Belang intersectorale samenwerking

Volgens de respondenten is intersectorale samenwerking belangrijk omdat elke sector en dienst een zekere expertise bezit die nodig is om het drugfenomeen grondig en in zijn geheel aan te pakken. Respondenten benadrukken de complementaire rol die men ten opzichte van elkaar kan vervullen.

1.9 Besluit: do's en don'ts

Op basis van do's en don'ts uit de interviews kunnen sectoroverschrijdende knelpunten van intersectorale samenwerking en randvoorwaarden gemeen aan alle samenwerkingsverbanden worden geïdentificeerd. Toch zijn er ook zaken die eigen zijn aan de samenwerking tussen bepaalde sectoren, deze zaken zullen hieronder duidelijk worden onderscheiden.

Aangezien een integraal en geïntegreerd drugbeleid zich concretiseert op lokaal niveau en samenwerkingsverbanden hier vorm en inhoud krijgen werden respondenten actief op dit niveau bevestigd. De vaststellingen moeten dan ook vanuit dit oogpunt worden gelezen.

Een randvoorwaarde om intersectorale samenwerking te realiseren is het creëren van **overleg en netwerking** waar de kennis van sectoren over elkaars werking centraal staat. Overlegstructuren zijn noodzakelijk om samenwerking tussen sectoren te bereiken en om een integraal en geïntegreerd drugbeleid te installeren. Overlegstructuren fungeren als platform waar sectoren elkaar kunnen ontmoeten en leren kennen. **Kennis** van elkaar is bijgevolg noodzakelijk om inzicht en besef te krijgen **van de mogelijkheden en grenzen inherent aan ieders werkkader en finaliteit** en schept opportuniteit voor (toekomstige) samenwerking. Respect voor de finaliteit van een sector is immers essentieel om intersectorale samenwerking op te zetten. Overleg is belangrijk voorafgaand aan de installatie van een samenwerkingsverband maar is evengoed een belangrijk instrument om bestaande samenwerking te bevorderen. Op deze manier wordt er ruimte gecreëerd om openlijk te communiceren en mogelijke problemen te bespreken wat noodzakelijk is voor de continuïteit van de samenwerking.

De mate of sterkte waarop een sector is georganiseerd faciliteert en geeft intersectorale samenwerkingsverbanden meer kans tot slagen. Om die reden is het belangrijk te investeren in **sectorversterking**. Een dienst dat een bepaalde sector vertegenwoordigt als partner in een samenwerkingsverband heeft een goede interne organisatie en uitgebouwde contacten met andere diensten uit dezelfde sector zodat het initiatief kan worden uitgedragen en kan gecommuniceerd worden over de output en resultaten van de samenwerking, zowel intern als naar andere diensten en praktijkwerkers op het terrein.

Juist omdat intersectorale samenwerking betekent dat diverse partners vanuit verschillende achtergronden en met een ander werkkader verenigd worden, is een **duidelijke verdeling van taken** noodzakelijk. Dit mag niet beperkt worden tot mondelinge overeenkomsten maar het biedt een houvast om de **taak en verantwoordelijkheid van iedere partner te formaliseren** door dit uit te schrijven in een actieplan of samenwerkingsovereenkomst. Op deze manier kan ook de methodiek, gesteund op de achterliggende doelstelling van de samenwerking, bewaakt worden. Een samenwerkingsovereenkomst vastgelegd op papier is een nuttig instrument om de samenwerking te stroomlijnen en bij te sturen indien de samenwerking niet meer vlot verloopt. Bovendien is dergelijk document zinvol om nieuwe partners in te werken naar aanleiding van personeelwissels.

Naast het gegeven dat de formalisering van de samenwerking, taken en verantwoordelijkheden die sectoren hebben ten aanzien van elkaar wordt ook een nood gesignaleerd aan een duidelijk afsprakenkader binnen de sector. Een te sterke vrijblijvendheid kan averechts werken. Een **afsprakenkader gekoppeld aan een sturend mandaat binnen de sector** is een voorwaarde gezien de wijze waarop een sector is georganiseerd de samenwerking tussen sectoren beïnvloedt.

Coördinatie is een randvoorwaarde om de vorm en inhoud van de samenwerking te bewaken. Met de aanstelling van een coördinator met duidelijk **mandaat** binnen een samenwerkingsverband kan de samenwerking worden gestimuleerd. Een coördinator heeft immers een voortrekkersrol met als gevolg dat deze figuur de sturende kracht is met het oog op continuatie. Door de functie van coördinator te voorzien in een samenwerkingsverband kan het voortouw worden genomen en erover gewaakt worden dat alle partners worden betrokken en als gelijkwaardig worden beschouwd.

Communicatie en **het uitdragen van een concrete beleidsvisie vanuit de bevoegde overheden** is noodzakelijk voor sectoren op het terrein (“top-down”) in het kader van de realisatie van intersectorale samenwerkingsverbanden. Op deze manier worden de lijnen duidelijk waarbinnen sectoren kunnen handelen om een integraal en geïntegreerd drugbeleid mogelijk te maken. Een randvoorwaarde die hier rechtstreeks verband mee houdt, is het voorzien in voldoende middelen om deze visie ook werkelijk te kunnen vertalen naar concrete acties.

Een integraal en geïntegreerd drugbeleid komt tot stand op federaal en regionaal niveau maar wordt op lokaal niveau geïmplementeerd en geconcretiseerd. Het is op het terrein waar de uitwerking van initiatieven plaats vindt. Om die reden is een **beleid dat ook “bottom-up” tot stand** komt randvoorwaarde voor de realisatie en continuatie van een integraal en geïntegreerd drugbeleid. Professionelen op het terrein krijgen immers als eerste kennis van nieuwe ontwikkelingen en tendensen. Niettemin kunnen ook beleidsmensen of onderzoekers dergelijke informatie vernemen. Deze informatie is waardevol om specifieke samenwerkingsverbanden te modelleren op basis van veranderende omstandigheden en om het algemeen beleid bij te sturen. Als zowel beleidsmakers als professionelen die bepaalde samenwerkingsverbanden leiden rekening houden met deze signalen kan bovendien een **groter draagvlak** worden gecreëerd voor het beleid en samenwerkingsverbanden.

Naast deze randvoorwaarden die gelden voor alle sectoren over de verschillende samenwerkingsverbanden heen zijn er ook knelpunten en randvoorwaarden in kader van samenwerkingsverbanden waar de sector hulpverlening deel uitmaakt.

Aangezien de betrokkenheid van de hulpverlening in een samenwerkingsverband impliceert dat de instroom van cliënteel naar de hulpverlening toeneemt, is **een voldoende en afgestemd hulpverleningsaanbod** noodzakelijk. Deze randvoorwaarde is vaak niet aanwezig of dreigt in gedrang te komen. Er moet geïnvesteerd worden in een voldoende hulpverleningsaanbod en capaciteit en in een **gediversifieerd aanbod**, een aanbod dat is **afgestemd op de doelgroep die wordt beoogd in het samenwerkingsverband**. Een knelpunt dat hierbij kan worden ervaren, is terug te brengen naar het type cliënteel dat toegang zoekt tot hulpverlening. Er is immers sprake dat sommige hulpverleningscentra weigerachtig staan ten aanzien van deze doelgroep wat de instroom belemmert. Bovendien kunnen verschillende visies en paradigma's die te situeren zijn binnen de hulpverleningssector de samenwerking binnen de sector bemoeilijken en bijgevolg ook de samenwerking met andere sectoren.

Tenslotte is het wenselijk om in het kader van de hulpverlening naar aanleiding van een drugproblematiek **ook te werken rond de verschillende levensdomeinen**: woon- en werksituatie, vrije tijdsbesteding. Dergelijke aanpak noodzaakt samenwerking tussen de hulpverlening en de welzijn- en gezondheidssector en is een **randvoorwaarde tot het meeste succes op slagen in het kader van terugvalpreventie**.

Voor de samenwerking tussen justitie en de hulpverlening is het noodzakelijk een dienst aan te wijzen of **figuur** te installeren **die fungeert als tussenschakel tussen de sector veiligheid en de sector**

hulpverlening. Dergelijke werkwijze schept meer duidelijkheid en heeft als gevolg dat er niet wordt geraakt aan de finaliteit van iedere sector. Met de installatie van een figuur als tussenschakel is er een duidelijk onderscheid tussen sectoren en geen inmenging wat waarborgt dat de hulpverlening geen verlengstuk wordt of ten dienste staat van justitie. Op deze manier kan een stuk tegemoet worden gekomen aan de bezorgdheid en bestaande discussies terzake.

2. Résultats des entretiens selon les différentes formes de collaboration : Partie francophone et Bruxelles

2.1. Projet pilote « Conseiller stratégique drogue » à Liège

2.1.1. Description de la forme de collaboration

Objectif

A l'initiative de la Coordination des Actions en toxicomanie du Contrat de sécurité de la ville de Liège, le projet appliqué aux usagers de drogue est une mesure judiciaire qui demande des collaborations avec les services spécialisés en assuétudes, les services socio-sanitaires, la police (brigade judiciaire et paix publique) la Ville de Liège et la justice (parquet). Le parquet décide de ne pas poursuivre l'intéressé si celui-ci s'engage à respecter certaines conditions : « *Le toxicomane signe en quelque sorte un « contrat » dans lequel il/elle se déclare d'accord avec les conditions imposées, et ce, pour une période préalablement déterminée* » (De Ruyver, Ponsaers, Lemaître, Macquet, 2007). Outre « *la possibilité de proposer aux usagers des trajectoires davantage adaptées à leur problématique de consommation (...), le projet vise également à offrir au secteur socio-sanitaire la possibilité de se tourner plus aisément vers la justice pour que soient reprises en charge les personnes pour lesquelles le soin ne représente pas l'orientation la plus adéquate*³³ ». Par ailleurs, le parquet et la ville de Liège espèrent également pouvoir toucher certaines personnes qui ne bénéficiaient pas d'une aide dont elles étaient en droit de bénéficier. Enfin, il s'agit également de diminuer la récidive tout en mettant les consommateurs en contact avec les services spécialisés avec lesquels une collaboration avait été établie.

Nature et historique

A l'origine, il n'existait aucune autre initiative semblable en ce qui concerne les usagers de drogue. Or, on s'est aperçu qu'il manquait une collaboration effective et rapide au niveau du parquet au sujet de la consommation. Il a été question au départ de mettre en place un *Case manager justice*, mais le projet « Conseiller stratégique drogue a finalement semblé plus appropriée parce qu'il présentait l'avantage de produire une réaction immédiate du parquet qui pouvait soumettre à l'utilisateur une proposition concrète prenant forme immédiatement. L'élaboration du projet a directement été influencée par « *proefzorg* » à Gent et adapté à la situation liégeoise.

Partenaires impliqués et division des tâches

Un des intervenants interviewé coordonne un service d'urgence psychiatrique et a pour mission d'accueillir, de traiter et d'orienter au mieux l'utilisateur toxicomane en partenariat avec d'autres acteurs du secteur des soins. Au niveau de la collaboration intersectorielle, le partenariat avec le secteur de la justice est réalisé au travers des relations établies avec le parquet et la police. « *La quasi-totalité des usagers de drogues présentent soit une pathologie mentale (autre que l'abus ou la dépendance), soit un trouble de la personnalité. Ils sont le plus souvent dans une situation sociale précaire*³⁴ *et présentent des difficultés d'accès aux services de soins (manque d'information, non orientation par le médecin généraliste,...)* ».

Le projet ne semble cependant pas répondre entièrement à ces problèmes : « *Tel qu'organisé, le projet ne sert à rien par rapport au fait d'envisager une interface réelle avec la notion de soins contraints, de suivi de ces soins parce que, d'une part, le secteur des soins n'est pas toujours des mieux organisé et pas toujours très conciliant, et d'autre part, le parquet est surchargé* ».

³³ Parquet du procureur du Roi de Liège, « Conseiller stratégique Drogue », Procédure, décembre 2007, page 2.

³⁴ Revenus de remplacement ou absence de revenus, logement précaire, absence de couverture sociale, manque de structure familiale,...

Cependant, si le projet « *n'a aucune efficacité sur le fait de faire sortir le patient de la spirale de la drogue* », il a au moins un intérêt politique et social. « *Il permet de remettre les pendules à l'heure et de remettre de l'ordre dans les messages erronés selon lesquels Liège serait plus tolérante vis-à-vis de la drogue* ».

Le parquet collabore avec les services spécialisés en matière de toxicomanie, avec le CPAS pour tout ce qui concerne l'entrée en contact avec les sans-domiciles fixes, et avec les services spécialisés dans le domaine de la prostitution. La plus grosse partie de la collaboration se déroule cependant avec le secteur sanitaire et social (services de prise en charge à long terme, ambulatoire ou résidentiel, hôpitaux, services d'urgence médico-psycho-sociaux spécialisés en expertise de l'utilisateur et en orientation) Pour mettre en contact les usagers qui n'auraient pas trouvé d'aide sans intervention de la justice avec les services compétents, une bonne collaboration avec les centres spécialisés était nécessaire. Il est également indispensable que quelqu'un comme le Conseiller se trouve à l'intersection des services de soins et du secteur répressif (parquet, magistrature, police) afin de faciliter le partenariat.

Organisation et structure

Un protocole a été signé et la procédure a été établie de façon claire. Un comité composé, entre autres, du Procureur général, de l'Avocat général, du Ministre de la Justice, du Service Public Fédéral Santé Publique, de la Région wallonne, du bourgmestre de la Ville de Liège, des représentants des contrats de sécurité et des membres des forces de Police, est également chargé de suivre l'évolution du projet. L'ensemble du secteur socio-sanitaire a par ailleurs accepté de collaborer à ce projet.

2.1.2. Faire et ne pas faire

La collaboration est primordiale. Pour les personnes interviewées, le projet nécessite une collaboration et surtout une compréhension commune quant aux objectifs poursuivis (objectifs qui sont repris dans le document reprenant la procédure de mise en œuvre du projet). Il n'est cependant jamais évident de convaincre les acteurs de la nécessité d'un nouveau projet, surtout lorsque ce projet émane du secteur judiciaire.

Le projet doit permettre de « toucher » les usagers et de les mettre en contact avec des services adéquats. Il faut également s'intéresser au ressenti des probationnaires grâce aux questions suivantes : « Qu'avez-vous pensé de la probation ? Est-ce que tout se passe bien ? Faut-il changer et/ou réajuster certaines choses ? ». Les témoignages de la personne sont importants et doivent permettre un réajustement du projet si nécessaire.

Les points forts de la collaboration³⁵

- mieux se connaître, mieux connaître les limites des autres partenaires, meilleure compréhension mutuelle ;
- permettre de nouveaux axes de communication, créer des relais d'information ;
- mettre un acteur entre deux institutions même si cette personne fait partie d'une des deux institutions. Un acteur clé au carrefour des différentes institutions permet à deux services de collaborer plus facilement et de créer, dans le cas qui nous occupe, un canal de communication entre magistrats du parquet, police et secteur sanitaire ;
- aide réciproque et utilisation des compétences de la justice lorsque le secteur assistance en a besoin, et inversement ;
- respecter une autonomie des partenaires. Le mode opératoire est bien ficelé, ce qui permet un respect de la déontologie et du secret médical ;
- jeter des ponts pour traiter d'autres problèmes.

Les points faibles de la collaboration

- étant donné le nombre d'autorités (différents pouvoirs subsidiant) et les différents niveaux de compétence concernés par la question des drogues, la bonne volonté des intervenants est quelque

³⁵ Les points forts et faibles de la collaboration sont soit inhérents à la collaboration elle-même ou spécifiques au projet dont il est question.

chose de primordial. Cette bonne volonté est malheureusement souvent mise à mal par la patience dont il faut faire preuve pour obtenir des subsides, mais aussi par la complexité institutionnelle ;

- difficulté de convaincre de l'utilité d'un projet et une fois que l'on a convaincu, difficulté d'arriver à quelque chose de concret (« portes fermées, au départ. Les gens n'avaient pas nécessairement envie ou même besoin de travailler avec nous... Par ailleurs, les grands clichés subsistent : « la justice, c'est juste pour mettre les gens en taule ») ;
- manque de moyens pour tout ce qui est travail administratif ;
- liste d'attente dans les services spécialisés ;
- problèmes au niveau de la méthode d'évaluation et surtout en ce qui concerne les éléments à évaluer ;
- en Wallonie, il y a parfois des réticences à collaborer de peur que l'autre « *voit comment on travaille* » ;
- éviter la coordination à outrance. Rationaliser la coordination grâce à un « pouvoir organisateur » par secteur ?

2.1.3. Conditions nécessaires

Les conditions nécessaires à l'amélioration de la collaboration au sein de ce projet sont : - allier pouvoir et contrôle. Dans certains cas, il faudrait pouvoir « forcer » les usagers, utiliser la contrainte judiciaire pour en maintenir certains dans les centres ;

- « sectorialiser » le territoire pour obtenir des compétences par territoire, afin d'éviter le « shopping » des usagers ;
- insister sur la logique de médiation, sur la question des droits et de la liberté du patient ;
- améliorer les soins en prison (il y a des changements mais ce n'est pas encore très efficace) ;
- dissocier consommation et délinquance ;
- considérer l'usager de drogue comme un citoyen normal, avec ses droits et ses devoirs ;
- augmenter le budget alloué au phénomène des drogues dans notre pays (ex : différence de budget entre Pays Bas et Belgique) ;
- détailler les termes de la collaboration mais rester flexible vis-à-vis de chaque partenaire ;
- élaborer un protocole clair afin de rassurer et de protéger les différents intervenants (qui fait quoi, comment, par rapport à qui, dans quel cadre...) ;
- faire disparaître les vieilles croyances politiques dans notre pays, essayer d'avoir une vision commune sur la question.

2.1.4 Importance de la collaboration intersectorielle

Avant même la mise en œuvre du projet, plusieurs projets ont émergés : le parquet et la Ville avaient une vision différente au niveau des objectifs. Le parquet voulait donner une réponse judiciaire alternative aux phénomènes de consommation et également montrer qu'il était en mesure d'apporter une réponse rapide et adaptée. Alors que le parquet considérait que la réussite du projet dépendait du nombre de personnes qui respectaient le contrat, la Ville, en revanche, se préoccupait davantage de mesurer la manière dont le système incitait l'usager aux soins. Au-delà de cette querelle relative à la finalité du projet, les objectifs du projet sont clairs, en tout cas pour la justice, et une répartition précise des tâches a été expressément prévue. Il faut pouvoir réagir de la manière la plus adaptée possible à la délinquance des toxicomanes mais également au problème de consommation. Il faut donc à la fois tenir compte de la dépendance, d'éventuels problèmes médicaux connexes et, également, de toutes les difficultés qui gravitent autour de la consommation. Il semblerait cependant que le projet ne permette pas « *d'envisager une interface réelle concernant les soins contraints et le suivi de ces soins (vu la masse de dossiers, ni la justice, ni le secteur soins ne peuvent suivre)* ». Le projet reste cependant intéressant au niveau juridique et social parce qu'il permet de rappeler que la consommation de drogues n'est pas légale.

Que se passe-t-il si l'usager ne respecte pas les conditions fixées par la probation, le parquet a-t-il vraiment les moyens de poursuivre ? Il reste aussi beaucoup de choses à faire, entre autres, repenser certaines lois. Le parquet est en effet parfois démuni face à certains cas : par exemple, il ne peut pas demander l'hospitalisation de quelqu'un contre son gré, même si cette personne est proche de la mort. Par ailleurs, que faire en cas de répétition d'actes de délinquance en parallèle à la consommation ?

Comment gérer la personne qui passe son temps en prison et qui ne ressent plus rien ? Si le projet touche une partie de la population (une grande majorité de consommateurs de cannabis, semble-t-il), il ne sera jamais effectif pour tous. Pour les personnes interviewées, il manque un maillon pour pouvoir prendre en charge les personnes que l'on ne parvient actuellement pas à « neutraliser ».

Au-delà des objectifs même du projet (diminution du risque de récidive, mise en contact des usagers avec les services spécialisés, établissement d'une bonne collaboration avec des centres spécialisés), l'autonomie des partenaires est respectée, ce qui constitue une des grandes qualités de ce projet. Par ailleurs, cette collaboration est très attentive à la déontologie et au respect du secret médical. L'efficacité du projet en lui-même et de la collaboration fait l'objet de discussions régulières. Un comité de pilotage composé de différents intervenants a d'ailleurs été mis sur pied et représente les différents services actifs au sein du projet.

2. 2. Projet « Boule de neige» en prison

2.2.1. Description de la forme de collaboration

Objectif

Le projet « Boule de neige » en prison est un des rares projets en matière de toxicomanie initiés dans les établissements pénitentiaires. Partant de l'idée que la drogue est présente au sein des prisons bien qu'elle en soit formellement interdite et qu'il existe des risques en matière de santé publique liée à la consommation comme c'est le cas à l'extérieur des établissements pénitentiaires, ce projet a pour objectif de travailler avec les consommateurs au sein des prisons dans une optique de réduction des risques.

Ce projet prend appui sur une formation à destination des pairs (des usagers de drogues incarcérés qui ont accepté de participer au projet) afin qu'eux-mêmes puissent diffuser des messages de prévention. Afin de ne pas stigmatiser les consommateurs, ces opérations sont également ouvertes aux non consommateurs³⁶. Le Comité de pilotage local drogue de chaque prison est chargé de l'évaluation de ces opérations « Boule de neige ». Les deux acteurs que nous avons interviewés sont membres de ce Comité de pilotage local.

Partenaires impliqués et division des rôles

Avant la mise en place de ce projet, il existait déjà plusieurs contacts entre les secteurs de la prévention et de la répression. Il régnait donc une certaine confiance entre les acteurs préalablement à la mise en œuvre des projets « Boule de neige ». L'établissement pénitentiaire collaborait également avec d'autres acteurs du réseau associatif ou de la santé. Par ailleurs, le groupe pilotage local drogue a fait appel à des experts dans ce domaine.

Comme il s'agit d'une initiative en prison, un règlement a été établi dès le départ du projet qui a d'ailleurs été directement reconnu par la hiérarchie. Ce projet est par ailleurs reconnu formellement par un texte de loi qui oblige les protagonistes à mettre en œuvre le projet une fois par an. Il n'existe cependant pas de protocole entre les différents partenaires en ce qui concerne leur collaboration au sein même du projet, chacun étant libre d'agir comme il le désire dans le respect de ses compétences et en tenant compte du lieu spécifique de leur intervention. La reconnaissance du projet par l'ensemble des participants pousse les acteurs à penser qu'il sera reconduit et qu'il perdurera dans le long terme.

Certaines difficultés sont apparues au départ, notamment la formation des pairs ou la sensibilisation et l'acceptation par le personnel pénitentiaire habitué à des règles très strictes. Sur ce dernier point, le fait que certaines personnes extérieures au personnel pénitentiaire soient présentes au sein de la prison pour diffuser des messages de prévention est apparu à la plupart des membres du personnel pénitentiaire comme peu légitime ou inapproprié. Alors qu'au départ, le personnel n'avait pas été associé à cette initiative, la direction a rapidement pris conscience du fait que ce manque d'implication

³⁶ Lorsque le projet était proposé aux seuls consommateurs, beaucoup refusaient de participer parce que le fait de participer à ce projet signifiait qu'ils consommaient de la drogue en prison et qu'ils étaient donc en contradiction avec la loi.

des agents constituait un véritable frein au développement de ce projet au sein de l'institution. Ainsi, une formation spécifiquement destinée au personnel devrait voir le jour l'année prochaine.

Le secteur de la prévention et de la réduction des risques considère qu'il est crucial d'être présent et d'être disponible, sans pour autant franchir la limite des compétences de chacun : « *ne pas marcher sur les plates bandes des autres services, c'est essentiel !* ». Des services comme Carolo Rue intervenaient déjà en prison sur demande des usagers incarcérés qui avaient été en contact avec le service. Conscient du milieu au sein duquel ils interviennent, les acteurs de prévention et de réduction des risques ont appris à intervenir dans le respect des règles établies intra muros, tout en conservant intact la spécificité de l'intervention.

2.2.2. Faire et ne pas faire

Les points forts de la collaboration

- les rôles de chacun des partenaires sont clairs et ne créent pas de tension : chacun semble respecter son rôle et les acteurs extérieurs à la prison sont conscients qu'ils agissent dans un environnement spécifique qui nécessite le respect de certaines règles ;
- la bonne organisation au niveau interne et les efforts de communication entre les partenaires permettent la mise en œuvre de ce projet ;
- le fonctionnement du groupe de pilotage local drogue est dynamique : la diversité d'acteurs présents en son sein permet de faire avancer le débat sur la question et de proposer d'autres perspectives d'action grâce au foisonnement d'idées et de perceptions du phénomène ;
- les évaluations des projets « Boule de neige » antérieurs sont prises en compte pour la mise en œuvre des projets « Boule de neige » ultérieurs ;
- il existe également des projets « Boule de neige » dans les rues. On assiste à la mise en place de toute une dynamique en termes de promotion de la santé qui commence à influencer sur les représentations en matière de consommation de la population générale ;
- le projet permet aux détenus de rencontrer des personnes extérieures et d'avoir un lieu de parole extérieur au cadre pénitentiaire ;
- ce projet contribue à « l'ouverture de la prison ». Le projet montre que la prison n'est pas un espace totalement clos.

Les points faibles de la collaboration :

- la sélection des détenus est insuffisamment rigoureuse (avec comme conséquence un manque de crédibilité auprès des pairs, auprès du personnel de surveillance, ce qui comporte un risque de remettre en cause la légitimité du projet) ;
- le fait d'intégrer les agents pénitentiaires à une ou plusieurs réunion(s) de coordination relative au projet serait pertinent afin qu'ils aient une vue d'ensemble du projet. Sans cela, cette initiative leur apparaît comme un projet répressif et non comme un projet sanitaire ;
- le manque de contacts formels avec des institutions de postcure en vue d'une prise en charge et d'une réinsertion après sortie.
- le fait qu'il n'existe pas vraiment de structures appropriées au sein des prisons pour prendre en charge les détenus qui souffrent d'un « double diagnostic » ;
- le manque de communication vis-à-vis de la population. Une explication des objectifs et de l'utilité d'un tel projet aux gens ne peut être que positive pour enclencher un processus de changement des mentalités.
- les problèmes de motivation du personnel pénitentiaire ;
- la crainte d'être stigmatisé fait que le projet « Boule de neige » a parfois du mal à toucher les détenus.

2.2.3. Conditions nécessaires

Les conditions nécessaires à l'amélioration de la collaboration au sein de ce projet sont :

- la composition du groupe de pilotage local drogue est très diversifiée. C'est une bonne chose dans la mesure où tous les acteurs (des différents secteurs) susceptibles d'intervenir à un moment donné ont la possibilité d'interpeller le groupe. Les moments de concertation au sein du groupe de pilotage doivent

se dérouler régulièrement afin de permettre aux divers acteurs de prendre une part active au sein du projet ;

- le phénomène de la toxicomanie est large et nécessite un travail en réseau. Il faut cependant éviter le double emploi et le clientélisme. Si un service n'est pas compétent, il doit pouvoir renvoyer l'utilisateur à un autre service. Les réunions de concertation doivent aussi permettre de savoir qui fait quoi par rapport à un cas précis.

- l'équivalence des soins intra ou extra muros ne doit pas rester un objectif théorique. Plus de moyens doivent être mis en œuvre pour arriver à un vrai travail en réseau de soin au sein des établissements pénitentiaires ;

- le personnel pénitentiaire doit être sensibilisé au projet dès le départ afin d'instaurer une bonne collaboration au niveau interne et d'asseoir la légitimité de cette initiative ;

- la hiérarchie doit nécessairement soutenir le projet dès le départ, sans quoi il est très difficile de mettre en œuvre ce projet de façon optimale ;

- une équipe pluridisciplinaire est nécessaire pour procéder à la sélection des pairs.

2.2.4. Importance de la collaboration intersectorielle

Le projet « Boule de neige » a acquis une certaine légitimité auprès de l'ensemble des acteurs : les autorités qui participent à son financement, les acteurs actifs dans la mise en œuvre concrète de ce projet, c'est-à-dire les acteurs de terrain en matière de toxicomanie et le personnel pénitentiaire et, également, les bénéficiaires, à savoir les pairs ou les détenus.

De plus, ce projet s'inscrit pleinement dans une logique de collaboration intersectorielle entre le personnel pénitentiaire, les intervenants psychosociaux, le personnel médical tant en interne qu'en externe, ... Cependant, ce projet devrait également réfléchir au moyen d'établir un lien entre l'action menée *intra muros* par « boule de neige » et la réinsertion de l'utilisateur après libération. En effet, la sortie de prison peut s'accompagner de problèmes de précarité, de perte de logement ou de perte d'emploi qui doivent être anticipés dans le cadre d'un projet global. Qui va prendre en charge l'utilisateur à sa sortie de prison ? Quel acteur présent sur le territoire s'occupera de cela ?

2.3. Projet « Alter Ego » - service de liaison avec le milieu carcéral³⁷

2.3.1. Description de la forme de collaboration

Objectif

Le projet Alter Ego a été créé en 1996. L'objectif premier était de proposer un accompagnement des justiciables dans le cadre des mesures judiciaires alternatives. Le projet constitue donc un interface entre le monde judiciaire et le monde thérapeutique. Les membres d'Alter Ego ont une responsabilité par rapport au monde judiciaire mais aussi par rapport au monde thérapeutique. Il faut en permanence tenir compte de deux mondes et des deux visions différentes. Lorsque les justiciables rentrent au sein de « Tremplines », l'association à l'origine du projet, ils signent un contrat relatif aux différentes informations qui peuvent être transmises aux instances judiciaires. La personne est toujours actrice et effectue les démarches elle-même. L'équipe d'Alter Ego est là pour assister, aiguiller mais en aucun cas jouer le rôle de paravent face à la justice. Le principe est clairement celui de l'injonction thérapeutique.

Il s'agit d'un contrat triangulaire entre Alter Ego, la justice et le toxicomane. Le secteur judiciaire et le secteur thérapeutique se tiennent mutuellement au courant de la situation. L'utilisateur, pour rappel, est toujours, dès le départ, au courant du processus de transfert d'information entre les deux secteurs. On ne considère pas la justice comme un ennemi et l'objectif n'est pas de se battre à tout prix au nom de l'utilisateur résident. L'utilisateur évolue dans un cadre au sein duquel les différents acteurs essayent de

³⁷ La personne du secteur répression/justice n'a malheureusement pas pu être interviewée pour cause de congé de maternité. La personne qui doit reprendre sa fonction ne sera pas présente avant le mois de novembre.

définir comment travailler afin d'aider la personne à s'en sortir et de respecter le champ d'action de chacun.

Partenaires impliqués et division des rôles

Le projet Alter Ego est suivi par une commission composée du directeur de la maison de Justice de Charleroi, d'un représentant du gouverneur, d'un membre du SPF Justice, du directeur pédagogique de l'asbl Trempline et du procureur du Roi. Ces personnes sont présentes lors des évaluations du projet Alter Ego. La personne interviewée joue le rôle d'interface entre les secteurs et a donc une responsabilité face au monde judiciaire et thérapeutique. Elle s'occupe de la coordination du projet, participe à sa mise en œuvre et prend contact avec les différents partenaires.

Alter Ego rencontre peu de « dérapages » parce que les objectifs du projet et son déroulement sont strictement établis dès le début. L'utilisateur fait toujours l'objet de nombreuses rencontres et discussions afin de pouvoir se positionner sur une quelconque alternative qui peut être un séjour résidentiel, en ambulatoire ou encore un sevrage.

Le projet Alter Ego travaille en bonne collaboration avec la justice et propose d'ailleurs une permanence à la maison de justice de Charleroi. Tout a été défini clairement au niveau du secret professionnel. L'utilisateur signe une charte qui précise les méthodes utilisées par Alter Ego en cas de problème ou de non respect des conditions. Par exemple, si un usager part et qu'il est sous mandat judiciaire, Alter Ego prévient les autorités judiciaires du jour et de l'heure du départ, etc. Il est important, dans des équipes comme Alter Ego, de travailler en réseau. Les acteurs du projet se doivent en effet de collaborer car un service tel que celui-là ne peut être autosuffisant : *« On est trop petits, et travaille dans une région fort éclatée, on travaille de Verviers à Bruxelles ou à Tournai. On est donc obligés de travailler en réseaux, d'avoir des partenaires et ça marche plutôt bien parce qu'on explique toujours pourquoi on les sollicite donc on envoie jamais des patates chaudes »*. De plus, être actif dans un réseau thérapeutique, dans un réseau plus social pour tout l'aspect de la réinsertion, ou au sein de l'atelier drogue est essentiel dans la mesure où le projet est à l'interface de différents secteurs. Pour aider l'utilisateur, il est nécessaire de s'adapter aux changements, d'adapter ses outils et valeurs et éventuellement sa mission, si besoin, mais aussi d'écouter les usagers qui peuvent nous aider à nous poser les bonnes questions, à nous ajuster et à nous mettre à jour.

2.3.2. Faire et ne pas faire

Les points forts de la collaboration

- importance pour les petits projets comme Alter Ego d'être impliqué dans divers réseaux et collaboration avec d'autres secteurs. Alter Ego est une interface entre les différents secteurs et ne peut pas vivre seul ;
- Alter Ego peut se targuer d'une expérience de douze années et d'un cadre de fonctionnement strict et clair. Les collaborations (avec la justice) se passent donc bien parce que les partenaires du projet savent que le cadre de travail est clair. Par exemple, s'il y a eu délit d'un usager, la justice sanctionne et Alter Ego n'a aucune légitimité à intervenir à ce stade. Alter Ego se cantonne uniquement à sa dimension d'assistance, d'aide ;
- la collaboration nous permet d'être moins seul, de pouvoir développer un véritable travail de réseau et de créer toute une série de relais ;
- Alter Ego est très soutenu et respecté par la commission d'évaluation, mais aussi par tous les partenaires (maison de justice,...). Ce respect est important pour les personnes actives au sein du projet. La reconnaissance permet également de pouvoir élargir son rayon d'action et de collaborer plus facilement.

Les points faibles de la collaboration :

- le travail en réseau souffre de son succès. Auparavant, il s'agissait de deux ou trois réunions. Maintenant, il faut choisir entre un nombre de réunions toujours croissant. Nous essayons de participer autant à des plates-formes de concertation dans les prisons qu'à des réunions au sein du relais social par exemple, mais vu le peu d'effectif et les activités quotidiennes à remplir, il nous faut cibler nos réseaux ;

- on assiste encore trop souvent à du « shopping social » entre service. Les usagers ne vont pas forcément s'adresser au bon service ou au service qu'on leur avait recommandé parce qu'ils y trouvent leur compte : « *Il faut casser ça, être correct et si on ne peut pas prendre la personne, dispatcher ou téléphoner parfois directement. On ne dit pas simplement « va chez... », on va prendre un rendez-vous avec la personne, directement interpeller »*
- il n'est pas toujours évident d'avoir trois « têtes » au dessus de soi qui ne parlent apparemment pas la même langue. Le fédéral, la Ville et Trempline n'ont pas les mêmes objectifs et ne financent pas les mêmes choses. Nous avons donc parfois dû apprendre à être trilingue pour pouvoir nous en sortir ;
- le projet est renouvelable d'année en année. Même si Alter Ego est un service qui fonctionne bien et dont la légitimité est reconnue par les autres partenaires, demain, tout peut s'arrêter.

2.3.3. Conditions nécessaires

Les conditions nécessaires à l'amélioration de la collaboration au sein de ce projet sont :

- pouvoir engager quelqu'un qui ne puisse faire que tout ce qui est marketing, relations publiques et relation avec les autres partenaires et réseaux. Alter Ego a besoin de cela pour vivre, pour être présent et être vu. La population ne va pas nous solliciter si elle ne nous voit pas, même si Alter Ego est un service efficace et reconnu par le secteur.

2.3.4. Importance de la collaboration intersectorielle

Alter Ego favorise une dynamique de groupe, une interaction entre les personnes. Les intervenants et les usagers réfléchissent ensemble sur leur manque de responsabilités et parallèlement, « nous les encourageons à se confronter mais aussi à s'aider mutuellement. Favoriser les interactions permet aux usagers de devenir eux-mêmes acteurs de leur propre thérapie ». L'objectif des professionnels ici est donc de ne pas interférer systématiquement, mais plutôt de faire en sorte que le groupe développe une dynamique de responsabilité, d'entraide et d'honnêteté entre eux. « *La société actuelle est très individualiste alors qu'ici, à Alter Ego, on promeut des valeurs d'auto-aide auxquelles on croit beaucoup* ».

Les partenaires impliqués dans le projet « Alter Ego » sont la Justice, l'asbl Trempline et la Ville de Charleroi. La Ville intervient administrativement et s'occupe du versement des salaires. Trempline prend en charge tout ce concerne la formation, les frais de déplacement et la gestion quotidienne (les locaux par exemple) sans y être contraint puisque rien de tel n'est spécifié dans la convention. Le partenariat entre l'équipe d'Alter Ego et les autres partenaires suit la même logique que l'objectif même du projet : travail en réseau, entraide et soutien mutuel. De plus, Alter Ego fait partie d'autres projets permettant de suivre l'utilisateur au sein de la prison et de pouvoir directement le prendre en charge dès sa sortie. Cette prise en charge et cette orientation directe peuvent être bénéfiques lorsque l'on sait que beaucoup d'utilisateurs « rechutentent » rapidement en raison du manque de suivi.

2.4. « Péricope » - projet de promotion de la santé en matière d'assuétudes (avec des aspects d'intervention précoce)

2.4.1. Description de la forme de collaboration

Objectif

Le projet « Péricope » a vu le jour en 1996. Il est issu d'une collaboration plus spécifique entre le réseau Citadelle et Canal J. D'autres intervenants sont également associés à ce partenariat, mais de façon moins explicite. Il s'agit d'un projet de prévention dans les écoles. Au fur et à mesure de l'avancement du projet, celui-ci s'est élargi non seulement en intégrant les alentours de l'école, mais également en prenant en compte l'ensemble des assuétudes (tabac, alcool, ...).

Les deux grands champs de demande sont les suivants :

- des demandes des écoles et des milieux institutionnels de vie des jeunes afin d'organiser des formations, des séances d'information et obtenir des explications sur la question des drogues et l'attitude à adopter avec les élèves ;
- des messages de prévention délivrés aux jeunes qui ne vont pas bien.

Le projet Périscope est chaque fois prévu pour une durée de trois années, renouvelable. Un comité de suivi est rattaché à Périscope et une supervision du projet est supervisée par le centre local de promotion de la santé.

Partenaires impliqués et division des rôles

L'ASBL Canal J a travaillé pendant de nombreuses années sur les problèmes de consommation dans les méga dancings et ce, en partenariat avec des partenaires français, la Ville de Mons et le CPAS de Charleroi. Dans le cadre spécifique du projet Périscope, il s'agit d'un partenariat entre les secteurs préventif et curatif, dans lequel cependant les deux secteurs restent séparés et gardent leurs spécificités. Tournai étant une petite Ville, les différentes institutions médicales se connaissaient déjà (tu ne parles pas de Tournai avant, c'est là que c'est mis en place ?). Canal J n'a pas attendu la mise sur pied de Citadelle pour créer des liens avec les maisons médicales de la Région.

Dans la mesure où la consommation touchait régulièrement des jeunes, ceux-ci étaient automatiquement envoyés à Canal J. Le service faisait la même chose avec les populations adultes.

En fait, le projet Périscope n'est pas un projet bien précis, mais un travail général de prévention dans les endroits où les jeunes sont présents. Les écoles, le milieu festif mais aussi des institutions de placement pour jeunes « *qui ont déjà bien décrochés partout et qui sont déjà à la limite de la délinquance* » sont donc concernés.

Le projet Périscope est né d'un constat assez simple : les conférences et journées pédagogiques dans les écoles présentaient un intérêt relativement limité dans la prévention des assuétudes. Le discours tenu n'aidait pas nécessairement l'enseignant dans sa relation avec les jeunes. Ce qui paraissait plus utile pour les éducateurs et les enseignants, c'était de créer une dynamique de réflexion à l'intérieur de l'école.

La maison médicale de Tournai est intervenue dans les traitements de substitution dans le cadre de Citadelle. Par rapport au projet Périscope, la maison médicale intervient, entre autres, pour « *améliorer la gestion de consommation des produits psychotropes chez les jeunes dans un travail global, participatif et positif* » (Rapport d'activités, Projet Périscope, 2008) mais aussi pour accueillir les jeunes qui nécessitent un service d'aide adéquat.

Processus de collaboration

La Communauté française est liée au projet de collaboration dans le cadre de Périscope via une convention et un accord écrit relatif aux objectifs établis entre les différents partenaires. Le personnel de Périscope travaille également avec les contrats de sécurité. Les manières de travailler sont différentes mais les concertations sont riches. Par ailleurs, pour clarifier le rôle de chacun et éviter les doublons, mais aussi pour discuter de la question d'une politique générale au niveau local en matière de dépendance et assuétude, l'Atelier Prévention des Usage de Drogue (APUD) a vu le jour. Celui-ci regroupe la justice, le contrat de sécurité de la Ville de Tournai, le réseau Citadelle et plusieurs associations comme Canal J.

2.4.2. Faire et ne pas faire

Les points forts de la collaboration :

- la collaboration fonctionne bien. Le curatif et le préventif travaillent de concert mais restent quand même séparés afin que chaque partenaire puisse garder ses spécificités ;

- la Ville est également partenaire, « *ce qui n'est que positif* » ;
- entre acteurs qui se connaissent et qui se comprennent, le travail en collaboration fonctionne très bien ;

- les villes plus petites comme Tournai comprennent moins d'acteurs et donc moins de « concurrence » entre institutions que l'on retrouve dans les grandes villes ;

- la complémentarité entre les différents services représente une richesse ;

- la collaboration permet de mettre en place des projets larges, tant au niveau du territoire qu'au niveau de la population ;

- le travail en collaboration permet aussi d'appréhender les phénomènes dans une plus large amplitude.

Les points faibles de la collaboration :

- problèmes financiers : « Jusqu'il y a peu, le projet était financé sur base annuelle et il fallait toujours attendre la dernière minute pour savoir si la communauté française allait, oui ou non, refinancer le projet et permettre sa reconduction » (actuellement, le projet est financé pour trois années) ;
- financements provenant de diverses autorités. La justification de ces financements est source de nombreuses tracasseries administratives qui peuvent avoir une répercussion sur la qualité de l'intervention. « C'est normal de devoir rendre des comptes, mais nous n'avons pas toujours le temps et le personnel suffisant ».
- manque de volonté politique de vraiment changer les choses sur le terrain ;
- plus de gens du terrain aux différents niveaux de compétence : « On a parfois des doux rêveurs qui ont été parachutés là-bas mais qui n'ont jamais vu un toxicomane. Il serait utile de mettre les bonnes personnes aux bonnes places ».
- les réseaux à grande échelle, « ce sont souvent des réunions où tout le monde parle mais où personne ne prend de décision. Il n'y a rien qui sort de ces réunions. Des réseaux au niveau provincial (et aux autres niveaux), pour moi, c'est de la perte de temps »
- au sein des réseaux, il est parfois difficile de déterminer « qui fait quoi » : savoir qui est l'autre, jusqu'où et comment il travaille...

2.4.3. Conditions nécessaires

La collaboration permet de « mieux penser sa pratique quotidienne en discutant avec des acteurs des autres secteurs mais aussi du même secteur ». La collaboration permet ainsi de « densifier le réseau ». On peut également renvoyer à d'autres services et prendre en charge plus efficacement les personnes grâce à la connaissance des autres et de leur fonction.

La philosophie du réseau Citadelle est certainement aussi une façon de faire évoluer les choses. Citadelle fonctionne non seulement en autogestion financière, mais aussi sans système de hiérarchie marqué entre médecins et non médecins, ce qui peut parfois faire barrage dans un réseau.

Chaque réseau a une singularité bien spécifique en fonction de la Région, ce qui est plutôt positif. Par ailleurs, le fait que les réseaux se construisent selon un schéma bien singulier est une bonne chose. Cela montre que le désir des gens est là, qu'ils s'intéressent à cela et qu'ils sont désireux de travailler ensemble. Le désir de travailler ensemble est quelque chose de primordial.

Il faut tenir compte de la singularité des acteurs et de manière dont ils souhaitent s'organiser : Dans quel lieu ? A quel rythme et comment ? Les travailleurs recherchent également un cadre plus souple qui assure une plus grande sécurité d'emploi.

« Il faut sécuriser les travailleurs, financer les temps de rencontres entre travailleurs du soin, de la prévention, de la justice, (...) et faciliter ce temps de rencontre à tous les niveaux. Il faut également se laisser le temps de parler et d'exposer les situations dans le détail. Si on souhaite connaître finement ce qui se passe dans le champ des consommations, il faut pouvoir parler de tout avec un maximum de personnes et cela nécessite du temps de parole et de pensée. »

2.4.4. Importance de collaboration intersectorielle

Le Hainaut occidental est un endroit réputé pour ses méga dancings. Les services actifs en toxicomanie, interpellés par les autorités et d'autres institutions comme les écoles, ont commencé à diffuser des messages de prévention et de réduction des risques liés à la consommation. Comme il s'agit d'un problème transfrontalier, plusieurs organismes belges et français ont participé à l'opération, tous secteurs confondus. C'est dans ce contexte que PÉRISCOPE est né.

Actuellement, le travail en collaboration au sein de réseaux et/ou de plateformes de coordination paraît indispensable et incontournable. Certains se posent cependant la question de la clarté des législations. « Le flou est tel que la discussion est parfois très difficile et que la collaboration est rendue encore plus difficile

parce que chacun y va de son interprétation ». Tous considèrent qu'on ne peut plus travailler seul dans le domaine de la toxicomanie parce que les problèmes sont complexes et multidimensionnels. Afin de rendre cette collaboration effective, les travailleurs de terrain pensent qu'il faut des personnes compétentes dont la fonction serait de dynamiser le projet et le mettre en oeuvre (convoquer les différents acteurs pour les réunions, élaborer l'ordre du jour, le rapport de réunion...). En effet, il est très important que les acteurs se connaissent et que la prise en charge se réalise au niveau local. Le secteur de la toxicomanie doit aussi pouvoir s'appuyer sur des acteurs de seconde ligne (comme Modus Vivendi, Eurotox) pour l'organisation d'événements plus larges, ou pour obtenir du matériel. L'aide directe et concrète doit cependant rester à un niveau plus local.

2.5. Centre médical ENADEN et partenariat avec la Fédito bruxelloise

2.5.1. Description de la forme de collaboration

Nature et historique

La Fédito (Fédération des institutions pour toxicomanes) se divise en deux. Nous avons d'un côté la Fédito bruxelloise (qui est celle évoquée ci-dessous) et de l'autre la Fédito wallonne.

Cet organisme est lié à la création de la Région Bruxelles – capitale. Les services qui font maintenant partie de la Fédito existaient déjà auparavant. Bien implantés sur le terrain, les institutions se sont cependant rendu compte qu'il manquait des services spécifiques pour certains types d'usagers exclus des filières de soin.

Pour pallier à ce manque, plusieurs initiatives privées se sont mises en place de façon informelle. Les acteurs présents au sein du projet n'étaient pas soutenus par les autorités, ils agissaient donc dans le cadre d'initiatives « contre culture ».

Vu le travail accompli et l'utilité sociale bien réelle de ces services, ils ont petit à petit été reconnus par les autorités politiques. En 1989, la création de la Commission communautaire commune a entraîné une réorganisation des initiatives en matière de toxicomanie. La fédito est issue de cette réorganisation. Ses objectifs sont les suivants :

- informer les membres
- faire connaître l'existence de structures spécialisées aux autorités et faire reconnaître leur utilité sociale
- représenter et défendre les intérêts du secteur, communiquer et faciliter le transfert d'information pour les membres et entre les membres.

Les institutions partenaires sont assez nombreuses³⁸ et sont exclusivement du secteur santé. Les partenaires extérieurs qui collaborent régulièrement avec la Fédito sont également, pour majorité, du secteur santé.

Parmi les institutions présentes au sein de la Fédito, le centre médical Enaden est une institution spécialisée dans le traitement, le suivi et la réinsertion des personnes présentant une dépendance aux drogues, à l'alcool ou aux médicaments.

Auparavant, on ne savait pas trop quoi faire des consommateurs de drogues qui bien souvent dérangeait, ne respectaient pas les horaires et étaient donc ballottés d'une institution ou d'un hôpital à un autre. Enaden a vu le jour suite aux difficultés pour les services existants de prendre en charge les usagers. Une part importante de la population suivie s'identifie ainsi comme « toxicomane », tout en présentant également, pour certains d'entre eux, des problèmes psychiatriques. Enaden est spécialisé dans le suivi de ce type de patients désignés sous le vocable de double diagnostic (toxicomanie et troubles psychiatriques : psychotiques, anxieux ou dépressifs) et manifestant une désinsertion sociale très grande.

³⁸ Addictions ; Ambulatoire du Solbosch ; Babel - l'Équipe ; C.A.P.- I.T.I. ; CATS ; D.U.N.E. ; ENADEN ; Infor-Drogues ; Interstices ; La Trace ; Le Pélican ; M.A.S.S ; Modus Vivendi ; Projet Lama ; Prospective Jeunesse ; R.A.T. ; Santé & Entreprise ; Unité Assuétudes.

Organisation et structure

La Fédito est financée essentiellement par la COCOF en tant qu'acteur de promotion de la santé. De par ses financements, la Fédito est un organisme tout à fait formel. Comme les autres organismes en matière de toxicomanie, la Fédito est financée par une multitude d'autorités. Des réunions ont lieu régulièrement (tous les mois) afin de voir quelle est la situation sur le terrain. La Fédito se doit en effet d'être en permanence connectée à la l'évolution du phénomène au niveau politique mais aussi au niveau des autres secteurs, afin de relayer l'information à ses membres. A ce propos, la Fédito revendique plus d'outils au niveau de la formation, notamment pour tout ce qui est formation continue des travailleurs du secteur.

Le centre médical Enaden est représenté par la Fédito, mais concrètement, il ne travaille pas sur le terrain avec la Fédito. Comme nous l'avons déjà mentionné, la Fédito est un lieu de concertation et d'information dont l'objectif n'est pas de participer activement sur le terrain, mais bien d'informer et de conseiller les services afin que le travail sur le terrain soit le plus efficient possible. Au départ, Enaden était envisagé comme un lieu où les gens pourraient faire une halte, une parenthèse au niveau de leur vie. Enaden comprend ainsi une unité ambulatoire et une unité résidentielle, afin de satisfaire au mieux les différents types de demandes.

Enaden collabore aussi avec plusieurs hôpitaux et fait partie de la Concertation toxicomanie Bruxelles (CTB-ODB). Le centre médical est également le moteur du projet « Assuétude Bruxelles-capitale » qui regroupe de l'ambulatoire, des services spécialisés, des services non spécialisés, des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques.

La stabilité des travailleurs à Enaden au niveau emploi est assurée par l'INAMI, qui finance le centre de jour, les unités de crise et les séjours courts. En revanche, au niveau de la Région, c'est tout autre chose. Il règne en permanence une incertitude quant au financement de la structure ambulatoire qui est la seule structure financée par la Région.

Processus de collaboration

Lorsque la Fédito a vu le jour, les acteurs se connaissaient déjà très bien. Il y avait une sorte de « *réseau horizontal informel non subventionné présent sur le terrain* ». Progressivement, les services ont été reconnus par les autorités, ce qui était nécessaire pour subsister.

Certaines institutions avaient toutefois des activités très proches, ce qui n'est pas toujours évident pour définir les missions des différents services. Des approches différentes pour un phénomène aussi complexe que celui de la toxicomanie était néanmoins plutôt considérées comme un avantage.

Au niveau de la répartition géographique, les organismes n'ont pas toujours été répartis de la façon la plus harmonieuse qui soit. On retrouve donc certains services très proches entre eux qui exercent plus ou moins les mêmes activités. Au niveau de la collaboration entre les services, il existe même ce que l'on pourrait appeler des « sous circuits », des « sous réseaux ». Les acteurs se connaissent, s'informent entre eux et organisent toujours le transfert des patients entre eux.

Les différents partenaires, dont Enaden, participent à des groupes de travail avec la Fédito mais aussi avec d'autres institutions et d'autres membres de la santé. Les services sont plus actifs sur l'un ou l'autre projet, en fonction des intérêts et des activités de chacun au sein du réseau bruxellois. Enaden, par exemple, est beaucoup plus actif au niveau du secret professionnel.

2.5.2. Faire et ne pas faire

Les points forts de la collaboration :

- dans un domaine où certains problèmes publics, comme la consommation de drogue, deviennent de plus en plus complexes (notamment en raison du morcellement des compétences) et ne peuvent plus être résolus au sein d'un même secteur, la coordination s'avère nécessaire ;
- dans une ville comme Bruxelles, les gens se connaissent en raison du territoire d'action relativement restreint. « *Quand on se voit régulièrement, on se parle, on se connaît, on s'est déjà vu et donc les choses se passent plus facilement dans la mesure où la confiance entre acteurs est présente* ».

Les points faibles de la collaboration :

- réunions de concertations trop « chronophages » ;
- difficulté d'organiser une coordination et une collaboration efficace par rapport à un phénomène aussi complexe et au sein d'un secteur très éclaté comme celui de la santé. Il existe quasiment autant de projets que de services et il n'y a pas de réelle homogénéité entre les activités des divers services ;
- à part la Fédito, peu de services sont tournés vers l'extérieur au niveau de la santé ;
- les services ne disposent pas d'une personne qui serait chargée de la coordination, des relations avec l'extérieur afin de s'être informé et d'informer le service ;
- les services ont des façons différentes de travailler. Si l'on additionne cela au manque de moyens, on arrive à une certaine concurrence et à une crainte de mettre en commun les ressources qui se font rares afin de subsister et de « garder ses activités ». La précarité financière des institutions est un point qui pose problème pour une organisation effective du secteur ;
- au niveau de la collaboration avec la justice, des problèmes se posent, notamment en matière d'éthique ;
- la mise en oeuvre de réseaux ou des concertations à divers niveaux de pouvoir pose question. *« Il y a des pertes assez stupides d'énergie dans la mesure où les niveaux de pouvoir font la même chose ». Il faut éviter les « doublons » et les superpositions de plateformes ou de réseaux. Dans le même ordre d'idée, « le réseau est quelque chose de positif, mais il faut se méfier du phénomène de mode : les réseaux sont à l'avant plan, tout le monde « sort » son réseau et / ou son circuit de soins ».*

2.5.3. Conditions nécessaires

Les conditions nécessaires à l'amélioration de la collaboration au sein de ce projet sont :

- le milieu politique demande la création de réseaux, alors que les acteurs de terrain demandent une meilleure organisation des secteurs pour que les réseaux puissent émerger de façon naturelle ;
- vérifier quel est l'objectif du réseau et quelle est son effectivité afin d'éviter les financements de réseaux inutiles ou déjà existant ;
- les réseaux sont-ils bien mis sur pied ? Les réseaux doivent uniquement servir à compenser les structures qui ne sont pas adaptées à la réalité et aux pratiques du terrain. Si les réseaux complexifient davantage les choses, ils doivent alors être supprimés ;
- un coordinateur au sein de chaque service devrait pouvoir se consacrer exclusivement à des tâches de recherche, de collaboration, de coordination et de transfert de l'information. Il serait plus tourné vers l'extérieur, communiquerait avec les autres coordinateurs des autres services et serait le représentant du service lors des réunions de concertation ;
- l'intégration de la question de la consommation de drogue dans la société n'a pas été correctement menée ;
- importance d'avoir différentes prises en charge, plusieurs approches pour un phénomène complexe comme celui de la consommation de drogue ;
- les « sous réseaux » (connaissances personnelles, échanges, confiance mutuelle) permettent une collaboration plus efficace et surtout plus rapide ;
- au niveau intersectoriel, il faut aussi penser à décroiser, à « déspecialiser » pour plus et surtout mieux réinsérer. Réinsérer les usagers dans des filières traditionnelles, élargir les pratiques des maisons médicales ou des centres de santé mentale afin que l'utilisateur puisse se réadapter à la vie sociale et se trouver dans un environnement qui n'est pas composé exclusivement de personnes toxicomanes ;
- *« plus les gens sont élevés au niveau de la hiérarchie, moins ils connaissent le terrain et plus ils sont prohibitionnistes. Les politiques devraient être bottom up, c'est à dire partir des acteurs de terrain et des consommateurs (qui ne peuvent se réunir efficacement vu la prohibition de la consommation) ».*

2.5.4. Importance de la collaboration intersectorielle

Le rôle de la Fédito est d'être le porte-parole des institutions actives dans le secteur de la santé. Vu la complexité de la législation en matière de drogue et la façon dont sont traitées les questions en matière de drogue, il est indispensable qu'il y ait des acteurs qui veillent à conserver certaines balises. Il faut

rappeler que la drogue est un problème de santé publique. Il faut par ailleurs savoir séparer les aspects liés à la criminalité des consommateurs et à la consommation elle-même. La Fédito est là pour faire passer ce message et maintenir le débat au niveau politique. Le discours relatif aux drogues étant toujours très sécuritaire, la Fédito répercute le malaise des associations qui travaillent avec les consommateurs de drogues au quotidien et qui voient tous les dégâts qu'un cadre législatif inadapté peut provoquer.

La Fédito joue aussi le rôle « d'organisateur du secteur », afin de palier à l'organisation institutionnelle du pays qui complexifie les choses dès la base. Au vu du morcellement des compétences en matière de santé et au vu du cadre législatif inadapté, il est nécessaire que certains organismes décident de clarifier les choses.

Les entretiens réalisés dans ce cadre nous ont permis de soulever deux points :

1. la perception de la question des drogues par le politique ;
2. la question de l'éducation et de la responsabilisation de la population.

En ce qui concerne le premier point, le secteur insiste pour que l'on commence par décriminaliser la consommation de drogues. Par la suite, on pourrait agir au niveau de la réglementation des drogues. Cela donnerait aux institutions de vrais moyens pour gérer un problème qui de toute façon existe et cela diminuerait l'impact négatif en matière de santé pour la population. *« On fait comme si ça n'existait pas et on tape dessus quand c'est trop visible et donc voilà, on criminalise, on rejette à l'extérieur et pourtant, ça existe ! Indépendamment de toute considération éthique ou idéologique, la question des drogues n'est pas porteuse et « dérange » en période électorale. Même dans les partis « progressistes », supposés les plus enclins à ouvrir des portes ou à explorer de nouvelles voies, on se rend compte que personne n'ose vraiment franchir le pas. De plus, l'importance des lobbies du sécuritaire, financés par le service public fédéral intérieur et surtout l'importance des moyens dont ils disposent par rapport aux organismes privés a des conséquences sur le type d'interventions effectué sur le terrain ».*

Le second point concerne le déficit d'informations envers le public (jeunes, parents, professeurs) et donc l'inquiétude de la population vis-à-vis de cette question. Le politique, sur un sujet aussi délicat, est souvent plus frileux encore que la population. *« Le politique ne prend pas ses responsabilités. Il reste plus dans une logique d'attente jusqu'au moment où il faut quand même faire quelque chose... et il continue avec le sécuritaire ».*

Les parents sont des acteurs essentiels, de même que les professeurs. Ce sont eux qui éduquent, qui inculquent les valeurs, qui socialisent les jeunes, mais ils ont peu d'informations sur la consommation de drogue, et donc peu de moyens d'en parler. *« Il y a une intégration culturelle qui n'a pas été faite à cause notamment de la prohibition et de l'interdiction de consommer. Ce manque d'intégration culturelle, cette méconnaissance de la problématique est susceptible d'entraîner un sentiment de peur. Par conséquent, s'attaquer à la représentation sociale grâce à des programmes d'information, de responsabilisation afin de préparer l'opinion publique à un modèle plus cohérent de santé publique et de gestion des consommations de drogues licites et illicites pourrait s'avérer nécessaire. Cela aurait des implications évidemment énormes mais c'est une solution pragmatique: tant que les citoyens ne sont pas informés et prêt à admettre certaines choses, les politiques ne changeront pas radicalement leur façon de faire, du moins en pratique ».*

2.6. « City Parade » à Charleroi

2.6.1. Description de la forme de collaboration

Nature et historique

La City parade est un grand festival de musique électronique organisé depuis 2001 dans différentes villes de Belgique. En quelques années, la City Parade est devenue un événement important, rassemblant annuellement entre 150.000 et 300.000 personnes. Les entretiens que nous avons réalisés étaient liés à l'organisation de l'édition de 2006 à Charleroi. Une foule d'acteurs ont bien évidemment été impliqués dans l'organisation de cet événement: la Ville de Charleroi, les forces de Police, les services de prévention mais aussi divers services actifs en matière de prévention drogue et de

réduction des risques. Nous avons ainsi eu l'occasion de nous entretenir avec quatre personnes provenant de ces différents secteurs³⁹.

La City Parade constitue le point de rencontre d'une multitude de personnes, principalement des jeunes. La consommation d'alcool et de drogues y est relativement importante. C'est pour cette raison que depuis la première parade, on retrouve des acteurs actifs en matière d'assuétude comme Modus Vivendi et Carolo Contact drogue qui, dans le cadre de la City Parade, agissent essentiellement en matière de réduction des risques, de prise en charge et d'accompagnement. Il s'agit plus de prévention des accidents liés à la consommation que de prévention de l'usage de drogue, dans la mesure où ils considèrent « *que l'usage de drogue et d'alcool est inévitable au sein d'une telle concentration de personnes* ».

Partenaires impliqués et division des tâches

Modus Fiesta est un projet qui fait partie de l'asbl Modus Vivendi et qui est né en 2002. Les premières interventions de réduction des risques en milieu festif ont débuté sur base de constats issus de plusieurs recherches-actions. De ces constats s'est dégagé le besoin de mettre en place un projet spécifique. Modus Fiesta et l'équipe mobile de réduction des risques ont donc été mis sur pied. Le but à moyen terme était d'étendre ces projets à l'ensemble de la communauté française.

Les objectifs de Modus Fiesta ont toujours été clairs : réduire l'ensemble des risques associés à la consommation en milieu festif et, au fur et à mesure du temps, l'ensemble des risques liés aux milieux festifs eux-mêmes. Ainsi, on ne se limite plus à la consommation, mais on essaye d'agir aussi au niveau d'autres problèmes comme les nuisances sonores, les points d'eau, ...

L'événement, le public, mais aussi la collaboration de l'organisateur et éventuellement des pouvoirs publics sont des facteurs à prendre en compte pour que tout se passe bien, ce qui est généralement le cas.

En ce qui concerne plus spécifiquement la coordination avec les autres services présents sur la City parade, c'est Carolo Contact Drogue qui était mandaté pour représenter le partenariat entre services actifs en matière de toxicomanie.

L'action drogue pour la City Parade de Charleroi était coordonnée par Carolo Contact Drogue, qui agit aussi essentiellement au niveau de la réduction des risques. Carolo contact Drogue a aussi un rôle d'information, de documentation mais aussi de soutien psychologique et d'orientation de l'utilisateur. Avant la City Parade, Carolo Contact Drogue n'avait jamais eu de collaboration avec Modus Vivendi en matière de réduction des risques.

Parallèlement à cela, il fallait aussi collaborer et se coordonner avec les services actifs au sein du plan d'urgence et du plan catastrophe.

L'objectif des services actifs en toxicomanie était de réduire les risques au niveau de la santé des gens et en même temps de pouvoir les informer sur les risques liés à la consommation. Le but n'était en aucun cas de viser l'abstinence.

Sur toute la durée de l'événement, il y a donc eu, en partenariat avec Modus Vivendi, distribution de brochures sur les produits, sur les maladies transmissibles en cas d'échange de seringue, distribution de préservatifs, « vaporisation » et distribution d'eau... « *Nous avons également mis en place trois « relax zone » le long du trajet qui permettaient de prendre en charge, en complémentarité avec les services de la Croix rouge, les personnes qui se sentaient mal suite à la consommation de produits stupéfiants ou d'autres substances comme l'alcool* ».

Un des acteurs interviewé était chargé de mettre en place une coordination entre services de soins, de convoquer les acteurs et ensuite de les diriger pour la durée de l'événement. Cette personne avait l'avantage de connaître à la fois les services d'urgence, les ambulanciers et le SMUR (Service médical d'urgence). Plusieurs réunions ont eu lieu avec des représentants de la Ville de Charleroi, l'organisateur de l'événement, et tous les autres partenaires.

« *Nous avons mis sur pied un poste de commandement intégré comprenant les trois acteurs (pompiers, services médicaux, police). J'ai également eu des contacts avec des services que je connaissais moins, comme le bureau*

³⁹ Notons cependant que, pour des raisons indépendantes de notre volonté, nous n'avons malheureusement pas pu interroger un membre des forces de Police.

d'aide aux victimes, divers services psychosociaux,... Modus Vivendi a proposé son aide pour tout l'aspect consommation de drogue. L'objectif, c'était d'éviter qu'une « simple » consommation ne « dérape » vers quelque chose de plus grave. Il fallait éviter les problèmes médicaux qui ne pouvaient pas être identifiés au départ et surtout éviter l'encombrement des hôpitaux par des gens qui ne devaient finalement que dormir. Comme la consommation existe dans ce genre d'évènement, je devais prendre ça en charge également ».

Processus de collaboration

Au niveau de la collaboration entre les services d'urgence, les membres de Modus Fiesta, de Carolo Contact Drogue et la police, tout semble s'être très bien passée. Modus Fiesta et Carolo Contact Drogue ont montré que leur présence était importante en raison de la relation privilégiée que ces services ont avec les usagers. *« Ils ont réussi à gagner la confiance des usagers, chose que la police ou les pompiers n'arriveront jamais à faire. Le secteur médical n'est par ailleurs pas suffisamment intégré dans ce domaine pour pouvoir comprendre les usagers aussi bien que les services précités ».*

« La collaboration entre les services de réduction des risques et les autres services se passe bien lorsqu'il y a une explication claire de ce qui est fait par les acteurs ». Les réticences sont en effet souvent liées à un manque de connaissance du rôle joué par des organismes comme Modus Vivendi ou Carolo Contact Drogue. Les actions d'un service comme Modus Fiesta sont toujours concertées avec les services de santé ou les services actifs en toxicomanie de la Ville ou Région au sein de laquelle il y a intervention. Modus Fiesta ne fait que de la réduction des risques mais est complémentaire avec des partenaires qui font de la prévention, du soin, et plus généralement tous les services qui se préoccupent de la santé des jeunes en milieu festif.

Travailler en réseau est plus efficace dans la mesure où différents services travaillent de concert et se complètent, mais il ne faut jamais oublier que tout doit se faire dans le respect de l'utilisateur, en le maintenant au centre du réseau. Le réseau doit être mis en oeuvre s'il peut permettre de répondre à un besoin bien spécifique. Enfin, il faut pouvoir « objectiver » un réseau sur base des informations provenant du terrain (demandes et besoins des usagers et des travailleurs).

2.6.2. Faire et ne pas faire

Les points forts de la collaboration :

- apporter sa façon de voir les choses et sa façon de travailler ;
- pouvoir mettre en place quelque chose de plus grand, des actions beaucoup plus larges parce que les acteurs (et les idées qu'ils apportent) sont beaucoup plus nombreux ;
- collaborer, c'est pouvoir connaître d'autres gens avec d'autres fonctions sur des territoires différents et c'est pouvoir relayer certaines demandes vers des services que l'on ne connaissait pas auparavant.

Les points faibles de la collaboration :

- des organismes comme Carolo Contact Drogue souffrent du travail administratif qui freine le travail effectif sur le terrain ;
- plus les partenaires sont nombreux, plus il est difficile de trouver non seulement des réponses à certaines questions, mais aussi plus simplement, un moment qui convient à tout le monde pour discuter. La disponibilité de chacun des acteurs est souvent rare en raison du nombre de réunions, de partenaires et d'autres activités à prendre en compte. *« Au niveau de l'organisation, on n'est jamais mieux servi que par soi-même. Plus on est, plus c'est difficile d'avancer ».*

2.6.3. Conditions nécessaires

Les conditions nécessaires à l'amélioration de la collaboration au sein de ce projet sont :

- la collaboration au-delà des frontières linguistiques est importante. Le public n'étant pas cloisonné dans sa frontière linguistique, pourquoi les différents services devraient-ils l'être ? C'est important de pouvoir collaborer, échanger les bonnes pratiques et les informations entre partenaires du nord et du sud ;

- pour pouvoir informer le public, une plus grande clarté de la législation est nécessaire. En ce qui concerne par exemple la circulaire relative au cannabis, le flou est général et l'interprétation de la loi peut varier selon les zones de police ;

- « *Travaillé dans un service qui fait de la réduction des risques sur le terrain demande à la fois des compétences en matière de connaissance, de négociation, de maintien et d'élaboration de partenariat divers mais aussi de connaissance des secteurs actifs en matière de toxicomanie. L'aspect logistique est aussi très important et il serait peut être nécessaire de se pencher un peu plus sur la question de la formation des intervenants* »

- un acteur qui se trouve à un « endroit charnière », qui connaît les différents partenaires, et qui est capable de faire preuve de flexibilité, est un atout. Ainsi, dans le cadre de la City parade, la police était au départ tout à fait opposée à une collaboration avec Modus Fiesta. « *Le fait pour moi de me trouver à l'intersection des deux acteurs a permis une collaboration et une certaine tolérance entre ces deux acteurs. La rigidité au niveau des idéologies est quelque chose qui ne permet pas la collaboration. La collaboration fonctionne d'autant mieux si les personnes font preuve d'une certaine flexibilité* »

2.6.4. Importance de la collaboration intersectorielle

La réduction des risques en tant que telle est quelque chose de difficile à accepter. « *On y adhère ou on n'y adhère pas* ». Pour une grande partie du public, c'est quelque chose qui reste très difficile à accepter, même lorsque des informations sont données. « *La population est très peu, voire pas du tout informée de la problématique des drogues et de sa consommation. Les pouvoirs publics semblent agir « comme si on voulait que ça n'existe pas ». Des organismes privés comme Modus Vivendi sont là pour dire : « ça existe et quoi que l'on fasse, on vit avec ! ».*

Si les pouvoirs publics décident de prévenir le public de ce phénomène, le message transmis est plutôt « *touche pas à ça* », alors qu'il devrait être « *si tu as envie d'essayer, d'accord, mais tu dois savoir que les conséquences de la consommation peuvent X, Y, Z* ».

« *Il faut cependant ne pas oublier le rôle et la position des pouvoirs publics qui ne peuvent prôner un message du style « essayez responsable ».*

Pour revenir à la City Parade, il est intéressant de voir que la bonne collaboration entre acteurs a permis de régler certains problèmes. Ainsi, l'exemple suivant est assez révélateur et mérite d'être exposé :

« *L'organisateur de l'évènement était très réticent vis-à-vis de Modus fiesta parce que selon lui, la drogue ne circulait pas lors de la parade. Modus Fiesta pouvait donc intervenir sur la parade mais ne pouvait en aucun cas procéder à l'analyse des comprimés qui circulaient (sans analyse, pas de preuve de la présence de drogues durant l'évènement). Pourtant, si nous, au niveau des services médicaux, savions ce qui circulait, nous pouvions beaucoup mieux prévenir les problèmes connexes qui pouvaient survenir. Vu ma fonction, il était nécessaire de savoir quel genre de toxique circulait mais aussi quelle était sa « durée de vie ». J'ai donc passé un accord avec le laboratoire de Gilly pour pouvoir effectuer quelques analyses de sang durant la City Parade qui a accepté et qui nous a permis d'établir un relevé clair des substances qui circulaient durant la parade* ».

Cet exemple nous montre que la connaissance du terrain et des autres services préalablement à un évènement est une force pour coordonner une multitude d'acteurs provenant de divers secteurs. « *On a chacun ses obligations et on s'entraide. Je connais le rôle et la fonction de chacun. On est fort coincé avec le secret médical, mais il y a des limites. Par exemple, la police, lors de la City Parade, n'a pas reçu l'identité des gens et le nom des toxiques obtenus, mais quand j'avais des infos sur un produit circulant, je prévenais la police sans donner d'identité. Il faut comprendre l'utilité du secret médical sans pour autant entraver le travail des autres* ». Pour faire passer le message de Modus Vivendi aux autres services, il était nécessaire d'avoir un interlocuteur apprécié des 2 services et qui pouvait transmettre le message. Mon rôle était d'aider l'un avec les infos de l'autre, mais toujours en mettant les différents acteurs au courant. Dans le cadre d'une collaboration entre deux extrêmes que sont police et prévention / réduction des risque, un médiateur connu des deux secteurs est nécessaire, en tout cas dans le cadre de la City Parade. Le médiateur, c'est la santé du patient, et du coup, les deux acteurs sont d'accord. La santé du patient au centre de la collaboration avec le médical comme médiateur, c'est le meilleur médiateur qui soit. Personne ne peut dire « j'ignore la santé du patient ».

2.7. Asbl « Phénix » - Aide et suivi du toxicomane dans son parcours vers l'autonomie

2.7.1. Description de la forme de collaboration

Nature et historique

L'asbl Phénix a été fondée en 1995, sur impulsion et soutien d'hôpitaux psychiatriques, de communautés thérapeutiques, de l'asbl Trempline et de De Sleutel. Les hôpitaux considéraient qu'il n'était pas normal de recevoir autant de demandes de la part de personnes toxicomanes en psychiatrie. Pour palier à ce problème, l'idée était de « faire de l'ambulatoire qui se base sur les outils de la communauté thérapeutique ».

En 1996, le service a ouvert ses portes mais vu la difficulté d'obtenir des subsides, l'institution a finalement du fermer peu de temps après. Namur, à l'époque, avait du mal à reconnaître les problèmes de toxicomanie : « C'est une ville qui voulait surtout montrer que tout était beau et propre ». (secteur prévention : secteur assistance)

Le projet a redémarré grâce à quelques bénévoles et quelques mois plus tard, Phénix a reçu son premier subside du SPF Justice, dans le cadre des mesures judiciaires alternatives. Peu de temps après, le ministère de l'intégration sociale reconnaissait Phénix comme projet pilote en matière d'insertion. Il aura donc fallu huit années pour que le projet soit accepté. Le FOREM est également devenu partenaire en 2006 ainsi que la Région wallonne en 2007. L'asbl phénix apporte au consommateur un service en trois phases : 1) Le service accueil, 2) La gestion du centre de jour en rééducation fonctionnelle, financé par l'INAMI, 3) En collaboration avec le Centre public d'aide social (CPAS) de Namur, la gestion du service insertion.

En ce qui concerne le partenariat avec le CPAS de Namur, Phénix a d'abord été sollicité par la Ville de Gent qui cherchait à mettre en place un projet de réinsertion professionnelle. Ils avaient dans leur programme des usagers qui n'étaient pas prêts à suivre le programme thérapeutique, mais qui pensaient plus à s'en sortir via le travail : « Dans notre période difficile de bénévolat, on a dû faire comme on pouvait : on rénoveit nous-mêmes la maison de Namur, en demandant à des personnes toxicomanes de nous aider dans ce travail. Beaucoup de ces patients nous ont dit que finalement, au delà des groupes de paroles et des rendez-vous avec des psychologues, remettre en couleur la maison, ça les occupait. Ils finissaient leur journée fatigués, ils n'avaient pas consommé et se réjouissaient de revenir le lendemain. Ils étaient plutôt dans l'optique « occupe-moi, fais moi croire de nouveau que je peux rester 3h sans penser à l'héroïne ou à boire 4 bières ». C'était notre constat ».

Partenaires impliqués et division des rôles

Les activités de Phénix concernent essentiellement le curatif. Au sein même de Phénix (service insertion), le CPAS dispose d'une antenne au. Cela permet de répondre sur place aux problèmes des usagers qui relèvent plus de la compétence du CPAS. Le service insertion était à la base un projet pilote approuvé en 2001 par le Vice-Premier Ministre et Ministre du Budget et de l'Intégration Sociale de l'époque, Johan Vande Lanotte. Il s'agit de l'équivalent du service De Sleutel à Gent.

Le CPAS en tant que tel est un organisme social qui a pour objectif la réinsertion de l'individu. Il intervient, entre autres, en cas de perte d'emploi, en cas de perte de mutuelle et soutien l'individu dans son cheminement vers une situation « normale » au niveau social, professionnel et financier. Il peut également jouer le rôle d'organe de prévention, lorsqu'il propose à la personne de se faire aider afin d'éviter que sa situation ne s'aggrave.

Processus de collaboration

La collaboration entre l'asbl Phénix et le CPAS de Namur est plutôt positive, malgré le fait que le public se soit joint au privé. Au-delà de cette collaboration, Phénix travaille également avec une multitude d'autres partenaires dans le domaine psychiatrique, notamment. L'asbl fait également partie du réseau Toxinam. « Une fois par mois, nous avons une réunion où l'on rencontre des psychiatres, qui de près ou de loin connaissent le patient dont on parle et qui nous aident à comprendre un peu plus son « fonctionnement ». On regarde toujours quelle est la structure la plus adéquate pour la personne et on lui propose une autre structure que la nôtre en fonction du problème rencontré mais aussi des desiderata de l'usager. C'est pour cela que l'on travaille beaucoup en réseaux. Nous collaborons aussi avec divers hôpitaux psychiatriques et généraux, des centres de santé mentale, Dianova, les médecins généralistes du réseau ALTO,

Césame⁴⁰,... *La collaboration avec le médical a été plus difficile. Le partage du secret professionnel avec des non médecins est évidemment une des principales sources de ces problèmes* ».

2.7.2 Faire et ne pas faire

Les points forts de la collaboration :

- les réseaux peuvent être considérés comme un effet de mode, mais de plus en plus, les institutions commencent à s'autoréguler et à organiser les réseaux afin d'éviter les doublons ou les financements inutiles d'institutions déjà existantes.

Les points faibles de la collaboration :

- surcharge de réunions et de rapports à rendre, même si cela est nécessaire ;
- difficulté d'accepter d'être jugé, de dévoiler des choses. Comment les informations transmises seront-elles utilisées par les partenaires ou institutions ?;
- « on reçoit les financements en fonction de la fréquentation du centre par les usagers et donc on ne peut pas envoyer tout le monde chez les collègues sinon on a des trous » ;
- attention à la confusion des rôles.

2.7.3. Conditions nécessaires

Les conditions nécessaires à l'amélioration de la collaboration au sein de ce projet sont :

- déterminer plus clairement si le projet est prévu à long terme ou court terme ;
- répartir clairement les tâches ;
- obtenir des financements fixes et plus importants ;
- au sein des réseaux, ne pas mélanger travail financier/administratif et travail clinique. Eviter que l'un ait un impact sur l'autre. ;
- la personne qui représente une institution devrait pouvoir prendre plus souvent une décision au nom de son directeur pour éviter les pertes de temps et les reports de réunions ;
- chaque partenaire doit connaître et respecter les engagements qu'il a pris. Il doit accepter aussi que l'on puisse lui faire des reproches constructifs. *« Quand un de nos partenaires dit que ça fait trois fois qu'on lui dit qu'il y a de la came à Phoenix, il faut l'accepter. Notre rôle, c'est d'être attentif »*
- contacter et rencontrer le voisinage lors de l'ouverture d'une structure comme Phénix. Le rôle de l'institution est de bien montrer aux usagers qu'ils ne peuvent en aucun cas causer des problèmes dans les alentours et risquer de mettre en péril toute l'institution ;
- importance de délimiter un cadre clair. Si les usagers dépassent les limites, c'est important qu'ils aient quelqu'un en face d'eux pour le leur rappeler ;
- pour que le réseau fonctionne, il faut connaître les acteurs de terrain. Savoir qui est au bout du fil lorsque l'on téléphone. C'est donc une nouvelle culture de travail qui doit se développer, une nouvelle façon de fonctionner. Il faut réapprendre à travailler avec l'autre pour arriver à des résultats ;
- il faut développer tout ce qui concerne l'évaluation de projets. En Wallonie, la tendance actuelle consiste trop souvent à ne pas devoir rendre de comptes. Or, les institutions reçoivent des subsides et il est donc normal que les institutions doivent rendre des comptes au pouvoir subsidiant.

2.7.4. Importance de la collaboration intersectorielle

Plus les années passent, plus la personnalité du toxicomane semble se complexifier. Au milieu des années nonante, il y avait beaucoup d'héroïnomanes relativement « facile » à gérer. Aujourd'hui, les usagers sont de plus en plus cocaïnomanes, avec des mélanges de médicaments et d'alcool. Par conséquent, les comportements qui en découlent sont beaucoup plus difficiles à gérer. Il y a également de plus en plus d'usagers présentant un double diagnostic. Pour essayer de faire face à ces nouveaux comportements, Phénix veut susciter chez les usagers le goût de faire quelque chose (trouver une

⁴⁰ Pour plus de détails concernant ces institutions, voir la partie « inventaire » au niveau francophone.

formation,...), quelle chose qui soit une étape entre Phénix et un véritable travail, mais qui permettent à l'usager de se sentir utile, de sentir qu'il peut, pendant une journée, oublier ses problèmes de consommation en s'investissant dans un projet qui lui tient à cœur.

2.8. Lieu de concertation : réseau « CITADELLE » d'aide en toxicomanie

2.8.1. Description de la forme de collaboration

Nature et historique

Le réseau Citadelle existe depuis 1989 mais sa publication au moniteur belge en tant qu'asbl ne date que de 1992. Le réseau regroupe des travailleurs sociaux, médecins et psychologues spécialisés dans l'aide aux usagers et de leurs proches, ainsi qu'à toute personne en difficulté avec la drogue. Ce réseau est actif essentiellement au niveau local (Ville de Tournai).

Il s'agit d'un lieu de concertation. Citadelle n'intervient pas concrètement sur le terrain.

La particularité de Citadelle réside dans le fait qu'il s'agit d'une asbl qui coordonne des professionnels issus de services différents mais qui restent sur leur propre lieu de travail. Par exemple, des médecins généralistes travaillent à la fois en maison médicale et sont impliqués dans le réseau Citadelle. Une partie de leur travail dans leur service concerne la toxicomanie et ils participent donc au réseau. Ils s'engagent à se former et à recevoir des usagers, quand ils ont des places disponibles. Certains de ces travailleurs sont membres de l'assemblée générale ou du conseil d'administration de l'asbl.

Le fonctionnement de Citadelle est tout à fait hybride. Il permet de demander un agrément comme service spécialisé en assuétude, alors que rien n'est centralisé au niveau du réseau. Les usagers viennent chez nous et sont directement informés de la philosophie du réseau.

Objectif

L'objectif du réseau consiste à dispatcher les personnes qui viennent à Citadelle au sein des services généralistes. Au sein de ces services généralistes, l'équipe insiste sur le fait qu'il y a des personnes formées pour traiter les problèmes rencontrés par les usagers.

Citadelle participe, au même titre que d'autres institutions, à diverses plateformes qui réunissent les partenaires du Hainaut occidental, comme la Concertation assuétude du Hainaut occidental (Caho). Le centre est également présent aux réunions de la Fédito wallonne et aux réunions de l'APUD (Atelier prévention et usages de drogues). L'APUD permet de rencontrer, au niveau local, d'autres partenaires qui ne sont ni de la prévention ni du soin, comme le secteur sécurité. Citadelle est donc un lieu de concertation entre les différents services actifs en matière de toxicomanie (santé et bien-être, prévention, assistance, répression).

Partenaires impliqués et division des rôles

La pérennité de Citadelle est liée à la stratégie mise en œuvre au sein du réseau. Dès le départ il y a eu une mise en commun de ce que Citadelle voulait faire. L'objectif était d'être à la fois souple et encadrant, mais en même temps sans trop attendre de chacun. Citadelle ne voulait pas imposer les choses aux membres du réseau, mais justement préparer un plan d'action avec et pour les membres, afin que cela puisse garder du sens pour eux.

A côté de ça, les différents partenaires souhaitaient faire certaines choses de la même façon. Par exemple, il était prévu de signer un contrat avec le patient afin de formaliser la rencontre avec le travailleur. Pour des questions de flexibilité, cela a été abandonné. Les travailleurs voulaient que l'usager vienne et qu'ils puissent écouter ce qu'il avait à dire sans lui forcer la main.

Citadelle et ses partenaires ont une culture commune concernant certaines façons d'aborder les choses avec le patient, ce que l'on va exiger au point de départ. Il y a là une certaine mise en commun qui homogénéise la pratique et permet aux différents partenaires de se comprendre et de comprendre la situation de l'usager. Les quatre principaux membres de Citadelle⁴¹ font partie du secteur assistance et reçoivent les usagers de drogue sur renvoi effectué par le service accueil de Citadelle.

⁴¹ Maison médicale de Tournai, Maison médicale « Le Gué », Service de santé mentale du Tournais, Centre provincial de guidance psychologique.

La Ville, au travers du projet de prévention des assuétudes et de l'exclusion sociale, qui est un projet de travail de rue, voulait compléter le dispositif déjà existant en matière de toxicomanie, mais en aucun cas se substituer à d'autres services existants. Elle a donc décidé d'adjoindre un axe exclusion sociale destiné à toute personne dans le besoin mais aussi aux usagers en situation précaire.

Un service comme Canal J (aide en milieu ouvert pour jeunes) n'était pas centré principalement sur le phénomène de la consommation. « *Nous avons été confronté à la toxicomanie lors d'une réflexion concernant les « méga dancings » et l'importante consommation d'ecstasy* ». Depuis ces actions, Canal J participe, au sein de Citadelle, à divers projet comme par exemple le projet Périscope. On doit parfois rencontrer le politique pour leur expliquer ce que l'on fait, qu'on veut un service décentralisé et dispersé dans la Ville parce que c'est notre méthode. Ca nécessite du temps, de la clarification, c'est important, mais jusqu'à présent, c'est accepté et reconnu.

Au niveau du secteur sécurité (justice), la personne interviewé mentionne le manque d'organisme en matière de toxicomanie dans les années 80. Or, les villes de grande et moyenne importance faisaient déjà face à de véritables foyers de toxicomanie.

Pour essayer de sauver les toxicomanes déferés devant le parquet, l'objectif était d'obtenir un mandat d'arrêt de quelques mois, le temps que les usagers « essayent de se refaire un peu ». Comme il n'y avait pas encore trop de problème de consommation dans les prisons, c'était la solution la moins pire. C'est également à cette époque que le parquet nous avait beaucoup de difficultés avec les hôpitaux qui n'étaient pas toujours désireux de prendre en charge les usagers de drogue, soit disant parce qu'il n'y avait pas de section prévue pour ce genre de patient. Les magistrats du parquet devaient donc parfois aller jusqu'à menacer les hôpitaux de non assistance à personne en danger pour que l'utilisateur soit pris en charge.

Lorsque Citadelle s'est mis en place, le parquet de Tournai s'est directement proposé pour collaborer dans le sens d'une probation vis-à-vis des usagers, mais également pour essayer de mettre des choses en place dans les écoles en matière de prévention, prévoir un encadrement thérapeutique spécifique, ... Cette démarche était assez innovante et il fallait faire fonctionner côte à côte deux mondes qui ont des façons de travailler assez différentes, mais aussi une vision par rapport au phénomène de consommation de drogue différente. Par ailleurs, le monde médical avait une certaine méfiance à l'égard du parquet. Nous avons donc dû apprendre à nous connaître, à savoir comment l'un et l'autre travaillaient et petit à petit, nous avons appris à nous respecter et à comprendre le point de vue de chacun.

2.8.2. Faire et ne pas faire

La collaboration fonctionne très bien. Citadelle est bien implanté à Tournai et la complicité entre institutions au sein de la Ville est très forte. Cependant, l'intérêt des personnes et les priorités de certains centres peuvent changer. Citadelle n'est donc pas à l'abri de professionnels qui quittent le réseau. L'incertitude liée au financement et les conditions de travail qui en découle n'est pas étrangère au retrait de certains services.

Auparavant, il n'y avait même pas de travailleur propre à l'asbl en raison du manque de moyens. Petit à petit, quelques travailleurs ont pu être engagé et obtenir un cadre plus ou moins stable. Mais dans la majorité des cas, les acteurs travaillent dans des conditions très difficiles. « *Le secteur de la toxicomanie est un peu à l'image des personnes dont il s'occupe : à la recherche de repères. En Flandres, le système est tout autre. Je ne dis pas que j'aimerais travailler dans les services là-bas, mais c'est une autre logique, avec des services qui ont une garantie de fonctionnement qui permet un fonctionnement plus serein.* »

Les points forts de la collaboration :

- les réunions effectuées permettent de redéfinir les missions de chacun, tout en gardant ses spécificités ;
- Tournai étant une petite ville, tout le monde se connaît et la collaboration est du coup beaucoup plus aisée. Chacun peut discuter librement et profiter de l'expérience de l'autre ;
- moins de phénomène de concurrence entre institutions que l'on retrouve dans les grandes villes ;
- richesse de la complémentarité entre les différents services ;

- possibilité de mettre en œuvre des projets larges, tant au niveau du territoire qu'au niveau de la population ;
- pouvoir appréhender certains phénomènes dans toute leur amplitude ;
- « *dans le social, on ne peut plus travailler seul... Les problèmes sont trop larges et les difficultés touchent énormément de domaines différents* ».

Les points faibles de la collaboration :

- les réunions sont particulièrement lourde au niveau du temps investi ;
- dissensions, conflits et différences d'orientations dans la façon de gérer le traitement. C'est quelque chose qui reste cependant inhérent à un travail en collaboration ;
- difficultés financières et précarité d'emploi, même sur le long terme. De plus, le travail en collaboration avec d'autres services entraîne des surcoûts. Même quand un service est agréé et a l'assurance d'obtenir un financement, l'argent arrive en retard et il faut donc pré-financer ;
- subventions facultatives et incertaines, tracasseries administratives ;
- utilité des grands réseaux ? « *Tout le monde cause mais rien de concret ne ressort* » ;
- « *les réseaux, c'est bien, mais attention aux phénomènes de mode limités dans le temps !* » ;
- découvrir l'autre et savoir ce qu'il fait est quelque chose de positif, mais cela prend énormément de temps et d'énergie ;
- trop de patients et trop peu de personnel et donc manque de disponibilité. « *Dès que c'est les congés, on ne sait plus accueillir de nouvelles demandes* ».

2.8.3. Conditions nécessaires

Les conditions nécessaires à l'amélioration de la collaboration au sein de ce projet sont :

- dès le départ, ne pas empiéter sur le terrain de l'autre, rester dans son cadre d'action et accepter de déléguer quand le cadre d'action est inadéquat ;
- avoir de vrais acteurs de terrain aux différents niveaux de pouvoir actifs en matière de toxicomanie ;
- s'accorder sur la question délicate du secret professionnel. Comment faire en sorte que plusieurs acteurs de secteurs totalement différents puissent communiquer entre eux sans pour autant tout dévoiler ? Jusqu'où peut aller le secret professionnel partagé ?;
- parfois, difficultés à identifier les partenaires actifs en matière de toxicomanie parce que les missions de ces derniers ne sont pas connues ou pas claires. Il s'agit de remédier à cela afin de pouvoir orienter les usagers de façon pertinente ;
- « *une stabilité de financement serait un atout, un véritable financement également* »
- former les gens à travailler ensemble. Créer des coordinations, établir des collaborations au sein de réseau est quelque chose de primordial. Cependant, les personnes qui intègrent un réseau au nom d'une institution doivent prendre leur place, se faire connaître dans un réseau au sein duquel les institutions ne vont pas forcément « jouer cartes sur table ». « *C'est difficile de dire « c'est dans mes attributions mais je n'ai pas le temps, pas les moyens, ou je n'ai pas envie de le faire pour telle ou telle raison* » ;
- créer un climat qui soit réellement propice à de vrais échanges entre institutions. Il faut savoir qui fait quoi, les moyens qui sont disponibles mais aussi la volonté de réellement travailler dans une logique de collaboration. « *Je crois souvent à raison que le médecin (et le monde médical) doit, s'il veut avoir la confiance et garder sa patientèle, il ne doit pas commencer à cafter. Où alors avec un contrat clair exposé aux patients délinquants en limitant les choses qui seront communiquées* »
- connaître l'objectif du réseau auquel je participe. S'agit-il d'un réseau interprofessionnel de large amplitude dont l'objectif est plus un partage de savoir entre théoriciens de Belgique et d'ailleurs ou s'agit-il d'un réseau intersectoriel plus local entre acteurs de terrain, centré autour du patient et dont l'objectif est d'aider ce dernier dans son parcours ?
- « *le niveau local est clairement le niveau d'où peut provenir de vraies actions en collaboration. Des gens qui se connaissent, qui travaillent ensemble et qui peuvent se « connecter » très vite sur un projet en commun* »
- établir un « quadrillage », séparer la Ville, la Région en différents territoires, afin d'éviter que trois institutions qui font la même chose interviennent sur un même territoire ;

2.8.4. Importance de la collaboration intersectorielle

Les réunions d'équipe à Citadelle concernent essentiellement les traitements de substitution ou d'autres types de suivi, mais toujours autour de la question de la substitution. Environ 90% des demandes des patients concernent la substitution.

Le réseau Citadelle ne souffre d'aucune critique particulière. Sa façon de fonctionner semble même être considérée comme une bonne pratique. Les entretiens ont cependant fait ressortir plusieurs points qui interpellent :

Tout d'abord, l'expression « politique intégrale et intégrée ». Les relations de pouvoirs entre acteurs sont telles que la mise en place d'une telle politique semble prématurée.

« D'abord, apprenons à nous connaître. Créer des coordinations et des collaborations, c'est à la mode, mais en soi cela ne va rien résoudre si les gens ne sont pas convaincus qu'ils doivent vraiment se mettre à nu : « ça je prends ou pas pour telle raison ». Mais ce n'est pas demain la veille que l'on va y arriver. »

La question du manque de financement est également évoquée par tous les répondants. Certains envisagent un financement unique pour chaque secteur, afin de clarifier les choses.

Le cadre légal devrait également être revu. Une législation claire, bien cadrée mais flexible serait une solution. Chaque acteur pourrait ainsi aisément voir s'il rentre ou non dans le cadre fixé et la discussion entre acteurs s'en verrait facilitée. Le problème reste cependant le même pour tous les cas « bordeline ».

Concernant les plateformes de concertation et les formes de collaboration, *« on se demande s'il n'y a parfois pas trop de coordination au niveau fédéral et régional, trop d'organismes qui font la même chose ».*

Le terme réseau est parfois source de confusion. Qu'entend-on exactement par réseau ? Personne ne conteste le fait que se réunir pour discuter entre acteurs est quelque chose de primordial et que le fait de se confronter (et d'être confronté) aux pratiques des autres est un atout. Cependant, ce n'est pas parce qu'on est autour d'une même table que l'on est en réseau. Derrière ce vocable, plusieurs choses peuvent être envisagées :

- discussion entre acteurs de différents secteurs sur un même sujet ;
- mission commune entre acteurs ;
- création de liens entre professionnels (de la santé, de la prévention, de la justice) pour discuter des traitements, des patients et prendre connaissance du point de vue des autres acteurs et des problèmes qu'ils rencontrent ;

Le réseau devrait plutôt être un outil au service d'un groupe cible spécifique (dans le cas présent, l'usager de drogue) et non une fin en soi. C'est une façon de travailler en groupe qui sert à améliorer la pratique, mais qui concrètement ne permet pas que l'usager aille mieux.

2.9. Conclusion générale

L'analyse des entretiens nous montre à quel point la question des drogues et de sa consommation constitue un sujet sensible. Non seulement la consommation de drogue est une thématique complexe en elle-même, mais la gestion de cette question est rendue encore plus complexe par le nombre de pouvoirs compétents en la matière et par les multiples financements qui émanent de ces autorités. Savoir qui est financé par quelle autorité et pour quelle raison relève déjà du parcours du combattant, mais *« lorsque l'on sait que chacune des entités fédérées dispose de champs de compétences et de pouvoirs normatifs relativement autonomes, on devine aisément le nombre de disposition susceptibles d'intervenir dans l'organisation du système répressif, de la prévention des assuétudes ou de la prise en charge des usagers de drogues »* (C. Jeanmart, 2008).

La multiplication des acteurs au sein des différents secteurs a par ailleurs poussé les autorités à envisager la mise en place de réseaux et de plateformes de concertation. Les acteurs de terrain n'avaient pas attendu les autorités pour collaborer et établir divers réseaux informels entre eux. C'est en tout cas un élément qui ressort des entretiens. Ressort également du dépouillement des entretiens l'importance de la collaboration et de la coordination. Les répondants, tous secteurs confondus,

reconnaissent l'importance et la nécessité de travailler de concert dans un domaine où agir seul devient difficile voir même insensé. Ils sont également tous demandeurs d'une meilleure organisation des collaborations et concertations.

Pour cela, divers points sont à prendre en considération : tout d'abord, les acteurs actifs au sein d'un même réseau doivent parler le même langage et prendre en compte le même public. Une cartographie des services et de ce qu'ils font concrètement devrait être élaborée, afin de pouvoir déterminer, au niveau d'un territoire bien précis, ce qui existe ou ce qui n'existe pas. Cela éviterait non seulement de mettre en place des projets déjà existant (et donc d'éviter d'avoir sur un même territoire plusieurs institutions qui font la même chose), mais aussi de renvoyer plus facilement les usagers vers le service le plus adapté. Ensuite, une égalité au sein des réseaux entre institutions publiques et privées devrait être instaurée afin que les décisions arrêtées représentent vraiment l'ensemble des acteurs. Enfin, il serait préférable de nommer comme responsable d'un réseau, une personne indépendante, active en matière de toxicomanie, mais qui n'appartiendrait à aucun des services présents au sein du dit réseau. Par ailleurs, il faudrait pouvoir obtenir des financements spécifiques pour que ces personnes puissent se consacrer exclusivement à la gestion et à l'organisation du réseau ou de la plateforme de concertation.

Au niveau politique, des réseaux larges et des contacts avec les institutions néerlandophones permettrait aux acteurs actifs en matière de toxicomanie d'être plus « forts » face aux pouvoirs publics. En revanche, en ce qui concerne le travail sur le terrain avec les usagers, les réseaux à grande échelle n'ont pas vraiment de raison d'être. *« Pour travailler avec Mr X, usager qui habite rue du Château à Tournai, nous avons besoin d'un partenariat très local, d'un réseau institutionnel le plus local possible. Si on pouvait avoir du résidentiel non hospitalier sur place, ce serait intéressant. Il faut que le maillage institutionnel autour du patient soit local ».*

Au-delà des problèmes liés à la collaboration entre acteurs et à la mise en place de réseaux, d'autres problèmes plus profonds sont également mentionnés.

Information auprès de la population et sensibilisation

La plupart des individus ont des croyances généralement erronées, des fantasmes ou des craintes vis-à-vis du phénomène de la drogue, simplement parce que personne n'a jamais pris la peine de les informer. La question des assuétudes interpelle en raison de sa prohibition mais aussi parce que les pouvoirs publics semblent considérer cette question comme un sujet tabou. C'est pourtant aux pouvoirs publics qu'il revient d'informer la population, or cela ne semble pas être le cas : *« le devoir d'éducation et de responsabilisation des individus en la matière n'est absolument pas rencontré ».*

Séparation drogues dures et cannabis – alcool et tabac : quel cadre législatif ?

Ce point est délicat dans la mesure où il est surtout d'ordre idéologique mais aussi parce qu'il remet en cause le positionnement des autorités par rapport à la question des drogues dites « dures ». Certains acteurs interviewés posent la question de la légalisation de l'usage de tous les produits stupéfiants mais aussi de la séparation entre drogues dures, cannabis et alcool, tabac, séparation qui pour eux est injustifiée. Même si dans notre pays, l'idée paraît un peu utopique⁴² et extrêmement compliquée à mettre en œuvre sur le plan technique, une légalisation de l'usage des produits stupéfiants est de plus en plus plébiscitée par les acteurs du terrain. Une légalisation semblerait en tout cas plus cohérente que le système actuel : on pourrait envisager une vente exclusive des produits en pharmacie et des contrôles de qualité réguliers. Une légalisation contrôlée et cadrée en quelque sorte.

Certains acteurs interviewés nous ont également fait part de leurs interrogations concernant le traitement différencié entre drogues dures (cocaïne, héroïne) et cannabis d'une part, et entre drogues dures et alcool, tabac, d'autre part. Tous, sans exception, constatent que l'alcool est une drogue bien plus dangereuse que beaucoup d'autres drogues labellisées comme telles. Ainsi, en matière de consommation, l'héroïnomanie n'est dangereux que pour lui-même, alors que l'alcoolique est

⁴² Pour rappel, des pays comme le Portugal où l'Italie ont dépénalisé l'usage de stupéfiants pour consommation personnelle. Les Pays Bas ont également depuis longtemps dépénalisé la consommation de cannabis.

dangereux pour lui-même et les autres. La différenciation effectuée entre les drogues dures et l'alcool n'a pas de raison d'être, si ce n'est que l'alcool est une drogue socialement acceptée. « *Si on veut être répressif, il faut être aussi répressif dans les bistrot et pas répressif uniquement sur une pilule, si on accepte que boire un verre n'est pas un problème* ». A l'heure actuelle, plus rien ne justifie que l'on mette le cannabis et l'alcool sur un pied différent, si ce n'est des raisons politiques, historiques et de culture sociale.

Politique intégrale et intégrée

Le principe « politique intégrale et intégrée » est séduisant. Si tout le monde semble enchanté par cette idée, la question se pose de savoir comment atteindre un objectif aussi ambitieux sans préalablement repenser à certaines choses. Ainsi, beaucoup préconisent avant tout une clarification au niveau législatif et une simplification de la législation afin que les travailleurs puissent y voir plus clair. Beaucoup d'acteurs interviewés pensent par ailleurs que les choses iraient beaucoup mieux et que tout le monde se sentirait plus à l'aise par rapport à la législation si ce qui est permis ou interdit était clairement indiqué.

Le consommateur de produits stupéfiants est quelqu'un qui va mal et qui, en consommant, « fait de l'automédication ». Dès lors, les acteurs se posent les questions : Pourquoi le droit pénal intervient-il ? Pourquoi certains produits sont licites et d'autres pas et sur base de quels critères ? De telles différences au niveau légal complexifient la compréhension de ces législations, surtout pour le consommateur. La prohibition de certains produits rend par ailleurs les choses encore plus compliquées. Les services de prévention, par exemple, sont souvent confrontés à des problèmes de confidentialité et doivent mettre une grande distance par rapport aux forces de l'ordre. « *Il faut être attentif à l'image que l'on donne parce que cela pourrait être mal interprété par notre public* ».

Enfin, dans la mesure où la consommation de drogue est considérée comme un problème de santé publique, les personnes rencontrées se demandent quel rôle la police et la justice jouent-elles au sein de cette problématique ?

Le secteur de la justice lui-même s'interroge. Consommer de la drogue est une infraction selon la loi, mais pourquoi est-ce une infraction ? Est-ce une infraction parce que la loi le dit ? Quel est le fondement de la loi, quelle est sa *ratio legis* ? Une poignée de magistrats du siège et du parquet semble maintenant convaincue que la justice n'a plus de rôle à jouer en matière de consommation de drogue dans la mesure où la simple consommation n'est plus considérée comme un problème pénal, mais bien un problème de santé publique. « *L'intervention du ministère public à l'égard des consommateurs de produits stupéfiants respecte les principes selon lesquels la consommation de produits stupéfiants est avant tout un problème de santé publique et l'emprisonnement du consommateur de drogue constitue la solution ultime. L'approche n'est donc pas conditionnée par un impératif de répression mais par la définition de contribution du ministère public dans une action sociale de prévention secondaire multidisciplinaire et concertée. Il n'est pas contradictoire de considérer que l'action du ministère public peut être guidée par un impératif de santé publique (...)*⁴³ »

La loi du 24 février 1921

Le présent paragraphe est l'occasion d'aborder le manque de clarté de la loi de 1921. En 2002, le législateur a intégré dans la loi la définition du traitement de substitution⁴⁴. Cette définition est intéressante dans la mesure où elle précise que le traitement de substitution vise, « *dans le cadre d'une thérapie, à améliorer sa santé et sa qualité de vie, et à obtenir si possible le sevrage du patient* »⁴⁵. Le législateur, bien informé, s'est rendu compte que pour certaines personnes, avoir une vie sociale normale était impossible sans « une béquille chimique »⁴⁶. Cet article prône donc la tolérance et permet à un certain type d'usagers de vivre en permanence avec des opiacés. Ce qui est pour le moins paradoxal, c'est que l'article 2, 1° de la loi de 1921 permet un emprisonnement ou une amende en cas

⁴³ Partie d'article rédigée par une personne interviewée. L'article n'a pas fait l'objet d'une publication.

⁴⁴ Loi du 22 août 2002 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, M.B., 1er octobre 2002.

⁴⁵ *Op. cit.*, art. 2, alinéa 1, point 4.

⁴⁶ Entretien, 12 septembre 2008.

de conservation et de délivrance des substances concernées⁴⁷. « La clarté dérange parce qu'on se sent lié, mais c'est une erreur. Quand les choses sont claires, on peut définir une position à court, moyen ou long terme et on sait où on va. Ici on nage à vue et on perd un temps fou et une énergie dingue à cause de ça. Par ailleurs, on est toujours dans les rapports de pouvoir, dans une lutte pour la vie, au travers des institutions. Les usagers de drogue ne sont qu'un alibi, ils subissent tout cela. »

Le manque de clarté et les imprécisions au niveau législatif semblent cependant être profitables pour tous. Si l'utilisateur est victime de cela, il profite également des zones d'ombre pour « faire son marché ». « Il circule d'institution en institution et épuise tout ce que cette institution peut lui donner, en chantant sa propre chanson. Pourtant, l'objectif est de rendre l'utilisateur responsable et autonome pour ne plus qu'il dépende du système. Le travailleur social, le psychiatre doit se rendre compte de sa part de responsabilité mais doit aussi faire savoir à l'utilisateur qu'il ne pourra tout faire pour lui. C'est souvent à ce moment qu'il y a un point de rupture entre l'utilisateur et le travailleur. Il se rend auprès d'une autre institution et recommence la même chose et ainsi de suite. Ce flou arrange tout le monde. Le même usager passe partout et justifie la présence des institutions sur le terrain ». Dans la mesure où les subsides octroyés dépendent parfois du nombre de patients pris en charge, c'est une situation qui en arrange beaucoup.

Les différents éléments soulignés tout au long de l'analyse des entretiens et de la conclusion nous permettent de constater que la mise en œuvre d'une vraie politique intégrale et intégrée nécessite avant tout une série d'arrangements à différents niveaux afin de pouvoir véritablement devenir réalité.

3. Slotbeschouwingen: integratie resultaten interviews

Voor de selectie van respondenten voor de organisatie van interviews in België werd de inventaris van bestaande samenwerkingsverbanden gebruikt. Uit deze inventaris werden samenwerkingsverbanden geselecteerd. Vervolgens werden de partners uit deze samenwerkingsverbanden bevestigd. Hiernavolgend leggen de onderzoekers de resultaten van de interviews in Nederlandstalig en Franstalig België naast elkaar. Ten eerste wordt gekeken naar parallellen en verschillen voor elk type van samenwerkingsverband om te komen tot de identificatie van do's en don'ts en randvoorwaarden per type samenwerkingsverband. Ten tweede kunnen sectoroverschrijdende randvoorwaarden en do's en don'ts gemeen aan alle samenwerkingsverbanden worden onderscheiden.

3.1 Do's en don'ts en randvoorwaarden per type samenwerkingsverband

Samenwerking in kader van het Pilotproject “Proefzorg” en Pilotproject “Praetoriaanse probatie”

- Installatie figuur die fungeert als tussenschakel tussen de sector veiligheid en de hulpverlening

Dergelijke werkwijze schept meer duidelijkheid en heeft als gevolg dat er niet wordt geraakt aan de finaliteit van iedere sector. Met de installatie van een figuur als tussenschakel is er een duidelijk onderscheid tussen sectoren en geen inmenging wat waarborgt dat de hulpverlening geen verlengstuk wordt of ten dienste staat van justitie. Op deze manier kan een stuk tegemoet worden gekomen aan de bezorgdheid en bestaande discussies terzake.

- Opstellen van een overeenkomst of protocol om de samenwerking vast te leggen

Op die manier worden taken, verantwoordelijkheden en grenzen waarbinnen een sector bijdraagt aan de samenwerking vastgelegd. Dergelijk protocol is dan niet enkel een voorwaarde om de procedure van samenwerking te concretiseren maar is ook een randvoorwaarde opdat iedere sector weet waar de grenzen liggen met respect voor ieders finaliteit. Dit zorgt voor waarborgen van het beroepsgeheim met als gevolg dat de samenwerking ook haalbaar is voor de hulpverlening.

Met het Pilotproject Proefzorg in het gerechtelijk arrondissement Gent werden de verantwoordelijkheden van iedere partner vastgelegd in een akkoord. Als gevolg is er een

⁴⁷ 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, Art. 2, 1^o, M.B., 6 mars 1921 (mise à jour le 28 décembre 2006).

uitgeschreven samenwerkingsprocedure met beschrijving van de taken en verantwoordelijkheden van iedere partner.

- Respecteren van het beroepsgeheim

De samenwerking tussen beide sectoren loopt vlot en is voor een groot deel te wijten aan de aandacht die wordt besteed aan de deontologie waarbij het beroepsgeheim wordt gerespecteerd. Justitie dient enkel op de hoogte te worden gebracht of de cliënt zich al dan niet heeft aangemeld bij de hulpverlening. Informatie die hulpverleners vernemen in hun relatie met de cliënt blijft vertrouwelijk en wordt niet gerapporteerd aan justitie. Dit zorgt ervoor dat iedere sector trouw kan blijven aan zijn finaliteit en maakt samenwerking mogelijk.

- Nood aan voldoende en afgestemd hulpverleningsaanbod met betrokkenheid van de welzijn- en gezondheidssector

Het voornaamste knelpunt dat steeds terugkeert, is het probleem van een onvoldoende of onafgestemd hulpverleningsaanbod. Met als gevolg dat de doelstelling in het gedrang komt en niet op een snelle en efficiënte manier kan worden doorverwezen. Bovendien is er een noodzaak om de hulpverlening niet enkel te oriënteren naar de drugproblematiek maar ook naar andere levensdomeinen. Een tweede doorverwijzing vanuit de hulpverlening naar de welzijn- en gezondheidssector dringt zich dan ook op. De welzijn- en gezondheidssector dient daarom uitdrukkelijk te worden opgenomen als partner.

- Nood aan voldoende financiering

Een beperkte financiering van de samenwerking kan de continuïteit in het gedrang brengen. In het kader van het Pilotproject “Praetoriaanse probatie” in het gerechtelijke arrondissement Luik is geen geld voorzien voor administratieve ondersteuning terwijl dit wel als randvoorwaarde wordt beschouwd in het Pilotproject Proefzorg in het gerechtelijk arrondissement Gent. In het kader van het Pilotproject Proefzorg is er sprake van een beperkte financiering voor de hulpverlening. Er is voorzien in de aanstelling van een personeelslid voor het hulpverleningstraject maar werkingskosten worden niet gedekt. Het beschikbare budget laat niet toe iemand in dienst te nemen met anciënniteit.

Samenwerking in het kader van hulpverlening aan gedetineerden

- Gebrek aan hulpverlening tijdens de detentie

Hier kan een onderscheid worden gemaakt tussen hulpverlening tijdens de detentie en met het oog op de vrijlating. Hier wordt er gewezen op een hiaat. Dit gebrek wordt ervaren als knelpunt gezien de drugproblematiek in de gevangenis. Bovendien is hulpverlening na de vrijlating essentieel in kader van sociale reïntegratie en nazorg. Het aanbod is vaak niet afgestemd op de doelgroep.

- Nood aan opleiding

Indien samenwerkingsverbanden worden opgezet in de gevangenis met externe partners is het belangrijk te voorzien in opleiding. Externe hulpverleners, preventie- of welzijnswerkers die zorg aanbieden aan gedetineerden tijdens detentie of met oog op de vrijlating dienen immers rekening te houden met regels en normen die gelden in een penitentiaire inrichting. Kennis van en het respecteren van deze regels kan conflicten tussen het gevangenispersoneel en sectoren extra muros voorkomen. Aan de andere kant is het ook een randvoorwaarde om het gevangenispersoneel op de hoogte te brengen van nieuwe initiatieven die worden opgezet in de gevangenis om de legitimiteit en het draagvlak van de samenwerking te vergroten.

- Respect voor ieders autonomie door kennis van elkaars werking en finaliteit

Het aanbieden van opleidingen heeft als gevolg dat partners meer respect kunnen opbrengen voor ieders autonomie en werkkader. Kennis van elkaars werking en finaliteit is immers een randvoorwaarde om dit te bereiken en maakt een goede samenwerking mogelijk.

- Samenwerking formaliseren

Gezien intersectorale samenwerking verschillende finaliteiten samenbrengt is het noodzakelijk om hierin helderheid te scheppen door de rol en taak van iedere partner duidelijk te omschrijven. Idealiter dient dit te worden geformaliseerd aan de hand van een overeenkomst.

- Noodzaak aan aanbod afgestemd op de doelgroep

Om het objectief van nazorg en sociale reïntegratie te realiseren is het een randvoorwaarde te voorzien in een aanbod afgestemd op de doelgroep. Desondanks is er een gebrek aan doorverwijzingmogelijkheden. Enerzijds is er sprake van een niet gediversifieerd aanbod met als gevolg dat er geen antwoord kan geboden worden op de hulpvraag. Anderzijds is er sprake van een gebrek aan samenwerking met partners uit de welzijn- en gezondheidssector om te kunnen werken aan de woon- en werksituatie met het oog op vrijlating.

Indien er al initiatieven worden opgezet voor gedetineerden met een drugproblematiek, blijkt het immers ook moeilijk deze doelgroep te bereiken omwille van stigmatisering. Het is nodig om aandacht te hebben voor de implementatie van laagdrempelige voorzieningen.

- Onvoldoende voorzieningen voor (ex)gedetineerde met een dubbele diagnose problematiek

Dubbele diagnose patiënten met een gerechtelijk verleden blijven een restgroep waar onvoldoende aangepaste voorzieningen voor zijn.

- Regelmatig bijeenroepen van de Lokale Stuurgroep Drugs

In iedere gevangenis in België is een Lokale Stuurgroep Drugs geïnstalleerd voor de implementatie van een drugbeleid in de gevangenissen, waarvan de beleidslijnen worden uitgezet in de Centrale Stuurgroep Drugs. De Lokale Stuurgroep Drugs is een nuttig orgaan om geplande of lopende initiatieven en eventuele problemen te bespreken. Vanuit dit kader is het wenselijk om deze stuurgroep op meer regelmatige basis bijeen te roepen.

Samenwerking in het kader van vroeginterventie

- Nood aan een afgestemd aanbod en overleg tussen sectoren die zich profileren rond vroeginterventie

Aangezien vroeginterventie zich situeert tussen preventie en hulpverlening richten zowel de sector preventie, hulpverlening als ook de welzijn- en gezondheidssector zich tot deze thematiek. Een onvoldoende afgestemd aanbod waarbij sectoren naast elkaar gelijkaardige initiatieven opzetten op overlap in aanbod kan bijgevolg een knelpunt zijn. Om hier aan tegemoet te komen is het dan ook een randvoorwaarde om te investeren in overleg tussen alle sectoren die zich profileren rond vroeginterventie om klaarheid te krijgen in ieders rol en dubbel werk te vermijden.

- Klarheid brengen rond het concept van vroeginterventie

Vroeginterventie wordt soms nog ervaren als een vaag, nog onvoldoende afgelijnd concept. Om samenwerkingsverbanden hier rond te kunnen realiseren is het noodzakelijk eerst klaarheid te brengen in het concept samen met het werkveld. Vervolgens kan worden gewerkt aan de afstemming van het bestaande aanbod of aan nieuwe initiatieven.

Gezien vroeginterventie een werkvorm is in volle ontwikkeling is zeker hier een politiek draagvlak en ondersteuning noodzakelijk.

Samenwerking in het kader van de drugproblematiek en aanverwante problematieken: vergeten doelgroepen

In dit kader werd gekozen om respondenten uit het Project Nachtopvang te Gent te bevragen. Dit initiatief is gericht naar de opvang van daklozen waar vaak een drugproblematiek wordt vastgesteld al dan niet gekoppeld aan een psychiatrische problematiek. In Franstalig België kon geen gelijkaardig initiatief worden geïnventariseerd en werk gekozen voor een samenwerkingsverband gericht naar dubbele diagnose patiënten tussen de welzijn- en gezondheidssector en de hulpverlening.

Deze samenwerkingsverbanden verschillen wat betreft betrokken sectoren en doelstellingen maar er zijn toch parallellen te constateren. Beide initiatieven richten zich naar moeilijk bereikbare

doelgroepen. Vanuit dit uitgangspunt wordt getracht deze samenwerkingsverbanden te analyseren en do's en don'ts te identificeren.

- *Belang van terugkoppeling naar praktijkwerkers*

Vooraf voor dit soort van initiatieven blijkt de terugkoppeling van praktijkwerkers naar leidinggevend van het samenwerkingsverband een randvoorwaarde voor het in stand houden van de samenwerking. Praktijkwerkers staan immers als eerste in contact met de doelgroep waardoor zij op belangrijke wijze bijdragen aan de bijsturing van het initiatief. De verder zetting van de samenwerking is immers afhankelijk van het feit of de doelgroep al dan niet wordt bereikt, gezien dit de grondslag is waarop de samenwerking steunt. Inzicht in de noden en behoeften van de doelgroep moeten gesignaleerd worden om de doelstelling en bijgevolg de samenwerking te doen slagen. Professionelen op het terrein zijn hiervoor aangewezen figuren.

- *Belang van coördinatie*

Aangezien verscheidene partners en voorzieningen moeten worden ingeschakeld om samen de aanpak van deze multi-problematiek aan te pakken is coördinatie van primordiaal belang. Het is noodzakelijk dat de rol van iedere partner duidelijk is zodat geweten is op welke partner beroep kan gedaan worden om tegemoet te komen aan de verschillende aspecten van de hulpvraag van de doelgroep.

In het samenwerkingsverband nachtopvang te Gent is ook de politie een betrokken partner. Het welzijn- en gezondheidsperspectief staat voorop in de samenwerking maar botst niet met de finaliteit van de sector veiligheid. De taak van politie is niet om repressief op te treden maar om daklozen op straat door te verwijzen met oog op nachtopvang. Op deze manier wordt het gezondheidsperspectief gekoppeld aan het veiligheidsperspectief aangezien deze doorverwijzing leidt tot minder overlast.

Samenwerking in het kader van de drugproblematiek in het uitgaansleven

Naar aanleiding van mega dance-events dringt de noodzaak tot samenwerking met verschillende diensten zich op. Het garanderen van de openbare orde staat voorop maar gelet op de relatie tussen druggebruik en het uitgaansleven is ook de drugproblematiek een centraal aspect. De samenwerking is uitgebreid en gaat van repressief optreden tot medische verzorging en het aanbieden van schadebeperkende informatie.

- *Nood aan duidelijke rolverdeling en verantwoordelijkheid*

Talrijke partners maken deel uit van de samenwerking maar vormt geen knelpunt. Voorwaarde is dat er duidelijkheid is betreffende de rol en verantwoordelijkheid van iedere partner. Er worden voldoende overleg- en coördinatiemomenten voorzien om hieraan tegemoet te komen.

Samenwerking in het kader van de ontwikkeling van een lokaal integraal en geïntegreerd drugbeleid

- *Ontwikkelen van een strategisch- of actieplan met betrokkenheid van alle partners*

Indien sectoren zich verenigen om een lokaal drugbeleid te ontwikkelen en implementeren is een strategisch- of actieplan noodzakelijk zodat duidelijk is voor partners waar men naar toe wil en op welke manier de doelstellingen moeten bereikt worden.

Om het draagvlak te vergroten van de doelstelling en initiatieven die hieruit voortvloeien is het een randvoorwaarde om alle partners te betrekken in de ontwikkeling van het strategische- en actieplan. In dergelijke overleggraden krijgt het beleid vorm en inhoud. Het is dan ook noodzakelijk dat er een terugkoppeling is naar het werkveld om ondernomen acties toe te lichten en de legitimiteit ervan te verhogen.

- *Noodzaak van een mandaat*

Aangezien in dergelijke samenwerkingsverbanden het beleid tot stand komt, is het van belang dat verschillende vertegenwoordigers van de sectoren een beslissingsbevoegdheid hebben. Een **mandaat** om beslissingen te nemen is noodzakelijk om resultaat en voortgang in de samenwerking te boeken. Ook vanuit dit oogpunt is het belangrijk om de terugkoppeling naar de achterban te verzekeren om

implicaties van een beslissing op hoger niveau te duiden opdat acties waartoe wordt beslist ook werkelijk kunnen gerealiseerd worden.

3.2 Sectoroverschrijdende do's en don'ts en randvoorwaarden gemeen aan alle samenwerkingsverbanden

- *Het gebrek aan financiering is een terugkerend knelpunt*

Een tekort aan middelen is een bedreiging voor de continuïteit van samenwerkingsverbanden tussen sectoren. Voldoende middelen zijn randvoorwaarde om te vermijden dat partners zich terugtrekken binnen de eigen sector, ten koste van intersectorale samenwerking en realisatie van een integraal en geïntegreerd drugbeleid.

- *Teneinde intersectorale samenwerking te bevorderen is het noodzakelijk om intrasectoraal overleg te organiseren*

Op deze manier kan zowel de achterban als andere organisaties die tot de sector behoren, worden geïnformeerd en betrokken bij de samenwerking die bestaat tussen andere sectoren. De intersectorale samenwerking kan rekenen op een groter draagvlak en sectoroverschrijdend werken wordt gestimuleerd.

- *Een duidelijke taakverdeling is een terugkerende randvoorwaarde om samenwerking mogelijk te maken en te bevorderen*

Het is wenselijk de rol en verantwoordelijkheid alsook de procedure van samenwerking te formaliseren. Het is een houvast en nuttig instrument waardoor de finaliteit van iedere partner kan bewaakt worden.

- *Coördinatie is een randvoorwaarde voor de continuatie van de samenwerking*

Met de installatie van een coördinator kunnen niet enkel de praktische zaken van het samenwerkingsverband worden georganiseerd maar kan de samenwerking ook worden opgevolgd en bijgestuurd waar nodig.

HOOFDSTUK III. FOCUSGROEPGESPREKKEN

1. Nederlandstalig België

1.1 Belang intersectorale samenwerking en aanwezigheid in België

Noodzaak en meerwaarde aan samenwerking tussen sectoren

Respondenten zijn het eens dat het evident is dat sectoren samenwerken gezien de complexiteit van het drugfenomeen en de aanpak van louter één sector niet toereikend is. Toch hebben respondenten ook de ervaring dat mensen hiervoor niet gemakkelijk te motiveren zijn. Het is niet vanzelfsprekend om een gemeenschappelijke doelstelling te vinden die past binnen ieders werkkader en filosofie. Respondenten geven aan dat het niet is omdat mensen vanuit verschillende sectoren samen aan tafel zitten dat er ook integraal wordt gewerkt. Integraal en geïntegreerd samenwerken vereist respect voor ieders finaliteit zonder dat een sector zich dwingend opstelt of waarbij de finaliteit van één sector de norm is. De meerwaarde ligt in het feit dat er ruimte wordt gecreëerd om te communiceren. Hierdoor kunnen mensen uit verschillende sectoren elkaar gemakkelijker vinden en verloopt de communicatie vlotter. Kennis van elkaar maakt het mogelijk nauwer samen te werken en mensen sneller door te verwijzen naar de juiste instantie. De overlap tussen sectoren wordt als opportuniteit beschouwd. Volgens respondenten is het gegeven dat sectoren raakvlakken hebben in het werkkterrein net een stimulans tot samenwerking maar noodzaakt het maken van afspraken.

Sterkere toenadering tussen de sectoren

Respondenten zijn het eens dat sectoren over de jaren heen dichter naar elkaar zijn toegegroeid en er een evolutie is in het respect en besef van ieders finaliteit en werkwijze.

“globaal gezien is er toch een beetje meer respect gekomen voor ieders werking tussen de diverse sectoren van justitie, hulpverlening en preventie. Die is nog niet compleet, maar wat betreft de vijandigheden van ettelijke decennia terug, daar zijn de scherpste hoeken van af”

Voldoende samenwerking?

Respondenten geven aan de mate waarin wordt samengewerkt afhankelijk is van de regio. Op lokaal niveau gebeurt er al wel wat maar dan vooral in grote steden en in mindere mate in kleinere steden en gemeenten, die vaak nog geen lokaal drugbeleidsplan hebben. Toch blijft de samenwerking veelal beperkt tot bepaalde dossiers of tussen enkele personen die elkaar kennen. Er wordt gewezen op een nood aan een structureel kader. Volgens de meerderheid van de respondenten is er voldoende lokaal overleg geïnstalleerd maar is er niet steeds sprake van een goede informatiedoorstroming naar het boven (lokale) niveau. Bovendien wordt gewezen op de behoefte aan efficiënt overleg zodat er kan geïnvesteerd worden in een betere doorstroming, zowel top-down als bottom-up. De hogere overheden beroepen zich op platforms zoals de VVBV (Vlaamse Vereniging van behandelingscentra Verslaafdenzorg), VAD of zorgcoördinatoren maar er is geen overlegplatform dat alle sectoren vertegenwoordigt. Dergelijk overlegplatform dat al wel bestaat in sommige steden wordt als wenselijk beschouwd om te installeren op bovenlokale niveau in functie van de beleidsontwikkeling van de regionale en federale overheid .

1.2 Do's en don'ts bij de implementatie van samenwerkingsverbanden

In de bevraging peilden we naar do's en don'ts die worden ervaren in de samenwerking tussen sectoren per type samenwerkingsverband om uiteindelijk te komen tot sectoroverschrijdende knelpunten, sterke punten en randvoorwaarden gemeen aan alle samenwerkingsverbanden. Op basis van de gegevens konden we een onderscheid maken tussen zaken die specifiek betrekking hebben op de samenwerking tussen de sector veiligheid en de sector hulpverlening, tussen do's en don'ts die kaderen binnen samenwerkingsverbanden waarbij alle sectoren worden geïntegreerd en tussen do's en don'ts die sectoroverschrijdend zijn en bijgevolg gemeen zijn aan alle samenwerkingsverbanden.

1.2.1 Do's en don'ts in de samenwerking tussen de sector veiligheid en de sector hulpverlening

Knelpunten

Beroepsgeheim

In de samenwerking tussen de hulpverlening, politie en justitie is informatie-uitwisseling en het beroepsgeheim een aandachtspunt. Respondenten geven aan hier wisselende ervaringen rond te hebben. Het kan en is essentieel voor de samenwerking, maar is niet vanzelfsprekend dat de finaliteit van de hulpverlening en meer bepaald de vertrouwensrelatie cliënt-hulpverlener, wordt gerespecteerd.

Afstemming van het hulpverleningsaanbod

De samenwerking tussen justitie en de hulpverlening zorgt voor een grotere instroom van cliënteel. Respondenten wijzen dan ook op de noodzaak aan een omvangrijk aanbod en voldoende capaciteit om hieraan tegemoet te komen. Dit wordt echter als een knelpunt ervaren. Opnamecriteria spelen hier ook een rol en het feit dat het gaat om een moeilijker doelgroep, namelijk (ex)justitiecliënteel. Op plaatsen waar het aanbod al beperkt of onvoldoende is, bestaat immers de kans dat de hulpverlening weigerachtig staat tegenover een extra toestroom van cliënten, gezien er al sprake is van overbelasting.

“Historisch gezien zijn wij altijd al rijkelijk voorzien maar de treinen die ons bereiken zijn, bij wijze van spreken, zo gevuld maar de capaciteit bij ons vergroot niet , wij hebben geen plaats meer voor al die mensen.”

Het gebrek aan capaciteit heeft ook implicaties in de relatie naar de cliënt toe. Lange wachtlijsten kunnen een negatief zijn voor de motivatie en zorgt ervoor dat de tijdsduur tussen het strafbaar feit en de maatschappelijk reactie hierop te lang is. Als gevolg komt de doelstelling in het gedrang.

Randvoorwaarden

Gemeenschappelijke taal, visie en respect voor ieders finaliteit

Kennis en respect voor elkaars mogelijkheden en grenzen kenmerkend voor een sector is een belangrijke voorwaarde tot samenwerking. Dit komt uitdrukkelijk naar voor in de samenwerking tussen politie, justitie en de hulpverlening in het kader van het beroepsgeheim en de informatie-uitwisseling hieromtrent.

“Ik weet nu wat op dat terrein kan en niet kan. Als wij elkaar ontmoeten in dezelfde projecten, dat wij niet veel tijd verliezen in oeverloze discussies in wat kan en niet kan.”

Naast het gegeven dat een goede samenwerking persoonsgeboden is, wijzen respondenten op het belang van informele en face-to-face contacten om (toekomstige) samenwerking te bevorderen.

1.2.2 Do's en don'ts in de samenwerking waarbij alle sectoren worden geïntegreerd

Hier worden bestaande stuurgroepen en adviesraden besproken die tot stand komen in het kader van de ontwikkeling van een lokaal drugbeleid.

Sterke punten

Communicatiekanaal naar de (boven)lokale overheden

Bestaande stuurgroepen en adviesraden, die dienst doen als overlegplatform met vertegenwoordiging van alle sectoren, en overleg en samenwerking nastreven, kunnen fungeren als communicatiekanaal in functie van de (boven)lokale overheden. Randvoorwaarde hierbij is dat er een sterke vertegenwoordiging is van alle partners betrokken in de drugproblematiek.

Knelpunten

Afstemming

Respondenten wijzen op het belang van een platform waar sectoren elkaar kunnen ontmoeten teneinde intersectoraal overleg en samenwerking te realiseren maar hebben de ervaring dat acties die sectoren ondernemen te vaak niet worden afgetoetst bij andere partners. Dit staat afstemming in de weg en bijgevolg een integrale en geïntegreerde aanpak. Er is onduidelijkheid inzake 'wie doet wat'. Bovendien is er sprake van profileringsdrang van sectoren. Intersectorale samenwerking staat dan niet meer op de voorgrond maar het platform wordt gebruikt om vooral middelen voor de eigen sectorwerking te bekomen. Tegelijkertijd heeft dit ook te maken met het gegeven dat geen specifieke middelen worden toegekend om intersectorale samenwerkingsverbanden op te zetten.

Randvoorwaarden

Betrokkenheid alle partners in het drugveld

Gezien diverse sectoren zijn betrokken bij de drugproblematiek wordt het belang onderlijnd van een ruime vertegenwoordiging van alle sectoren voor de ontwikkeling van een (lokaal) integraal en geïntegreerd drugbeleid. Gezien een sector bestaat uit verschillende organisaties is het noodzakelijk dat meerdere partners per sector worden geïdentificeerd. Respondenten geven aan dat het niet mogelijk is dat één organisatie een ganse sector vertegenwoordigt. Het brede werkveld moet deel uitmaken van dergelijke platforms. Als alle sectoren zijn vertegenwoordigd door verschillende organisaties per sector kunnen signalen worden uitgewisseld tussen het werkveld maar kunnen deze ook gebruikt worden om het lokale en het beleid van de hogere overheden (bij) te sturen. Op deze manier kan het beleid van onderuit gevoed worden en een horizontale als verticale afstemming nog sterker gerealiseerd worden.

1.2.3 Sectoroverschrijdende do's en don'ts die gemeen zijn aan alle samenwerkingsverbanden

Sterke punten

Overleg en communicatie

In de samenwerking met andere sectoren wijzen alle respondenten op het voordeel dat op die manier sectoren dichter naar elkaar kunnen toegroeien, meer kennis en begrip krijgen van elkaars mogelijkheden en beperkingen inherent aan ieders werkkader en finaliteit, waardoor de communicatie en bijgevolg de samenwerking vlotter kan verlopen. Kennis van elkaar maakt mogelijk nauwer te gaan samenwerken en sneller te door te verwijzen. Bovendien wordt gewezen op het belang van informatie-uitwisseling tussen sectoren over nieuwe ontwikkelingen om de eigen praktijkwerking te sturen.

Knelpunten

Afstemming?

De meerderheid van de respondenten onderkent dat initiatieven die binnen één sector worden genomen niet steeds worden afgestemd met partners uit andere sectoren wat wordt ervaren als een knelpunt om te komen tot een integrale en geïntegreerde aanpak.

“Niet alleen bij politie, ook bij de hulpverlening of preventie dat men initiatieven neemt zonder deze af te toetsen in bestaande overlegfora. Ik kan verschillende zaken opnoemen voor alle sectoren. Dus het blijkt niet evident te zijn. Maar ik merk bij partners betrokken in een stevig overleg, dat die noodzaak erg wordt aangevoeld.”

Top-down communicatie binnen de sector of organisatie

Respondenten wijzen op een gebrekkige doorstroming of communicatie naar de achterban en praktijkwerkers op een lager echelon. Er is vaak wel overleg op hoger niveau binnen een sector of organisatie maar dat betekent nog niet dat de output hiervan wordt gecommuniceerd.

Top-down en bottom-up communicatie op de verschillende beleidsniveaus in functie van de beleidsontwikkeling

Er is niet enkel sprake van een stroeve 'top-down' informatiedoorstroming, binnen een sector of organisatie. Respondenten ervaren ook dat er geen vlotte 'top-down' informatiedoorstroming of communicatie is op beleidsniveau vanuit de federale en regionale overheden naar het provinciale en lokale niveau toe. Er is verwarring over de bevoegdheidsverdeling, beleidsintenties en financieringskanalen die hier al dan niet aan gekoppeld worden. Ook voor wat betreft de communicatie of informatiedoorstroming die bottom-up zou moeten plaatsvinden om te komen tot een integraal en geïntegreerd drugbeleid worden er hiaten vastgesteld. Respondenten geven aan dat het overleg dat lokaal of provinciaal georganiseerd wordt, kan fungeren als communicatiekanaal naar de (boven)lokale overheden toe. Deze informatie, dat naar boven komt op zo'n overleg is nuttig voor het terrein als voor de lokale overheid en het provinciale niveau. Volgens respondenten is het zinvol dergelijk platform met vertegenwoordiging van alle sectoren te installeren in functie van de federale en regionale overheden zodat het beleid ook van onderuit tot stand kan komen en worden bijgestuurd. Tot op heden beroepen de federale en regionale overheden zich al op (koepel)organisaties of actoren in het drugbeleid zoals de VVBV, VAD of de zorgcoördinatoren maar er is geen orgaan dat alle sectoren vertegenwoordigt en kan gebruikt worden om sectoroverschrijdende signalen te ontvangen.

“Er is de VVBV, VAD of zorgcoördinatoren, of platforms die bestaan en waarmee we contact hebben, maar naar het intersectoraal samenwerken toe hebben we dat niet. Het zou niet slecht zijn moesten we voor elke sector als dat mogelijk is een contactpersoon hebben en je kunt het beleid niet uitstippelen op basis van 5 of 10 personen, ik denk dat je een visietekst of een ruimer kader nodig hebt.”

De relatie tussen de bevoegdheidsverdeling en financieringskanalen

De bevoegdheidsverdeling binnen het drugbeleid is een prominent thema. De bevoegdheidsverdeling wordt in direct verband gebracht met de overheidsuitgaven en het gebrek aan basisfinanciering. Bijgevolg heeft het gebrek aan structurele financieringskanalen een effect op de sector. Gezien de toekenning van middelen wordt gekoppeld aan het nastreven van bepaalde doelstellingen vanuit de

overheden (bijvoorbeeld overlast in kader van SVPP-contracten), ervaren sectoren dat ze soms noodgedwongen hun eigen finaliteit te buiten moeten gaan opdat er subsidies kunnen verkregen worden. De bevoegdheidsverdeling is geen helder verhaal voor de respondenten aangezien de financieringskanalen hier niet mee in overeenstemming zijn.

“Op een bepaald ogenblik werden wij geconfronteerd met het gegeven van: dat kan federaal doorgang vinden maar dit deel van preventiewerk wordt doorverwezen naar de Vlaamse gemeenschap. Alles wat ik doe op basis van drugpreventie naar de bevolking toe was plotseling geen federale materie meer. De Vlaamse gemeenschap zei: ‘dat is goed maar wij hebben daar het budget ook niet voor.’ Discussies blijven...maar intussen zit je wel met problemen. Als je dan moet intersectoraal samenwerken en er zijn duidelijk zaken die in de stuurgroep niet geregeld of onduidelijk zijn, dan ga je de constellatie van de hele samenwerking beïnvloeden. Mensen die twaalf jaar ervaring hebben opgebouwd, verdwijnen dan of kiezen voor geld op een bepaald ogenblik. Dan zit je met een gat dat niet onmiddellijk in te vullen is, wat te wijten is aan een bestuurlijk tekort of een visie die na een aantal jaren wijzigt, waardoor er meer schade wordt berokkend dan in eerste instantie wordt gedacht.”

Respondenten wijzen op de behoefte aan een overheid die meer sturend moet optreden als het gaat over subsidiekanalen en intersectoraal samenwerken.

“In kader van werkelijk gestructureerde samenwerkingsvormen blijft het moeilijk omwille van verschillende subsidiekanalen en het kan enkel fundamenteel aangepakt worden als de overheid meer sturend optreedt.”

Bovendien verwijzen respondenten naar de federale beleidsnota als basisinstrument voor het Belgische drugbeleid. Bijgevolg moeten ook de beleidsintenties zichtbaar worden in de financieringskanalen. Als preventie bovenaan de agenda staat moeten in de eerste plaats hier middelen voor worden vrijgemaakt.

Restgroepen

Respondenten geven aan dat er geen of onvoldoende voorzieningen aanwezig zijn, toegespitst op (ex)gedetineerden, personen met een preciaire verblijfsstatus, dubbele diagnose patiënten, vrouwen, kinderen en jonge gebruikers. In kader van het bereiken van jonge gebruikers wordt expliciet gewezen op het belang van vroeginterventie. Er zijn heel wat aanwijzingen dat men pas op relatief late leeftijd in de hulpverlening terecht komt, terwijl het gebruik reeds op jonge leeftijd wordt geïnitieerd.

Randvoorwaarden

Sectorversterking

Respondenten onderkennen het belang om intersectoraal samen te werken maar zien ook de mate waarin een sector is georganiseerd als randvoorwaarde om intersectorale samenwerkingsverbanden kans tot slagen te geven.

Gemeenschappelijke visie inzake integraal en geïntegreerde aanpak

“Dezelfde taal spreken” en *“elkaars terrein leren kennen vanuit een gedeelde visie”* wordt gezien als randvoorwaarde. Sectoren over de jaren heen zijn steeds meer naar elkaar toe gegroeid maar er zijn nog veel visieverschillen. Bovendien is het niet omdat mensen vanuit verschillende sectoren samen zitten er ook integraal wordt gewerkt. Integraal en geïntegreerd samenwerken vereist respect voor ieders finaliteit zonder dat een sector zich dwingend opstelt of de finaliteit van één sector wet is.

Identificatie noodzakelijke partners en kennis van elkaars werking

Overlegstructuren worden gezien als randvoorwaarde om de samenwerking tussen sectoren te bereiken om een integraal en geïntegreerd drugbeleid te kunnen installeren. Hierbij zien respondenten de identificatie van de juiste personen binnen een organisatie, betrokken bij de drugproblematiek, als een cruciale factor om een efficiënt overleg te creëren.

Duurzame en structurele financieringskanalen

Tot op heden ontbreken duurzame en structurele financieringskanalen die noodzakelijk zijn voor de uitbouw van een integraal en geïntegreerd drugbeleid. Dit heeft zijn implicaties voor de realisatie van een lange termijn aanpak en limiteert de ontwikkeling van interventies tussen sectoren. Bovendien

verwijzen respondenten naar de federale beleidsnota als basisinstrument voor het Belgische drugbeleid. Bijgevolg moeten ook de beleidsintenties zichtbaar worden in de financieringskanalen. Als preventie bovenaan de agenda staat moeten er in de eerste plaats hier middelen voor worden vrijgemaakt.

Monitoring en evaluatie

Respondenten wijzen op het belang aan epidemiologische gegevens en monitoring. Kennis inzake (on)bereikte doelgroepen moet toelaten te schuiven in de aard en omvang van aanwezig voorzieningen. Respondenten vinden het belangrijk dat hun werk wordt geëvalueerd en geven de voorkeur aan externe evaluaties. Op die manier kan er worden bijgestuurd en een draagvlak worden gecreëerd voor de implementatie van interventies. Wetenschappelijk onderzoek is hierbij cruciaal om evidence-based interventies op te zetten met als objectief te komen tot een evidence-based beleid. Respondenten zijn van mening dat er in ons land nog te weinig wordt geïnvesteerd in evaluatiestudies.

2. Niveau francophone et bruxellois

Le Focus groupe avait pour objectif de conclure, par un tour de table, les entretiens réalisés sur le terrain. Le Focus groupe, composé de 10 intervenants, un chercheur et une étudiante chargée de retranscrire l'ensemble de la discussion s'est réuni pendant 2h15. Sur base du contrat de recherche, nous avons sélectionné des personnes qui représentaient les quatre secteurs de la politique belge en matière de drogues (prévention / réduction des risques; assistance ; santé et bien-être; sécurité) afin d'obtenir le point de vue de chacun de ces secteurs.

Les résultats attendus du Focus groupe, associés aux informations recueillies lors des entretiens, devaient permettre d'optimiser les « *good practices* » et de mettre en avant les points positifs (et négatifs) qui ressortaient pour chaque type de collaboration.

Fondamentalement, les questions posées aux intervenants durant le Focus groupe étaient sensiblement similaires à celles reprises dans la grille utilisée pour la passation des entretiens. Elles étaient relatives à l'importance de la collaboration intersectorielle, à la présence d'une telle collaboration dans notre pays mais aussi à ce qu'il était nécessaire de « faire ou de ne pas faire » pour mettre en œuvre des formes de collaboration effectives entre les différents secteurs drogue.

Cependant, les interventions des acteurs présents lors du Focus groupe ont peu porté sur les différents types de collaboration entre secteurs, mais en revanche les différents protagonistes ont rapidement orienté le débat sur les problèmes de fond soulevés par la mise en œuvre d'une politique intégrale et intégrée et sur les priorités en matière de politique drogue.

2.1. Utilité de la collaboration intersectorielle et de la coordination en Belgique

2.1.1. Nécessité et plus value de la coordination et de la collaboration entre secteurs

Durant les années 1990, les intervenants en toxicomanie se connaissaient très peu entre eux, se méfiaient les uns des autres et « se torpillaient », de façon consciente ou non. A l'heure actuelle, les choses semblent changer dans le bon sens du terme, mais une chose reste certaine : coopérer pour connaître le champ d'action de l'autre, échanger des idées et ne pas empiéter sur les compétences des autres est indispensable pour une saine et effective collaboration. Or, on semble souvent oublier que la coordination est un élément indispensable à la collaboration et que la seconde ne peut se passer de la première.

Si l'on remonte plus haut et que l'on veut aboutir à une action concertée et coordonnée entre acteurs, la première chose à envisager est une convergence des objectifs. Il paraît en effet difficilement concevable que des acteurs travaillent ensemble sur des objectifs contradictoires. Il faut également souligner qu'au sein d'un même secteur, les croyances, les représentations et les valeurs peuvent être également convergentes ou divergentes. Par exemple, la politique criminelle en matière de poursuite des consommateurs de cannabis pourra être différente selon les parquets.

Si les acteurs se connaissent préalablement ou s'ils se rencontrent régulièrement, ils devraient pouvoir se comprendre et rendre certaines collaborations possibles. Se rencontrer et discuter permet de clarifier les choses et de gagner du temps en cas de collaboration effective sur le terrain. Dans un premier temps, il est indispensable de tenir compte des objectifs de chacun et de se concerter afin que sur le terrain, tout le monde soit sur la même longueur d'ondes.

2.1.2. Collaboration entre les secteurs prévention et justice

Prévention policière dans les écoles

Comme indiqué ci-dessus, il arrive parfois que les représentations et le cadre de travail varient dans un même secteur. Mais de manière générale, le cadre reste relativement identique au sein du secteur en question. Collaborer avec un autre secteur signifie confronter deux cadres de travail qui peuvent être opposés. La question du secret professionnel par exemple revient sans cesse lorsque le secteur prévention et/ou assistance est amené à collaborer avec la police ou la justice.

Prenons l'exemple suivant : la police fait de la prévention qui s'adresse aux parents mais aussi de la prévention dans les écoles. Ces actions sont prévues par la loi qui autorise les agents de police à rencontrer les écoles via les points de contact. Cependant, ces initiatives n'ont pas été concertées. Elles sont le résultat de politiques qui ont été mises en place dans l'urgence afin que la police puisse intervenir dans les écoles par rapport à des problèmes de violence ou de drogue.

Pour les uns (les forces de police), la police est autorisée à réaliser ce genre d'action. Le secteur de la prévention pourrait donc se concerter avec la police. En effet cette dernière est souvent désireuse de travailler avec d'autres acteurs, notamment issus du milieu psychosocial, afin que ces derniers puissent apporter leur façon de faire et un savoir faire que la police ne possède pas.

Pour les autres (les acteurs du secteur prévention), les réticences sont nombreuses. Tout d'abord, les acteurs de prévention ne sont pas favorables à la présence de la police dans les écoles.

« C'est chacun dans son jardin. Il y a des choses qui peuvent être conceptualisées ensemble dans la concertation mais ce n'est pas la place du flic en uniforme de faire de la prévention dans le primaire ».

Par ailleurs, le problème provient aussi du flou qui entoure le terme « prévention en matière de drogue ». S'agit-il de la prévention de l'usage et de ses effets nocifs, prévention de l'insécurité, prévention des délits, prévention de l'exclusion sociale ?

« Que la police fasse de la prévention des nuisances ou de la criminalité dans certains cas, ok, mais pas pour débarquer dans les écoles pour faire des actions prévention simili-psychologisantes. A chacun son cadre, je n'ai rien contre la police, mais qu'elle reste avec ses missions. Il y a des stratégies de prévention qui ont été mises en place depuis longtemps et ça me semble cohérent que les personnes qui font de la prévention puissent les mettre en œuvre ».

Le secteur prévention / réduction des risques a également l'impression que *« c'est le Service Public fédéral Justice qui décide mais avec des impératifs de santé publique. Les policiers font de la prévention dans les écoles alors que les acteurs de prévention ont été formés pour cela »*. Nombreux sont les exemples où la limite entre politique répressive et politique de santé publique est ténue.

La police bénéficie d'une plus grande visibilité et de subsides importants pour le programme MEGA. On assiste donc de plus en plus à des demandes spontanées des écoles pour obtenir des formations MEGA. L'associatif, moins visible, moins financé⁴⁸ et moins bien équipé, est logiquement beaucoup moins sollicité. Dans la mesure où les financements pour le programme MEGA sont importants, *« soyons pragmatiques, essayons de nous concerter, de modifier peut-être quelques éléments de l'enseignement Méga afin que le programme puisse satisfaire toutes les parties »*.

2.1.3. Collaboration entre les secteurs assistance et justice

Le secret médical

La justice participe à plusieurs projets en collaboration avec le secteur des soins (ex : proefzorg à Gent, probation prétorienne à Liège,...). Il s'agit généralement d'un suivi dans un centre de soins prévu dans

⁴⁸ Pour un aperçu des dépenses publiques pour chaque secteur, voir De Ruyver, B et al. (2004, 2007). Drugs in cijfers en drugs in cijfers II.

le cadre des mesures alternatives. Le problème rencontré par la justice dans le cadre de la collaboration avec les services de soins est que ces derniers ont parfois très réticents à rendre des comptes sous couvert du secret médical. Ainsi en France, lorsque la justice renvoie un usager dans un service de soins, celle-ci est informée du diagnostic, du traitement prescrit et de la manière dont l'usager suit le traitement. Or, « *c'est absolument impensable chez nous* ». (secteur sécurité) Pourquoi ? Ce qui importe à la justice, c'est de savoir que le suivi apparaît au thérapeute comme conforme à ce qui est de nature à améliorer la situation de l'usager. Pour la justice, être au courant de ce genre de chose ne semble pas relever du secret médical.

Le secret médical a toute son importance, et il ne faut en aucun cas nier sa valeur, mais la justice souhaiterait simplement clarifier les choses. On ne peut pas considérer que le traitement dans un centre de soins intervient à la place de l'emprisonnement, ou inversement. « *C'est impossible, on dénature à la fois la peine et les soins. On ne peut pas dire soins ou prison ! Ca doit être un programme où on est dans les soins et dans ce cas, il n'y a pas de place pour la responsabilité pénale ou bien alors on est dans un programme d'éducation qui peut très bien être conjoint à une peine ou aux soins. Il ne faut pas dire c'est l'un ou l'autre* ».

Le secteur des soins considère que les patients doivent choisir de venir suivre un traitement de leur plein gré. Dans le cas contraire, « *ça ne correspond pas à l'éthique médicale* ». Pourtant, les services de soins acceptent de suivre les patients dans le cadre de mesures comme l'injonction thérapeutique, où les usagers sont envoyés au service de soins par la justice, peut-être « *parce qu'il y a des budgets à prendre* ».

2.1.4. Distinction entre les différents produits ou distinction selon le type d'usage ?

Pour les acteurs de terrain, la note fédérale de 2001 n'est pas un consensus entre le politique et les différents secteurs actifs en matière de drogue. Les secteurs ont été entendus mais ce qu'ils ont dit a été simplement « empilé ». Cette pile est devenue la note politique fédérale 2001. Cette note a remis en cause les directives de politiques criminelles qui à l'époque ne faisaient aucune distinction entre les produits mais bien selon le type d'usage. Actuellement, la distinction se fait entre les produits, ce qui ne va pas sans complexifier les choses. Certains se demandent même si la distinction selon le type d'usage n'était pas plus appropriée.

2.2. Faire et ne pas faire dans le cadre de la mise en œuvre de formes de collaboration

Avant de se concentrer sur ce qu'il faut faire et ne pas faire dans le cadre de collaboration entre secteurs, nous avons auparavant décidé de nous attarder sur quelques questions plus générales.

2.2.1. De quoi parle-t-on ?

Lorsque l'on parle de drogue, de quelles substances est-il question ? De toutes, de certaines, des drogues légales, illégales ? Par ailleurs, de quoi parlons-nous ? D'un usage festif qui donne du plaisir à la personne le vendredi soir, de l'usager chronique qui soulage ses problèmes psychiatriques ou de la personne qui fait du blanchiment d'argent ?

Ces questions reviennent sans cesse mais le problème demeure puisque jusqu'à ce jour, il n'existe aucune définition précise de ces termes.

Définir les termes de façon précise nous permettrait d'éviter d'avoir autant de définitions que d'acteurs présents sur le terrain. Comment travailler sur des objectifs, des stratégies sans que les principes de base qui fondent la politique des drogues ne soient éclaircis ? Le mot « drogue » a une acception beaucoup plus restrictive et incohérente pour la loi que pour la santé. Dès le départ, il y a donc déjà un sérieux problème de définition entre ces deux secteurs.

2.2.2. Intégral et intégré : quelles définitions ?

Le concept intégral et intégré se retrouve partout. Que ce soit en matière de sécurité (politique de sécurité intégrée et intégrale), en matière de criminalité (politique criminelle intégrale et intégrée) ou en matière de drogue, que signifie exactement « intégrale et intégré » ?

« Cela veut dire qu'il faut aborder la complexité de la toxicomanie avec tous les acteurs nécessaires pour telle ou telle situation. C'est ça une Politique intégrale et intégrée (...) Ce sont des termes qui ont autant de succès qu'ils sont vides d'objectifs ».

Selon la façon de définir les choses, selon les enjeux politiques, les sources de financement, on peut arriver à des résultats et à des politiques totalement différentes. Atteindre une vision intégrale et intégrée en matière de drogue paraît du coup plus difficile. Une politique dite « intégrale et intégrée » donne une idée de la manière dont nous devons travailler mais pas de la direction dans laquelle les acteurs doivent se diriger. Si le « intégrale et intégrée » devenait « intégrante », cela indiquerait un objectif à atteindre : élaborer une politique intégrante autour de l'usager et avec l'usager et les acteurs de terrain.

2.2.3. Faire et ne pas faire dans le cadre d'une politique intégrale et intégrée sur les drogues

Si nous nous attardons sur le titre de la recherche, on remarque, à la lumière du point 2.1.1., que ce qu'il est bon de faire ou ne pas faire dans le cadre d'une politique en matière de drogue est toujours fonction des objectifs poursuivis par les acteurs. Existe-t-il donc réellement des objectifs convergents entre les différents acteurs ? Certainement, mais certaines choses seront bonnes à faire dans un cadre bien précis mais pas dans un autre. En cas de réponse négative, la coordination n'est et ne sera toujours qu'une façade.

Obstacles

Une politique intégrale et intégrée pose également la question d'une bonne « juxtaposition » des différentes compétences des acteurs, d'une prise en compte continue et intégrale de toute le phénomène des drogues afin de pouvoir placer l'usager toxicomane au centre de la question. Au sud du pays, le morcellement des compétences en matière de toxicomanie et des financements est tel que les acteurs préfèrent le plus souvent répondre à leurs objectifs personnels. Dans ce paysage complètement éclaté, l'usager préfère adapter, dans un but utilitaire, son comportement et son langage à son interlocuteur afin de « profiter » des ressources disponibles des différents services, afin de « faire son shopping ». Or, une vraie politique intégrale et intégrée, en supposant qu'elle puisse voir le jour, devrait permettre à chacun des acteurs de réfléchir à la lisibilité et au caractère compréhensible des informations qu'ils donnent aux usagers.

Pour les acteurs présents lors du Focus groupe, les objectifs entre secteurs sont différents. Il faut tenter de les juxtaposer plutôt que de penser à obtenir un objectif général valable pour tous les secteurs. Les objectifs ne peuvent que se côtoyer. Selon le territoire, le niveau local d'action, les problèmes sont différents.

2.2.4. Bonnes et mauvaises pratiques

« Il n'y a pas de bonnes et mauvaises pratiques, juste des situations différentes qui nécessitent des approches différentes ».

Pour les acteurs présents, vouloir établir des meilleures pratiques pour une politique en matière de drogue présente un certain danger. Sous le couvert des « good practices », se rejoignent énormément de choses différentes, qui touchent à la fois aux divers secteurs (assistance, santé et bien-être, prévention, justice mais aussi social), champs scientifiques, champs thérapeutiques et manières de faire locales, voir nationales ou internationales. Si l'on tient compte également du croisement de problématiques, d'axes de pensée et de groupes cible différents, il est difficile d'imaginer l'élaboration de bonnes pratiques uniques pour une politique aussi large et complexe que celle des drogues. Les « good practices » peuvent varier selon les secteurs, les groupes cibles, les substances, le type de

dépendance et les différents territoires. Elles varient également selon le projet et le type de collaboration au sein de ce projet. Etablir des good practices uniques pour un secteur comme celui des assuétudes apparaît donc comme extrêmement réducteur.

2.2.5. Collaboration intersectorielle : faire et ne pas faire

Points forts

Les cadres d'action des différents secteurs sont différents mais « *les cadres, ça se change, ça évolue. Si on sortait de la loi de 1921 la consommation de drogues de la loi de 1921, pas mal de choses changeraient dans le paysage* ». (secteur sécurité)

Obstacles

« *Nous sommes tous d'accord pour dire qu'il y a un intérêt pour le patient à se concerter. Ce que l'on a constaté sur Bruxelles, c'est que les pratiques sont très morcelées, que le patient fait son shopping, va à gauche, à droite et qu'il est donc temps pour nous de mieux concerter tout ça, dans l'intérêt du patient* ».

Des projets thérapeutiques où les différents intervenants sont de bonne volonté n'arrivent pas à voir le jour parce que « *les pouvoirs subsidiant sont différents, il y a des objectifs différents et chacun prêche pour sa paroisse* ».

De plus, il y a trop de divergences et pas assez de consensus entre les acteurs. La bonne volonté parmi les acteurs de terrain est bien présente, mais tant que la cadre législatif sera aussi flou, tant que les financements seront aussi éparpillés et incertains et tant que les autorités compétentes en matière de drogue seront aussi éclatées, la coordination et la collaboration entre acteurs ne se portera pas mieux.

L'exemple de la City Parade 2008 à Liège est éloquent et nous montre que les mêmes secteurs sont parfois en opposition vis-à-vis de certaines interventions :

« *Modus Vivendi n'a par exemple pas pu intervenir cette année à Liège parce que l'équipe médicale n'était pas d'accord sur le mode d'intervention réduction des risques. Le secteur des soins s'était organisé pour mettre en place des postes médicaux avancés avec les hôpitaux de la région, selon un mode opératoire, connu de tous et concerté avec l'ensemble des intervenants sur la parade. Le secteur des soins ne souhaitait pas un type d'intervention autre que celui qui avait été donné au personnel présent sur les postes médicaux avancés. Dans ce cadre, c'est le secteur assistance qui a refusé l'intervention de Modus Vivendi en raison du cahier des charges que l'institution avait soumis* ». Modus Vivendi a cependant participé à la City parade à Charleroi en 2006 et à Mons en 2007.

Cette exemple nous montre que la coordination et la collaboration au sein d'un même secteur n'est pas toujours chose aisée. A fortiori, la coordination entre services de différents secteurs est encore plus difficile. Non seulement, les institutions au sein d'un même secteur ne se connaissent pas toutes, mais il est parfois difficile pour un service de savoir à qui s'adresser dans le cadre d'un événement de grande ampleur comme la City Parade.

Conditions secondaires

Il faudrait tout d'abord se poser la question du « *pourquoi ça ne marche pas, même au niveau où la façon de voir les choses et l'idéologie entre acteurs est la même ?* ».

Vouloir procéder à une intégration de l'ensemble des acteurs et services pertinents ayant des visions très différentes selon leur secteur d'appartenance, c'est déjà vouloir répondre à une question beaucoup trop complexe ».

2.2.6. Réduire l'hiatus entre approche judiciaire et approche sanitaire par l'éducation et la responsabilisation de l'utilisateur ?

Au sein de la politique drogue, le secteur de l'assistance et le secteur de la sécurité ressortent plus clairement car le rôle que ces deux secteurs jouent est clair pour tous.

Cependant, chacun de ces secteurs, de ces cadres d'action, repose en partie sur une fiction et cela pose problème. *« Du côté de la justice, on va travailler sur une fiction qui se trouve au fondement de notre société, c'est la fiction de la liberté. On ne fait jamais que sanctionner un mauvais usage de la liberté. Quand on va appréhender le problème de la toxicomanie, on va partir de l'idée que le toxicomane est libre. Du côté des soins, on va partir de la démarche inverse, c'est-à-dire que l'on part de l'hypothèse que la toxicomanie est une maladie, ce qui implique une toute autre logique d'action. Ces deux cadres sont en partie faux, il y a des systèmes juridiques qui fonctionnent de manière toute à fait différente [...] Il manque une pièce entre l'approche de la liberté, et l'approche pathologie où on considère que l'usager n'est pas un délinquant mais un malade. Il y a tout un pan qui me paraît essentiel, dont personne ne parle en matière de toxicomanie et qui est d'une toute autre logique, c'est le concept d'éducation. L'éducation, ce n'est pas les soins, ça repose sur la liberté mais une liberté à conquérir, un épanouissement à trouver. Pour cela, il faut acquérir des outils, des compétences et des qualités. Ces choses échappent en grande partie aussi bien au secteur de la justice qu'à celui des soins ».*

Synthèse

Le Focus groupe nous a permis d'étendre le débat de façon plus large et de discuter de la pertinence et de la légitimité d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues. Dans un domaine comme celui de la toxicomanie, élaborer un cadre définitif à un moment précis le rend désuet avant même la fin de son élaboration. Un cadre serait nécessaire, mais il se doit d'être flexible et constamment en construction.

« Alors que nous discutons, il y a d'autres choses qui sont déjà en train de bouger. C'est pour cela que le local est très important. Peut-être les initiatives s'empilent-elles, mais c'est à ce niveau là que l'on voit de manière immédiate l'évolution des choses, et que l'on peut adapter les projets à l'évolution du phénomène ».

Le débat en matière d'assuétude est très idéologique et même parfois très fort émotionnellement. Il est très difficile, voire impossible d'avoir une unicité de vues qui découlerait d'un cadre unique comme peut l'être une loi. C'est une difficulté mais c'est aussi une richesse. Les acteurs doivent s'attaquer à des situations très complexes et douloureuses émotionnellement. Comme une situation n'est pas l'autre, il est très difficile d'homogénéiser les choses, « de faire de l'intégral et de l'intégré ». Les acteurs de terrain doivent plutôt gérer une certaine diversité et savoir utiliser les outils et méthodes que les multiples réseaux peuvent apporter. *« Nous avons affaire à une population dont une bonne partie est passée maître dans l'utilisation des interstices entre services, secteurs ou intervenants. Il faut trouver des systèmes de concertation et mettre en œuvre des collaborations qui permettent aux usagers bénéficiaires de suivre un chemin continu, mais jonché de perceptions différentes ».*

Au risque de sembler redondant, il est également bon de rappeler que la complexité du domaine qui nous occupe est accentuée par le manque et l'incertitude des financements qui proviennent d'une multitude d'autorités. Un cadre plus clair à ce niveau pourrait s'avérer bénéfique et simplifier quelque peu un domaine qui est déjà extrêmement complexe en lui-même, indépendamment de tout problème administratif ou financier.

3. Conclusion : intégration des résultats de l'analyse des Focus groupe néerlandophone et francophone

Dans le nord comme dans le sud du pays, l'importance d'une collaboration intra et intersectorielle n'est plus à démontrer. Vu la complexité et l'aspect multidimensionnel du phénomène des drogues, les membres des deux Focus groupes⁴⁹ sont conscients qu'une approche intrasectorielle est clairement insuffisante. Ils constatent cependant que la collaboration entre les différents acteurs n'est pas quelque chose d'évident dans la mesure où collaborer signifie parfois confronter deux cadres de travail différents, voir opposés.

Au niveau néerlandophone, une collaboration intersectorielle est possible mais il importe de définir un objectif commun qui puisse non seulement s'inscrire dans le cadre de travail et la philosophie de chacun, mais également respecter la diversité et la finalité des actions mises en oeuvre. Au niveau francophone, le point de vue est sensiblement le même, mais certains préalables sont indispensables à

⁴⁹ Pour rappel, deux Focus groupe ont été réalisés : un qui s'est déroulé à la Gent Universiteit et un à l'Université de Liège.

une telle collaboration. Premièrement, la coordination entre acteurs est indispensable avant toute tentative de collaboration et deuxièmement, les objectifs communs doivent être établis avant même de penser à une collaboration entre acteurs.

3.1. Liens entre partenaires

Acteurs du nord et du sud du pays sont unanimes : communication, concertation, contact régulier, sont des éléments indispensables à une collaboration effective. Au niveau des acteurs francophones, on semble cependant insister sur les étapes indispensables et antérieures à la collaboration. Une collaboration ne s'improvise pas sur un coup de tête. Il est nécessaire de suivre un schéma bien spécifique :

- des rencontres, discussions ainsi que la compréhension de l'autre et le respect de l'action qu'il met en œuvre et de la finalité de cette action devrait être la première étape ;
- une convergence des objectifs devrait être la seconde étape ;
- enfin, lorsque les deux premières étapes sont rencontrées, une collaboration effective sur le terrain entre ces divers acteurs peut être envisagée.

Au niveau néerlandophone, la question d'un processus « par étapes » ne semblent pas avoir été abordée ou en tout cas ne semble pas des plus importante.

3.2. Communautés urbaines et rurales

Les acteurs néerlandophones font remarquer les différences de degré en matière de collaboration selon la région et le territoire concerné. Les initiatives sont souvent plus nombreuses dans les grandes villes que dans les petites communes. Ces dernières n'ont d'ailleurs bien souvent pas de plan d'action drogues qui leur soit propre. La collaboration se limite alors à un petit nombre de dossiers ou à quelques contacts privilégiés entre un nombre restreint d'acteurs. La collaboration devrait s'élargir au-delà de ces initiatives et s'inscrire dans un cadre structurel plus large. Par ailleurs, la concertation au niveau local n'est pas toujours efficace au niveau du transfert des informations vers les autres niveaux de compétence et il serait dès lors nécessaire d'améliorer cela grâce, par exemple, à la mise en place d'une plateforme unique à un niveau supralocal. Au niveau francophone, cette question n'a pas été abordée durant les débats.

3.3. Faire et ne pas faire dans le cadre de la collaboration

Les Focus groupe (mais également les entretiens) nous ont permis de faire ressortir certaines bonnes et mauvaises pratiques selon différents types de collaboration. Pour plus de clarté, celles-ci sont reprises dans le tableau ci-dessous.

Type de collaboration	Points forts	Problèmes rencontrés	Prérequis nécessaires
Secteur Sécurité & secteur Assistance	<u>NDL et FR</u> : Eviter la judiciarisation des problèmes de consommation et suivre le principe selon lequel les problèmes de consommation sont des problèmes de santé publique (exemple : renvoi de la justice vers l'assistance (Proefzorg, Gent ; Probation prétorienne, Liège)	<u>NDL</u> : - le respect du secret médical est nécessaire à la relation de confiance qui s'installe entre le client et le thérapeute et peut poser problème dans le cadre du transfert d'informations nécessaires à la police et à la justice ; - nécessité d'une plus grande harmonisation de l'offre en matière de soins. <u>FR</u> : - la justice se plaint de ne pas recevoir d'info de la part des services de soins, sous couvert du secret médical.	<u>NDL</u> : - langage et vision commune ; - respect des finalités respectives de chacun des intervenants. <u>FR</u> : - déterminer où commence et où se termine le secret médical. Dans le cas d'un renvoi de la justice vers le secteur assistance, est il normal que le justice ne soit informée de rien alors que la justice souhaite juste être informée du traitement et de la manière dont celui-ci est suivi par l'utilisateur.

<p>Ensemble des secteurs : collaboration intersectorielle</p>	<p><u>NDL</u> : Instaurer un canal de communication du local vers les autorités supralocales.</p> <p><u>FR</u> : /</p> <p><u>NDL</u> : Concertation et Communication</p> <p><u>FR</u> : Concertation, communication et collaboration</p>	<p><u>NDL</u> : - concertation pour harmoniser les actions entreprises par les différents secteurs. L'octroi des subsides se faisant par secteur, la collaboration entre ces secteurs est souvent reléguée au second plan, d'où la nécessité d'octroyer des subsides spécifiques aux initiatives intersectorielles, peu importe les secteurs qui y sont impliqués.</p> <p><u>FR</u> : /</p> <p><u>NDL</u> : - manquements au niveau de la communication « top-down » au sein d'un même secteur ou d'une même organisation ; - manquements au niveau du transfert d'informations à plusieurs niveaux de décision selon le développement de la politique suivie ; - la répartition des compétences est établie en fonction des « canaux » de financement et non en fonction des besoins sur le terrain ; - les groupes plus marginaux ou informels ne sont pas suffisamment soutenus (ex : prisonniers, illégaux, patients à double diagnostic, femmes et enfants et jeunes, consommateurs).</p> <p><u>FR</u> : - collaboration et partenariat entre acteurs qui ne se connaissent pas suffisamment ; - acteurs dont les objectifs sont différents et qui agissent sur un même terrain (ex : prévention dans les écoles par la police et par les services de prévention)</p>	<p><u>NDL</u> : - participation de l'ensemble des partenaires et modification des méthodes de financement.</p> <p><u>FR</u> : /</p> <p><u>NDL</u> : - développement d'un mode de concertation efficace, à la fois bottom-up et top-down ; - renforcement des secteurs ; - vision commune pour une approche intégrale et intégrée ; - langage commun pour une vision commune ; - identification des partenaires nécessaires et connaissance du fonctionnement de chacun ; - canaux de financement durables et structurels ; - mise en place d'un système efficace de monitoring et d'évaluation.</p> <p><u>FR</u> : - rencontrer les acteurs, communiquer, échanger des idées et respecter la finalité de l'action de chacun ; - établir une convergence des objectifs via la coordination d'acteurs de différents secteurs ; - mettre en œuvre un projet en collaboration avec d'autres partenaires. En respectant l'ordre établi ci-dessus, les choses sont non seulement claires dès le départ, mais cela permet également un gain de temps considérable pour la mise en œuvre de projets.</p>
<p>Choses à effectuer avant la mise en œuvre d'une politique intégrale et intégrée</p>	<p><u>NDL</u> : /</p> <p><u>FR</u> : Lorsque l'on parle de politique intégrale et intégrée, tout le monde semble être d'accord sur la</p>	<p><u>NDL</u> : /</p> <p><u>FR</u> : - les termes employés (« drogue », « prévention ») ne font même pas l'objet d'une définition claire. Les interprétations différentes et parfois</p>	<p><u>NDL</u> : /</p> <p><u>FR</u> : - Une définition précise des termes est nécessaire avant de véritablement mettre en œuvre une collaboration entre acteurs ;</p>

	<p>principe. Une politique intégrale et intégrée suppose une prise en compte de l'ensemble du phénomène sous tous ses aspects par l'ensemble des acteurs. Mais sommes nous vraiment prêt pour cela ?</p>	<p>même antagonistes sont donc légion ; - une politique intégrale sous entend que les objectifs de l'ensemble des secteurs deviendraient communs, hors c'est loin d'être le cas.</p>	<p>- Il est préférable de juxtaposer les objectifs des différents acteurs plutôt que de penser à obtenir un objectif général valable pour tous les secteurs ; - « <i>Il n'y a pas de bonnes et mauvaises pratiques, juste des situations multiples et diverses qui nécessitent des approches différentes</i> ».</p>
--	--	--	---

(NDL = acteurs de la partie nord du pays), (FR = acteurs de la partie sud du pays)

3.4. Considérations finales

Au vu des réflexions et points de discussions des acteurs néerlandophones et francophones, nous avons pu constater que les points de discussions n'étaient pas les mêmes, alors que les points de discussion préalablement prévus pour les deux Focus groupe (Gent et Liège) étaient identiques.

Les débats durant le Focus groupe de Gent semblent avoir pris plutôt une tournure pragmatique. Les réponses étaient claires, les points qui posent problèmes étaient explicitement énoncés et les solutions pour arriver à une réelle collaboration entre acteurs semblaient assez concrètes. En revanche, le Focus groupe de Liège a pris une toute autre tournure. Dès le départ, les discussions étaient plutôt d'ordre philosophique et idéologique. Sans apporter réellement de réponses en matière d'amélioration de la collaboration ou de mise en œuvre des « good practices », les acteurs francophones se sont plutôt penchés sur la signification des termes employés (« intégral-intégré », drogue, prévention,...), sur les problèmes qui restent à régler (législation, objectifs convergents,...) avant de penser à la mise en œuvre d'une politique intégrale et intégrée, ou encore sur la possibilité objective de mettre une telle politique en œuvre. Enfin, les problèmes plus concrets rencontrés au quotidien ont également été discutés et il ressort de l'analyse des deux Focus groupe que ces problèmes sont sensiblement les mêmes au Nord comme au Sud (incertitude financière, manque de moyens, cadre législatif imprécis, manque de coordination ou collaboration à certains niveaux,...).

Est-il dès lors nécessaire de reporter la question de la mise en œuvre d'une politique intégrale et intégrée à plus tard, lorsque les problèmes qui « freinent » la collaboration seront réglés et que les usagers tout comme les acteurs drogue évolueront dans un univers plus clair, plus structuré et mieux organisé ?

DEEL V. OVERKOEPELENDE CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

PARTIE V. CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

Sara Van Malderen
Brice De Ruyver

HOOFDSTUK I. OVERKOEPELENDE CONCLUSIE

Het onderzoek heeft als doel na te gaan of en in welke mate er reeds sprake is van een integraal en geïntegreerd drugbeleid in België. De federale drugnota van 2001 is een fundamenteel en basis document aangezien hier een integraal en geïntegreerd drugbeleid in België wordt geïntroduceerd.

Er kan gesteld worden dat België op weg is om een integraal en geïntegreerd drugbeleid te realiseren.

Installatie van een coördinatie- en beslissingsorgaan...

De installatie van een coördinatie- en beslissingsorgaan dat voorziet in een verticale en horizontale beleidsafstemming is een randvoorwaarde om een effectief integraal en geïntegreerd drugbeleid te realiseren (Kenis, 2006). In 2003 werd de Algemene Cel Drugbeleid opgericht zoals aanbevolen in de federale drugnota van 2001. Als deze Cel de werkzaamheden aanvangt kan er sprake zijn van een gecoördineerd, coherent integraal en geïntegreerd drugbeleid voor België en blijft het niet bij geïsoleerde initiatieven op de verschillende bevoegdheidsniveaus. Met het operationeel worden van de Cel in 2009 kan België ook werkelijk het objectief van een integraal en geïntegreerd drugbeleid nastreven.

...en de realisatie van een verticale en horizontale beleidsafstemming waarbij het beleid zowel “top-down” als “bottom-up” tot stand komt

De Algemene Cel Drugs voorziet in de verticale beleidsafstemming gerealiseerd door de vertegenwoordiging van de Ministers van de federale en regionale overheden die verantwoordelijk zijn voor deelaspecten van het drugbeleid. De horizontale beleidsafstemming wordt gegarandeerd door een beleid uit te werken waarbij er wordt ingewerkt op vraag- als aanbodzijde en waar er tezelfdertijd rekening wordt gehouden met de verschillende finaliteit van de diverse sectoren en dus vooral de comptabiliteit van alle sectoren wordt nagestreefd.

Horizontale afstemming is noodzakelijk op elk bevoegdheidsniveau (federaal, regionaal, provinciaal, lokaal). Daarbij gebeurt de input van het beleid van onderuit (bottom-up). Bovendien wordt het beleid ‘gemaakt’ door de federale en regionale overheden maar moet zich concretiseren op het lokale niveau. Het beleid moet dan ook bottom-up tot stand komen.

Op heden kunnen de federale en regionale overheden zich beroepen op koepelorganisaties, platforms of actoren die vanuit het provinciale niveau in verbinding staan met het lokale niveau. In dit verband kan er bijvoorbeeld worden verwezen naar de zorgcoördinatoren of de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg. De VAD als koepelorganisatie bijvoorbeeld is partnerorganisatie van de Vlaamse Gemeenschap en maakt deel uit van de Provinciale Preventieplatforms Middelengebruik geïnstalleerd in iedere Vlaamse provincie. Op basis van deze structuren kunnen nieuwe ontwikkelingen op het terrein doorstromen naar de hogere overheden. Toch zijn dit signalen van enkele partners in het drugbeleid die slechts een deel van de sectoren vertegenwoordigen. Er is geen orgaan dat alle sectoren vertegenwoordigt. Dergelijk platform met een vertegenwoordiging van alle sectoren in functie van de federale en regionale overheden is nochtans zinvol in het kader van een drugbeleid dat bottom-up tot stand komt. De installatie van dergelijk platform kan bijgevolg bijdragen aan een doorgedreven horizontale beleidsafstemming waarbij rekening wordt gehouden met ontwikkelingen op het terrein voor de beleidsontwikkeling op bovenlokaal niveau.

Op lokaal niveau wordt er al wel geïnvesteerd om structuren te installeren in het kader van beleidsontwikkeling- en afstemming zoals overlegplatforms, stuurgroepen drugs en adviesraden. Dergelijke platforms waar sectoren elkaar kunnen ontmoeten is immers randvoorwaarde om te komen tot intersectorale samenwerking. De kleinere gemeenten hebben soms meer moeilijkheden om een lokaal integraal en geïntegreerd drugbeleid uit te bouwen. Een gebrek aan middelen of de afwezigheid

van bepaalde noodzakelijke voorzieningen liggen hier vaak ten grondslag. Om hier aan tegemoet te komen worden intergemeentelijke drugoverleggraden opgericht om de mogelijkheden te vergroten.

Intrasectorale organisatie als faciliterende factor voor intersectorale samenwerking

Niet enkel intersectoraal maar ook intrasectoraal organiseren sectoren zich. De mate waarin een sector is georganiseerd is bovendien een sterke en faciliterende factor voor de ontwikkeling van intersectorale samenwerking. Op deze manier kunnen zowel andere organisaties die tot de sector behoren als de achterban van organisaties worden geïnformeerd en betrokken bij de samenwerking die er bestaat tussen andere sectoren. De intersectorale samenwerking kan rekenen op een groter draagvlak en sectoroverschrijdende werken wordt gestimuleerd.

Behoeftte aan beter georganiseerd, structureel overleg en samenwerking met aandacht voor coördinatie

Op het terrein is er geen uitdrukkelijke behoefte om meer overlegorganen te installeren maar er is wel duidelijke behoefte aan een betere organisatie en meer structurele overlegorganen en structurele en systematische samenwerkingsverbanden tussen sectoren. Het is echter niet voldoende om sectoren louter samen te brengen maar er is ook nood aan structurele samenwerkingsverbanden. Coördinatie is aldus een randvoorwaarde waar sterker moet in geïnvesteerd worden. Er worden wel reeds aanzetten tot coördinatie opgezet maar nog onvoldoende. Vooral in het Franstalige landsgedeelte zijn er duidelijk minder provinciale en lokale drugcoördinatoren.

Formaliseren van de samenwerking

Een duidelijke taakverdeling is een terugkerende randvoorwaarde om samenwerking mogelijk te maken en te bevorderen. Het is wenselijk om de rol en verantwoordelijkheid alsook de samenwerkingsprocedure te formaliseren. Het is een houvast en nuttig instrument waardoor de finaliteit, grenzen en mogelijkheden van iedere partner kunnen bewaakt worden.

Gebrek aan duurzame en structurele financieringskanalen en onevenwichtige verdeling van middelen voor alle beleidssectoren

Een wederkerend knelpunt is het gebrek aan duurzame en structurele financieringskanalen.

Tot op heden zijn deze ontbrekend maar noodzakelijk voor de uitbouw van een integraal en geïntegreerd drugbeleid. Dit heeft zijn implicaties voor een aanpak op lange termijn en limiteert of hypothekeert de ontwikkeling van interventies tussen sectoren. Een tekort aan middelen is een bedreiging voor de continuïteit van samenwerkingsverbanden tussen sectoren. Voldoende middelen zijn een randvoorwaarde om te vermijden dat partners concurreren en zich terugtrekken binnen de eigen sector, ten koste van intersectorale samenwerking en realisatie van een integraal en geïntegreerd drugbeleid.

Naast de noodzaak aan duurzame en structurele financieringskanalen moeten de beleidsintenties (cf. federale beleidsnota) ook zichtbaar worden in de financieringskanalen. Als preventie bovenaan de agenda staat moeten in de eerste plaats hier middelen voor worden vrijgemaakt. Op basis van onderzoek naar overheidsuitgaven in het drugbeleid kan worden vastgesteld dat het minst wordt geïnvesteerd in de sector preventie en dat de meeste overheidsuitgaven de sector veiligheid toekomen (De Ruyver et al., 2004; De Ruyver, Pelc et al., 2007). Bovendien brengt de bevoegdheidsverdeling met zich mee dat ieder bevoegdheidsniveau ook verantwoordelijk is voor de financiering van die beleidsaspecten waarvoor het bevoegd is. Nochtans wordt vastgesteld dat de huidige financiering deze logica niet altijd volgt.

Intersectorale samenwerking

Een aanpak waarbij wordt ingewerkt op alle aspecten van het drugfenomeen (integraal) vereist de betrokkenheid van alle relevante actoren en diensten die de verschillende sectoren vertegenwoordigen (geïntegreerd). Samenwerking en afstemming is noodzakelijk. Interventies waar verschillende sectoren samenwerken en dus verschillende beleidsdoelstellingen worden nagestreefd zijn het meest belovend en meest effectief (Kibel & Holder, 2003). Het onderzoek toont dat sectoren samenwerkingsverbanden aangaan vanuit uiteenlopende doelstellingen. Sectoren werken samen rond specifieke thema's waar een goede doorverwijzing naar elkaar maar ook het opnemen van ieders

verantwoordelijkheid vanuit de finaliteit van elke sector de grondslag is van de samenwerking en randvoorwaarde om de doelstellingen te bereiken.

Oriëntatie naar de hulpverlening vanuit de diverse echelons van de strafrechtsbedeling

Oriëntatie naar de hulpverlening van druggebruikers die in contact komen met politie of justitie is een effectieve praktijk in het verminderen van druggebruik en druggerelateerde criminaliteit (Barton, 1999a; De Ruyver, Ponsaers et al., 2007; Holloway et al., 2005; Institute for Criminal Policy Research, 2007; Koeter & Bakker, 2007; Mazerolle et al., 2007; Scottish Executive Effective Interventions Unit, 2004; Seeling et al., 2001; Skodbo et al., 2007; Stevens. et al., 2005; van Ooyen-Houben, 2008). Deze praktijk wint niet alleen aan belang binnen en buiten Europa maar wordt ook vaker geïmplementeerd (Beynon et al., 2006; Hunter et al., 2005). Ook in België krijgt deze samenwerking tussen de hulpverlening en politie en justitie steeds meer aandacht. Naast de verschillende mogelijkheden die bestaan om op de diverse echelons van de strafrechtsbedeling een alternatieve afdoening te realiseren, worden in België enkele samenwerkingsverbanden opgezet om systematische, structurele samenwerking tussen de hulpverlening en politie en justitie uit te bouwen.

Op het opsporing- en vervolgingsniveau ligt bovendien een opportuniteit om doelgroepen die nog niet in contact zijn gekomen met de hulpverlening louter te sensibiliseren en kennis te laten maken met de hulpverlening op het moment van aanhouding, zonder dat er nog maar sprake hoeft te zijn van een alternatief voor vervolging. De praktijk waar politie en hulpverleners samen 'outreaching' te werk gaan om reeds op het politiebureau een intakegesprek aan druggebruikers voor te stellen, is wenselijk. Dergelijke praktijk maakt mogelijk een grotere doelgroep te bereiken en bovendien neemt de kans op recidive af indien reeds in een vroeg stadium wordt geïnterveneerd (Hunter et al., 2005; Scottish Executive Effective Interventions Unit, 2004; Seeling et al., 2001).

Gelet op de bewezen effectiviteit van de oriëntatie naar de hulpverlening op de verschillende echelons van de strafrechtsbedeling is de uitbreiding hiervan wenselijk maar moet ook de welzijn- en gezondheidssector systematisch worden betrokken als volwaardige, derde partner. Effectiviteitsstudies tonen immers aan dat een meervoudige aanpak waarbij niet enkel rond de drugproblematiek, maar er ook naar de verbetering van de diverse levensdomeinen wordt toegewerkt het meest succesvol is. In dit kader dient er geïnvesteerd te worden in het systematisch betrekken van de welzijn- en gezondheidssector als partner in praktijken waarbij een doorverwijzing naar de hulpverlening wordt geïnitieerd vanuit justitie. Er zou met andere woorden sprake moeten zijn van een systematische tweede doorverwijzing vanuit de hulpverlening naar welzijn- en gezondheidsvoorzieningen. Op deze manier kan er gezorgd worden voor arbeidstoeleiding of huisvesting. Dezelfde opmerking geldt des te meer voor de oriëntatie naar de hulpverlening vanuit het gevangeniswezen om het objectief van sociale reïntegratie en nazorg te bereiken. In dit verband is een initiatief als het 'Centraal Aanmeldingspunt' toe te juichen maar ook een systematische samenwerking met bijvoorbeeld arbeidsbureaus of aansluiting met wooninitiatieven is wenselijk. Bovendien is de installatie van een Centraal Aanmeldingspunt ook nog niet gerealiseerd in alle Belgische gevangenissen. Een ander hiaat is het beperkt hulpverleningsaanbod tijdens de detentie. Gelet op de aanwezigheid van een drugproblematiek in de gevangenissen is dit immers onontbeerlijk geworden. Bovendien schept de detentietijd een opportuniteit om te werken rond de drugproblematiek en draagt bij tot het objectief van sociale reïntegratie.

Dag- en nachtopvang

Intersectorale interventies in het kader van de installatie van een dag- en nachtopvang worden op basis van evaluatiestudies geïdentificeerd als goed practices voor een vermindering van overlast op straat, een reductie van druggerelateerde criminaliteit en een daling van het heroïnegebruik ten gunste van methadongebruik met als gevolg een verbetering op de levensdomeinen (Coppel, 2008; Wits et al., 1999). Dergelijke initiatieven zijn nochtans schaars in België.

Vroeginterventie

Gelet op het gegeven dat vroeginterventie en interventies gericht naar het aanleren van sociale- en leefvaardigheden effectief zijn (Arthur et al., 2003), is het ook wenselijk om dergelijke interventies verder uit te bouwen. Bovendien is het belangrijk om steeds in de kindertijd te werken rond sociale vaardigheden gezien het effect gunstiger lijkt te zijn naargelang men vroeger ingrijpt in de

ontwikkeling. Vroeginterventie is een concept dat aan belang wint in België maar wordt nog vaak gezien als onontgonnen terrein. Er kan worden gewerkt aan de afstemming van het bestaande aanbod of aan nieuwe initiatieven.

Aan de hand van het opzetten van een diversiteit aan intersectorale interventies met oog voor bovengenoemde randvoorwaarden kan ingewerkt worden op de verschillende aspecten van het drugfenomeen en bijdragen aan de realisatie van een integraal en geïntegreerd drugsbeleid.

België is op weg om een integraal en geïntegreerd drugbeleid te realiseren maar toch is er (nog maar) sprake van een eerste aanzet of stap in die richting. Er is immers eerder sprake van ‘meewerken’ dan ‘samenwerken’. Er is al sprake van afstemming van initiatieven en doorverwijzing maar er dient nog sterk te worden geïnvesteerd in structurele en systematisch samenwerkingsverbanden waar vanuit een gemeenschappelijke, gedeelde doelstelling een gemeenschappelijke actie wordt opgezet.

CHAPITRE I. CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette étude avait pour objectif d'examiner la nature et l'ampleur d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues en Belgique. La Note politique fédérale de 2001 est un document essentiel dans ce contexte puisqu'elle introduit officiellement le concept de politique intégrale et intégrée dans notre pays.

Aujourd'hui, on peut constater que la Belgique a entamé les démarches nécessaires pour la mise en place d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues, mais il reste beaucoup à faire.

Mise en place d'un organe de coordination et de décision...

La mise sur pied d'un organe de coordination et de décision qui permet une concertation verticale et horizontale est une condition indispensable à la réalisation d'une politique intégrale et intégrée effective (Kenis, 2006). Ainsi en 2003, la Cellule Générale Drogues a été créée, suite aux recommandations de la note politique fédérale de 2001. Depuis que la Cellule a démarré ses activités, on peut vraiment parler en Belgique d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues coordonnée et cohérente. Le stade d'initiatives isolées s'inscrivant dans différents niveaux de compétences est depuis lors dépassé. La Cellule est véritablement opérationnelle depuis janvier 2009, ce qui permet à la Belgique de pouvoir véritablement tendre vers son objectif de mise en oeuvre d'une politique intégrale et intégrée.

... et harmonisation verticale et horizontale de la politique, que ce soit aussi bien « top-down » que « bottom-up »

La Cellule Générale Drogues s'inscrit dans le cadre d'une concertation verticale prévue par les représentants des Ministres fédéraux et régionaux en charge de la politique des drogues. La collaboration horizontale est, quant à elle, garantie par la mise en oeuvre d'une politique qui tient compte des différentes finalités des secteurs concernés par la question et qui tend vers une complémentarité et une compatibilité entre tous les secteurs.

Une concertation horizontale est nécessaire à chaque niveau de pouvoir (fédéral, régional, provincial et local). La politique est donc nourrie par le bas de la pyramide (approche « bottom-up »). En outre, la politique, bien qu'élaborée par les autorités fédérales et régionales, doit se concrétiser au niveau local. La politique doit donc elle aussi être élaborée dans une perspective « bottom-up ».

Aujourd'hui, les autorités fédérales et régionales peuvent faire appel à des organisations de supervision et à des plateformes d'acteurs qui se situent au niveau provincial et sont en contact avec le niveau local. Dans ce cadre, citons par exemple, les coordinateurs de soins ou les plateformes de concertation en santé mentale. Par exemple, le VAD, en tant que sous point focal, est partenaire de la Région flamande et fait partie des plateformes provinciales de prévention en matière de drogues installées dans chaque province flamande. Sur base de ces structures, de nouvelles évolutions sur le terrain peuvent être rapportées aux autorités de tutelle. Il s'agit là de signaux des différents partenaires

de la politique des drogues qui ne représentent cependant qu'une partie des secteurs. En effet, il n'existe aucun organe qui représenterait l'ensemble des secteurs. Une telle plateforme regroupant tous les acteurs concernés (niveau fédéral et régional) est pourtant essentielle dans le cadre d'une politique de drogues « bottom-up ». La mise sur pied d'une telle plateforme pourrait contribuer à une meilleure concertation horizontale dans laquelle il serait tenu compte des avancées du terrain, tout ceci dans un but de développement d'une politique à un niveau supra local.

En ce qui concerne le niveau local, des investissements ont déjà été engagés dans la mise en place de structures dans le cadre du développement de politiques concertées: plates-formes de concertation, groupes directeurs... De telles structures au sein desquelles les secteurs peuvent se rencontrer sont un préalable à la réussite d'une collaboration intersectorielle.

Les plus petites communes rencontrent parfois plus de difficultés à construire une politique locale intégrale et intégrée. Le manque de moyens et d'équipements adéquats est alors souvent mis en avant. Pour contrer ce problème, des conseils intercommunaux de concertation en matière de drogue ont été créés, ce qui permet d'accroître les possibilités de mise en place de telles politiques.

L'organisation intrasectorielle en temps que facteur facilitateur d'une collaboration intersectorielle

Les différents secteurs ne s'organisent pas seulement sur une base intersectorielle mais aussi sur une base intrasectorielle. L'ampleur de l'organisation d'un secteur est en outre un facteur « fort » et facilitant le développement ultérieur de collaborations intersectorielles. De cette manière, tant les autres organisations appartenant à un secteur que celles plus à la périphérie de ce dit secteur sont informées et concernées par la collaboration. La collaboration intersectorielle peut ainsi reposer sur une base élargie et permettre un travail plus « décloisonné ».

De la nécessité de mieux organiser et structurer la concertation et la collaboration sous forme de coordination

Sur le terrain, s'il n'y a pas un besoin formel de mettre sur pied divers organes de concertation, il y a cependant un besoin manifeste de pouvoir compter sur une meilleure organisation des différentes instances et sur des accords de coopération entre secteurs plus structurés et plus systématiques. Il ne suffit toutefois pas de simplement réunir les différents partenaires autour d'une table, il est également indispensable de développer de vrais accords de coopération. La coordination est donc une condition préalable indispensable dans laquelle il convient d'investir. Il y a bien quelques projets de coordination existants mais ils sont encore insuffisants. Ainsi, du côté francophone, les coordinateurs drogues provinciaux ou locaux ne sont pas encore systématiquement prévus.

Formalisation de la collaboration

Une répartition claire des tâches fait également partie des conditions récurrentes nécessaires à la mise en place et à l'amélioration de la collaboration. Il est souhaitable de formaliser le rôle et la responsabilité des acteurs ainsi que la procédure de collaboration. Il s'agit là d'un instrument qui s'avère utile dans le cadre du maintien des finalités, des limites et des potentialités de chaque partenaire.

Manque de canaux de financement structurés et pérennes. Répartition inégale des moyens entre les différents secteurs concernés

Un autre obstacle récurrent est le manque de canaux de financement structurés et pérennes. Jusqu'à présent, ces moyens pourtant nécessaires à la construction d'une vraie politique de drogues intégrale et intégrée font défaut. Ceci a des implications au niveau de la réalisation d'une approche à long terme et hypothèque le développement de partenariats entre les secteurs. Un manque de moyens est également une menace pour la pérennité des accords de coopération entre secteurs. Des moyens suffisants sont en revanche une condition pour éviter la concurrence entre les partenaires et un retrait de chaque secteur, tout ceci aux dépens d'une collaboration intersectorielle réelle et de la réalisation d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues.

En plus de la nécessité d'un canal de financement durable et structurel, les intentions politiques (cfr. Note politique fédérale 2001) doivent aussi être visibles à travers les financements opérés. Comme la prévention est prioritaire dans l'agenda, des moyens nécessaires doivent être libérés en conséquence.

Or, sur base de l'étude sur les dépenses publiques relative à la politique en matière de drogues, on constate qu'il y a un minimum d'investissement dans le secteur de la prévention et un maximum de dépenses publiques dans le secteur de la sécurité (police et justice : l'administration de la justice pénale) (De Ruyver et al., 2004; De Ruyver, Pelc et al., 2007) La répartition des compétences a pour conséquences que chaque niveau de pouvoir est censé être responsable pour le financement des aspects politiques de sa compétence. Pourtant le financement actuel ne suit pas toujours cette logique.

Collaboration intersectorielle

Une approche où l'on travaille sur tous les aspects du phénomène des drogues (politique intégrale) exige l'implication de tous les acteurs et services concernés des différents secteurs actifs en matière de drogues (politique intégrée). La collaboration et l'harmonisation sont dès lors nécessaires. Les interventions où les différents secteurs collaborent et où différents objectifs politiques sont poursuivis sont les plus prometteuses et les plus effectives (Kibel & Holder, 2003).

La recherche montre que des secteurs tentent de collaborer pour atteindre des objectifs convergents. Ces secteurs travaillent ensemble autour de thèmes spécifiques où non seulement, il y a des renvois de l'un à l'autre secteur, mais où la prise de responsabilité de chacun, découlant de la finalité de chaque secteur, est la base de la collaboration et une condition des plus importantes pour atteindre les objectifs fixés.

Renvoi vers l'assistance à partir des différents échelons de la procédure pénale

L'orientation vers l'assistance des usagers de drogues qui sont en contact avec la police ou la justice s'est avérée être une pratique efficace dans le cadre de la diminution de l'usage de drogues et de la criminalité liée aux drogues (Barton, 1999a ; De Ruyver, Ponsaers et al., 2007 ; Holloway et al., 2005 ; Institute for Criminal Policy Research, 2007 ; Koeter & Bakker, 2007 ; Mazerolle et al., 2007 ; Scottish Executive Effective Interventions Unit, 2004 ; Seeling et al., 2001 ; Skodbo et al., 2007 ; Stevens et al., 2005 ; van Ooyen-Houben, 2008). Cette pratique ne gagne pas seulement en importance dans et hors de l'Europe, mais elle est également de plus en plus souvent mise en œuvre (Beynon et al., 2006 ; Hunter et al., 2005). En Belgique aussi, cette collaboration entre le secteur de l'aide et celui de la police et de la justice (secteur sécurité) reçoit toujours plus d'attention. A côté des différentes possibilités qui existent aux différents échelons de la procédure pénale, de mettre en place une mesure alternative, quelques collaborations ont été élaborées en Belgique pour permettre une coopération systématique et structurelle entre le secteur de l'aide et le secteur de la sécurité. Au niveau de la recherche et des poursuites, il y a clairement une opportunité pour sensibiliser un groupe cible qui n'est pas encore en contact avec le secteur de l'aide et pour lui faire connaître ce secteur au moment de l'arrestation, sans même qu'il ne soit encore question d'une alternative aux poursuites. Une pratique intéressante est celle où la police et les intervenants du secteur de l'aide vont travailler ensemble de manière "outreach", afin de proposer une première prise en charge aux usagers de drogues, au départ du bureau de police. Une telle pratique permet d'atteindre un plus grand nombre d'usagers et de diminuer le risque de récidive grâce à une intervention à un stade précoce (Hunter et al., 2005 ; Scottish Executive Effective Interventions Unit, 2004 ; Seeling et al., 2001).

Vu l'effectivité et l'importance de ces orientations vers le secteur de l'aide aux divers échelons de la procédure pénale, il serait souhaitable de l'étendre, mais les secteurs du social et de la santé doivent également être systématiquement impliqués comme troisième partenaire à part entière. Les études d'impact montrent en effet que l'approche la plus efficace est une approche plurielle où l'on travaille non seulement sur le phénomène de la drogue mais également sur l'amélioration des différents domaines de vie de l'utilisateur. Dans cette optique, il serait dès lors nécessaire d'investir dans l'implication systématique du secteur socio-sanitaire comme partenaire lorsque la justice renvoie un usager vers le secteur assistance. En d'autres termes, il devrait être question d'une seconde orientation systématique à partir du secteur de l'aide vers le secteur socio-sanitaire. De cette manière, il serait enfin possible de réellement se préoccuper des problèmes connexes de l'utilisateur, tels que l'emploi, le logement et l'exclusion sociale.

Cette dernière remarque vaut encore plus en ce qui concerne l'orientation à partir des prisons vers le secteur de l'aide dans un objectif de réintégration sociale et de postcure.

A ce propos, une initiative comme le Groupe de pilotage central drogue est appréciable mais il est souhaitable qu'il y ait en plus une collaboration systématique avec, par exemple, les CPAS et les autres organismes d'aide à l'emploi et au logement. Cependant, l'installation d'un Groupe de pilotage local drogue n'est pas encore réalisée dans toutes les prisons belges.

La présence de problèmes de consommation dans les prisons rend l'aide durant la détention indispensable. Le temps de détention crée une opportunité pour travailler sur les problèmes de drogues et contribue à un objectif de réintégration sociale. Il faudrait également se pencher un peu plus sur la question de l'aide après libération.

Accueil de jour et de nuit (24h/24h)

Des études d'impact, il ressort que les interventions intersectorielles dans le cadre de l'installation d'un centre d'accueil de jour et de nuit sont de bonnes pratiques permettant de diminuer les nuisances, réduire la criminalité liée à la drogue et réduire l'usage d'héroïne en faveur de l'utilisation de méthadone dans un but d'amélioration de la qualité de vie des usagers (Coppel, 2008 ; Wits et al., 1999). De telles initiatives sont cependant encore trop rares en Belgique.

Intervention précoce

Puisque l'intervention précoce et les interventions dirigées vers l'apprentissage de compétences sociales s'avèrent efficaces (Arthur et al., 2003), il serait souhaitable d'augmenter la mise sur pied de telles interventions. En outre, c'est durant l'enfance qu'il faut travailler sur les compétences sociales car ces interventions semblent être d'autant plus favorables qu'elles interviennent tôt dans le développement de l'individu. Si l'intervention précoce est un concept qui gagne du terrain en Belgique, nous n'en sommes encore qu'à ses balbutiements. Il importe donc de travailler à une harmonisation de l'offre existante et à la mise en œuvre d'initiatives nouvelles.

Grâce à l'implémentation d'une diversité d'interventions intersectorielles et en tenant compte des conditions mentionnées ci-dessus, il est possible de travailler sur les différents aspects du phénomène des drogues et de contribuer ainsi à la réalisation d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues. La Belgique est en voie de réaliser une politique intégrale et intégrée en matière de drogues, même si la route est encore longue. Il est en effet toujours plus question d'un travail « conjoint » que d'un véritable travail « commun ». Il est déjà question d'harmonisation des initiatives et de renvoi vers d'autres secteurs plus appropriés, mais il faut encore investir massivement dans des formes de collaboration structurelles et systématiques qui visent la mise en œuvre d'une action commune basée sur un objectif commun et partagé.

HOOFDSTUK II. AANBEVELINGEN

Hieronder worden aanbevelingen gepresenteerd die kunnen geformuleerd worden aan de hand van de bevindingen van het onderzoek. Deze beleidsaanbevelingen kaderen binnen de aanpak van de drugproblematiek en hebben dus betrekking op de aanpak van illegale en legale drugs.

1. De installatie van een coördinatie- en beslissingsorgaan op federaal niveau voor een beleid dat top-down en bottom-up tot stand komt en verticale en horizontale beleidsafstemming mogelijk maakt

De installatie van een coördinatie- en beslissingsorgaan dat voorziet in een verticale en horizontale beleidsafstemming en het beleid ontwikkelt zowel "top-down" als "bottom-up" is een randvoorwaarde om een integraal en geïntegreerd drugbeleid te realiseren.

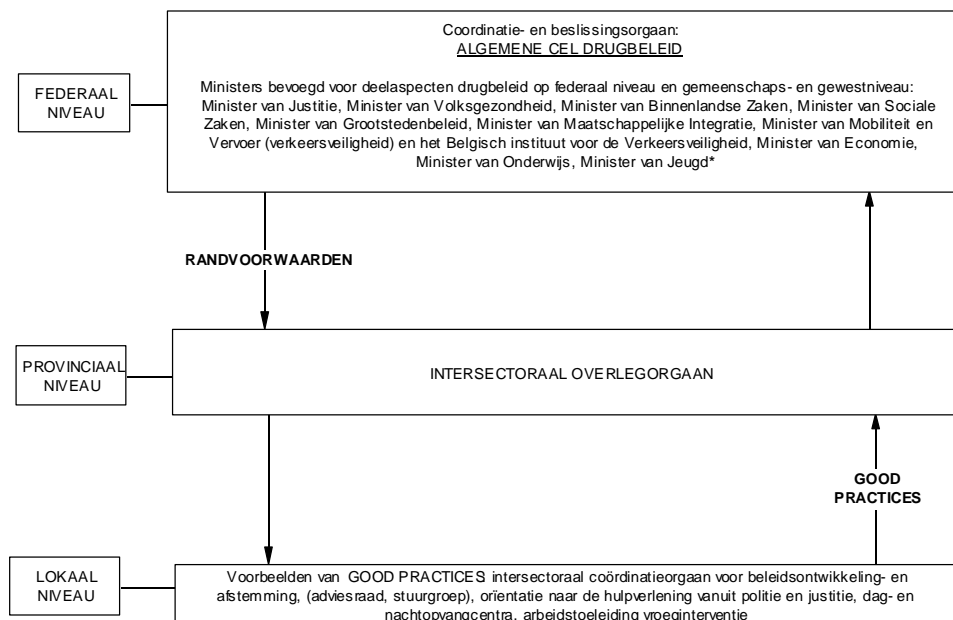
Met de Algemene Cel Drugbeleid geïnstalleerd op federaal niveau met vertegenwoordiging van bevoegde overheden verantwoordelijk voor deelaspecten van het drugbeleid wordt dergelijk coördinatie- en beslissingsorgaan werkelijkheid. Als deze Cel opgericht in 2003 naar aanleiding van de aanbevelingen van de federale drugnota, de werkzaamheden aanvangt kan er werkelijk sprake zijn van een gecoördineerd, coherent integraal en geïntegreerd drugbeleid voor België en blijft het niet langer bij geïsoleerde initiatieven op de verschillende bevoegdheidsniveaus.

Ten eerste moet de Algemene Cel Drugbeleid de randvoorwaarden creëren opdat good practices op lokaal niveau mogelijk worden. Ten tweede is het essentieel voor een integraal en geïntegreerd drugbeleid dat het beleid zowel “top-down” als “bottom-up” tot stand komt. Het beleid dat wordt ‘gemaakt’ door de federale en regionale overheden moet duidelijk worden gecommuniceerd naar het provinciale en lokale niveau (“top-down”). Een integraal en geïntegreerd drugbeleid concretiseert zich immers op het lokale niveau. De drugproblematiek laat zich voelen op het lokale niveau en het is dan ook daar waar beleidsvoorstellen een antwoord kunnen bieden op de lokale drugproblematiek en beleidsinitiatieven worden geïmplementeerd. Net omdat de uitwerking van initiatieven plaatsvindt op het terrein is ook een beleid dat “bottom-up” tot stand komt randvoorwaarde voor de realisatie en continuatie van een integraal en geïntegreerd drugbeleid. Professionelen op het terrein krijgen immers vaak als eerste kennis van nieuwe ontwikkelingen en tendensen. Deze informatie is dan ook waardevol om specifieke samenwerkingsverbanden te modelleren op basis van veranderende omstandigheden maar ook om het algemeen beleid te kunnen bijsturen. De Algemene cel Drugs moet met andere woorden het beleid ‘voeden’ en signalen en good practices ‘opzuigen’ en verspreiden (cf onderstaand schema). Met deze Cel kan België ook werkelijk het objectief van een integraal en geïntegreerd drugbeleid nastreven.

2. De installatie van een intersectoraal overlegorgaan in functie van de beleidsontwikkeling van de federale en regionale overheden

Een drugbeleid dat van onderuit, “bottom-up” tot stand komt is essentieel in een integraal en essentieel drugbeleid. Om dit te realiseren is de installatie van een intersectoraal orgaan in functie van de beleidsontwikkeling van de federale en regionale overheden aanbevolen. Dergelijk orgaan waar alle sectoren worden vertegenwoordigd dient te worden geïnstalleerd op provinciaal niveau. Het provinciaal niveau leent zich er immers toe om good practices uit te wisselen en kan fungeren als klankbord om nieuwe tendensen op te vangen van professionelen actief in het werkveld. Op deze wijze kunnen nieuwe ontwikkelingen en sectoroverschrijdende signalen doorstromen naar de hogere overheden om het beleid bij te sturen als reactie op veranderende omstandigheden. Bovendien is dergelijk platform niet enkel bevorderlijk voor de verschillende bevoegdheidsniveaus maar ook voor de sectoren op het terrein als opportuniteit om samenwerkingsverbanden te kunnen opzetten om snel tegemoet te komen aan nieuwe ontwikkelingen (cf. onderstaand schema).

INTEGRAAL EN GEÏNTEGREERD DRUGBELEID



* Voor gedetailleerde informatie, zie schema's DEEI III. INVENTARISERING ACTOREN EN BEVOEGDHEDEN

3. Beleidsintenties moeten zichtbaar worden in financieringskanalen en alle deelaspecten van het drugbeleid dienen afdoende te worden gefinancierd door de verantwoordelijke bevoegdheidsniveau

Het is noodzakelijk dat het beleid een visie uitdraagt en aangeeft welke acties moeten ondernomen worden door professionelen in het werkveld gezien een integraal en geïntegreerd drugbeleid zich concretiseert op het lokale niveau. Het geeft de lijnen aan waar binnen sectoren kunnen handelen. Beleidsintenties moeten ook zichtbaar worden in de financieringskanalen en de middelen die worden vrijgemaakt moeten toereikend zijn opdat objectieven kunnen gerealiseerd worden en het beleid ook werkelijk kan worden geïmplementeerd.

De bevoegdheidsverdeling voor het drugbeleid is niet eenvoudig maar is een gevolg van de complexiteit van de Belgische staatsstructuur en de multidimensionaliteit van het drugfenomeen. Dit brengt met zich mee dat verschillende bevoegdheidsniveau verantwoordelijk zijn voor de installatie van een integraal en geïntegreerd drugbeleid. Ieder bevoegdheidsniveau, als schakel in een integraal en geïntegreerd drugbeleid, is dan ook verantwoordelijk voor het formuleren van heldere beleidsdoelstellingen en dient dit te koppelen aan afdoende financiering van die beleidsaspecten waarvoor het bevoegd is. Indien niet alle maar slechts deelaspecten van het drugbeleid worden gefinancierd is het immers niet mogelijk een integraal en geïntegreerd drugbeleid te realiseren. Het is essentieel dat ieder bevoegdheidsniveau verantwoordelijk voor deelaspecten van het drugbeleid de verantwoordelijkheid opneemt.

4. Duurzame en structurele financieringskanalen zijn randvoorwaarden voor de uitbouw van een integraal en geïntegreerd drugbeleid

Tot op heden ontbreken duurzame en structurele financieringskanalen. Dit heeft zijn implicaties voor de realisatie van een aanpak op lange termijn en limiteert of hypothekeert de ontwikkeling van interventies tussen sectoren. Een tekort aan middelen is een bedreiging voor de continuïteit van samenwerkingsverbanden tussen sectoren. Voldoende middelen zijn een randvoorwaarde om te vermijden dat partners concurreren en zich terugtrekken binnen de eigen sector, ten koste van

intersectorale samenwerking en ten koste van de realisatie van een integraal en geïntegreerd drugbeleid. Bovendien is het aangewezen specifieke middelen vrij te maken voor de implementatie van intersectorale interventies.

5. Evidence –based beleid en instrumenten voor beleidsmonitoring- en evaluatie zijn noodzakelijk om een effectief integraal en geïntegreerd drugbeleid te implementeren

Beleidsmonitoring maakt mogelijk een analyse te maken van de lokale problematiek. Een gedegen analyse is niet enkel belangrijk om beleidsprioriteiten te kunnen bepalen maar is ook een waardevol instrument om de dialoog tussen sectoren in kader van een lokale beleidsontwikkeling te stimuleren teneinde intersectorale interventies te kunnen opzetten.

Instrumenten voor beleidsmonitoring- en evaluatie net als de ontwikkeling van uniforme registratiesystemen zijn dan ook onontbeerlijk. Aan de hand van instrumenten voor beleidsmonitoring kan de omvang, aard en evoluties van het drugfenomeen in kaart worden gebracht ter ondersteuning van het drugbeleid en communicatie en samenwerking als essentiële randvoorwaarden voor een integraal en geïntegreerd drugbeleid worden gestimuleerd.

6. Installatie van good practices

In de literatuur- en haalbaarheidsstudie werden do's en don'ts geïdentificeerd die betrekking hebben op de *aard* van intersectorale interventies (*inhoud*). Volgende good practices zijn aanbevelenswaardig en moeten in overweging worden genomen in kader van een integraal en geïntegreerd drugbeleid.

Interventies waar verschillende sectoren samenwerken en er dus verschillende beleidsdoelstellingen worden nagestreefd kadert niet enkel binnen een integraal en geïntegreerd drugbeleid maar zijn ook het meest belovend en meest effectief. Het is dan ook noodzakelijk hierin te investeren om een integraal en geïntegreerd drugbeleid te realiseren.

6.1 De oriëntatie naar de hulpverlening vanuit politie en justitie

De oriëntatie naar de hulpverlening vanuit politie en justitie op ieder echelon van de strafrechtsbedeling is een goede praktijk waar zowel een veiligheid- als welzijn en gezondheidsobjectief wordt nagestreefd. Dergelijk samenwerkingsverband is een goede praktijk aangezien het kan bijdragen tot reductie van recidive en een verbetering van de levensdomeinen voor het individu. Het is aanbevelenswaardig om deze praktijk uit te breiden en ook de welzijn- en gezondheidssector systematisch te betrekken in dergelijke samenwerkingsverbanden. Op deze manier kan er ook expliciet worden gewerkt aan de verschillende levensdomeinen waardoor het objectief van terugvalpreventie, sociale integratie en nazorg sterker kan gerealiseerd worden.

In het kader van de samenwerking tussen de sector veiligheid en de hulpverlening is het bovendien aangewezen een figuur te installeren die fungeert als tussenschakel tussen beide sectoren. Dergelijke werkwijze schept meer duidelijkheid en heeft als gevolg dat er niet wordt geraakt aan de finaliteit van iedere sector. Met de installatie van een figuur als tussenschakel is er een duidelijk onderscheid tussen sectoren en geen inmenging wat waarborgt dat de hulpverlening geen verlengstuk wordt of ten dienste staat van justitie. Op deze manier kan een stuk tegemoet worden gekomen aan de bezorgdheid en bestaande discussies terzake. Het is alleszins van belang zich te buigen over de kwestie van het beroepsgeheim en tot een akkoord hierover te komen opdat samenwerking tussen deze sectoren niet verhinderd wordt.

Bovendien kan gepleit worden om te investeren in een diversificatie van het aanbod om overlap te ondervangen. Op deze manier kan concurrentie binnen de hulpverlening worden tegen gegaan. Bovendien moet de assessment van de hulpvraag of indicatiestelling los staan van de toewijzing naar een bepaald centrum.

6.2 Dag- en nachtopvang en toeleiding naar arbeid en woonprojecten

Met de installatie van dag- en nachtopvangcentra kunnen dakloze druggebruikers op straat worden opgevangen en wordt het mogelijk deze moeilijk te bereiken doelgroep te bereiken. Dergelijke praktijken zijn goede praktijken aangezien hiermee de overlast op straat en druggerelateerde criminaliteit kan worden aangepakt en bijdraagt tot een verbetering op de verschillende

levensdomeinen. Het is dan ook aanbevolen dat dergelijke praktijken zich niet beperken tot een loutere opvang maar er ook wordt voorzien in basis- en zorgvoorzieningen met toegang tot medische verzorging met mogelijkheden tot bijvoorbeeld substitutiebehandeling en spuitenruil. In dit kader kan ook gedacht worden aan gebruikersruimten vanuit het oogpunt van harm reduction⁵⁰. Naast partners uit de welzijn- en gezondheidssector, preventie (harm reduction) en hulpverlening is ook de sector veiligheid een belangrijke partner. Politie kan immers dakloze druggebruikers op straat doorverwijzen zodat de instroom kan toenemen.

Om niet enkel de aanpak van de individuele drugproblematiek te bewerkstelligen maar ook te werken aan een verbetering van de levensdomeinen vanuit het gegeven dat dergelijke aanpak effectiever is in termen van recidive en terugvalpreventie, is het aanbevelenswaardig samenwerkingsverbanden op te zetten tussen sectoren waar er wordt geïnvesteerd in huisvesting en ook de toeleiding naar arbeid mogelijk wordt. Aan de hand van systematische en structurele samenwerking tussen de welzijn- en gezondheidssector in het kader van woon- en arbeidsvoorzieningen en met de hulpverlening om te werken aan de drugproblematiek kan deze praktijk vorm krijgen.

6.3 Intersectorale interventies in het kader van preventie en vroeginterventie

Door middel van preventie en vroeginterventie kan reeds in een vroeg stadium worden ingegrepen waardoor de kans op ontwikkeling van (problematisch) druggebruik afneemt. Er kan gedacht worden aan verschillende kanalen om jongeren te detecteren en te bereiken. Klassieke kanalen zijn politie en justitie maar ook ouders kunnen vroegtijdig signalen opvangen. Aangezien druggebruik zich manifesteert op jonge leeftijd zijn scholen en bijvoorbeeld de jeugdbeweging ook belangrijke partners. Er kan worden gewerkt rond sociale vaardigheden als beschermende factor voor de ontwikkeling van (problematisch) druggebruik en bovendien hebben scholen een belangrijke signaalfunctie. Het uitwerken van een drugbeleid op school zodat er bewust kan worden gewerkt rond de drugproblematiek is dan ook aangewezen.

6.4 Repressieve acties in combinatie met het optreden van de bestuurlijke overheid en in afstemming met sociale- en welzijnsdiensten en hulpverleningscentra

Dergelijke praktijken dragen bij tot de aanpak van drugsoverlast. In dit kader kan gedacht worden aan administratieve sancties om bijvoorbeeld overlast ten gevolge van verloedering tegen te gaan. Bovendien moeten repressieve acties worden georganiseerd met ondermeer sociale en welzijnsdiensten zoals crisisopvang en andere laagdrempelige hulpverleningscentra om een doorverwijzing te realiseren.

6.5 Intersectorale interventies in het kader van beleidsontwikkeling en afstemming

Het is noodzakelijk dat diverse sectoren betrokken in het drugbeleid elkaar kunnen ontmoeten voor de ontwikkeling van een integraal en geïntegreerd lokaal drugbeleid zodat effectieve samenwerkingsverbanden tussen sectoren gericht op een specifiek thema kunnen opgezet worden. Het louter samen brengen van sectoren is echter niet voldoende.

De installatie van een stuurgroep of adviesraad op lokaal niveau waar alle sectoren zich kunnen verenigen is aanbevelenswaardig aangezien het een randvoorwaarde of eerste noodzakelijke aanzet is voor de ontwikkeling van een integraal en geïntegreerd lokaal drugbeleid.⁵¹

7. Vermijden van bad practices

Het is niet enkel aanbevelenswaardig maar ook van wezenlijk belang in een integraal en geïntegreerd drugbeleid om interventies onderling af te stemmen. Interventies die gebeuren in isolatie en waarbij er

⁵⁰ Zoals geïnstalleerd in bijvoorbeeld Nederland, Duitsland, Zwitserland.

⁵¹ In het 'Draaiboek voor het opzetten van best practices in het kader van een integraal en geïntegreerd drugbeleid', opgenomen in bijlage, wordt hier dieper op ingegaan. Een overzicht wordt gegeven van de stappen die moeten gevolgd worden om een integraal en geïntegreerd drugbeleid te kunnen uitbouwen en effectieve samenwerkingsverbanden tussen sectoren betrokken in het lokaal drugbeleid op te zetten.

geen afstemming is met andere sectoren staan haaks op het objectief van een integraal en geïntegreerd drugbeleid.

Interventies louter gericht naar repressie of wetshandhaving door politie hebben hun effectiviteit niet bewezen in de reductie van druggebruik en druggerelateerde criminaliteit. Repressieve acties dienen dan ook steeds georganiseerd te worden in samenwerking of overleg met andere sectoren. Samenwerking en afstemming met bijvoorbeeld crisisopvang of hulpverleningscentra is noodzakelijk om een doorverwijzing te realiseren

Preventie door middel van informatielessen rond drugs en druggebruik verzorgd door politiemensen is niet effectief. De meeste resultaten worden geboekt indien leeftijdsgenoten worden ingezet. Bovendien is een drugbeleid op school aanbevelenswaardig. Jongeren kunnen immers via het onderwijs bereikt worden en scholen zijn een belangrijke partner om sociale vaardigheden, als beschermende factor voor de ontwikkeling van (problematisch) druggebruik, aan te leren alsook signalen die wijzen op problematisch druggebruik op te vangen zodat snel(ler) kan worden ingegrepen. Ouders dienen ook geïnformeerd te worden over het drugfenomeen opdat ook zij sneller signalen zouden opvangen. Er dienen meer preventieve informatiecampagnes te worden gevoerd voor (il)legale drugs.

8. Essentiële randvoorwaarden moeten in rekening worden gebracht in het kader van een integraal en geïntegreerd drugbeleid

Knelpunten en mogelijkheden die naar voren komen in het onderzoek kunnen vertaald worden naar een aantal essentiële randvoorwaarden die in rekening moeten gebracht zodat de implementatie (proces) en continuïteit van intersectorale samenwerkingsverbanden niet in het gedrang komt.

8.1 Creëren van overleg en investeren in kennisoverdracht en opleiding

Het creëren van overleg en netwerking waar de kennis van sectoren over elkaars werking centraal staat is een randvoorwaarde om intersectorale samenwerking te realiseren. Overlegstructuren zijn noodzakelijk om de samenwerking tussen sectoren te bereiken om een integraal en geïntegreerd drugbeleid te installeren maar ook om te evolueren van personalisme naar structuralisme. Samenwerking en contacten tussen sectoren is immers vaak opgehangen of afhankelijk van bepaalde personen. Door het creëren van overlegstructuren kan de continuïteit van contacten en overleg worden gegarandeerd. Overlegstructuren fungeren als platform waar sectoren elkaar kunnen ontmoeten en leren kennen. Kennis van elkaar is bijgevolg noodzakelijk om inzicht en besef te krijgen van de mogelijkheden en grenzen inherent aan ieders werkkader en finaliteit en schept een opportuniteit voor (toekomstige) samenwerking. Respect voor de finaliteit van een sector is immers essentieel om intersectorale samenwerking op te zetten. Overleg is belangrijk voorafgaand aan de installatie van een samenwerkingsverband maar is evengoed een belangrijk instrument om bestaande samenwerking te bevorderen. Op deze manier wordt er ruimte gecreëerd om openlijk te communiceren en mogelijke problemen te bespreken wat noodzakelijk is voor de continuïteit van de samenwerking. Naast kennis over de cultuur of eigenheid van een sector en organisatie is het van primordiaal belang te investeren in opleiding waar kennis van de drugproblematiek en de aanpak hiervan centraal staat. Op deze manier kan uniformiteit betreffende de doelstelling van de aanpak en wijze waarop dit wordt aangepakt worden nagestreefd.

8.2 Sectorversterking

De mate of sterkte waarop een sector is georganiseerd faciliteert en geeft intersectorale samenwerkingsverbanden meer kans tot slagen. Om die reden is het ook belangrijk te investeren in sectorversterking. Een sector of dienst dat een bepaalde sector vertegenwoordigt als partner in een samenwerkingsverband behoeft een goede interne organisatie en uitgebouwde contacten met andere diensten uit een zelfde sector zodat het initiatief kan worden uitgedragen en er kan worden over de output en resultaten van de samenwerking zowel extern, naar andere diensten als intern, naar praktijkwerkers op het terrein.

8.3 Samenwerking formaliseren

Juist omdat intersectorale samenwerking betekent dat diverse partners vanuit verschillende achtergronden en met een ander werkkader verenigd worden is een **duidelijke verdeling van taken** noodzakelijk. Nochtans mag dit niet beperkt zijn tot mondelinge overeenkomsten maar biedt het een houvast om de **taak en verantwoordelijkheid van iedere partner te formaliseren** door dit uit te schrijven in een actieplan of samenwerkingsovereenkomst. Op deze manier kan ook de methodiek gesteund op de achterliggende doelstelling van de samenwerking bewaakt worden. Een samenwerkingsovereenkomst vastgelegd op papier is een nuttig instrument om de samenwerking te stroomlijnen en om te kunnen bijsturen indien de samenwerking niet meer vlot verloopt. Bovendien is dergelijk document zinvol om nieuwe partners te introduceren naar aanleiding van personeelwissels.

8.4 Sturend mandaat binnen de sector of organisatie

Naast het gegeven dat de formalisering van de samenwerking en het uitschrijven van taken en verantwoordelijkheden die sectoren hebben ten aanzien van elkaar wordt ook een nood signaleerd aan een duidelijk afsprakenkader binnen de sector. Een te sterke vrijblijvendheid kan averechts werken. Een afsprakenkader gekoppeld aan een sturend mandaat binnen de sector of organisatie is ook een voorwaarde aangezien de wijze waarop een sector is georganiseerd ook de samenwerking tussen sectoren beïnvloedt.

8.5 Coördinatie

Coördinatie is een randvoorwaarde om de vorm en inhoud van de samenwerking te bewaken. Met de aanstelling van een coördinator met een duidelijk mandaat binnen een samenwerkingsverband kan de samenwerking worden gestimuleerd. Een coördinator heeft immers een voortrekkersrol met als gevolg dat deze figuur de sturende kracht is met het oog op continuïteit. Door de functie van coördinator te voorzien in een samenwerkingsverband kan het voortouw worden genomen en erover gewaakt worden dat alle partners worden betrokken en als gelijkwaardig worden beschouwd. Het engagement van alle partners is immers noodzakelijk voor het voortbestaan van de samenwerking.

9. Bestaande lacunes in het drugbeleid betreffende intersectorale interventies aanvullen en investeren in de instroom van vergeten doelgroepen

Om te investeren in de (verdere) uitbouw van een integraal en geïntegreerd drugbeleid is het noodzakelijk de aandacht te richten naar volgende interventies en doelgroepen. Tot op heden kunnen er op deze terreinen echter hiaten worden vastgesteld. Het is aanbevelenswaardig intersectorale interventies op te zetten waarbij de welzijn- en gezondheidssector systematisch wordt betrokken als volwaardige partner. Op deze manier kan er gezorgd worden voor bijvoorbeeld arbeidstoeleiding of huisvesting en het objectief van sociale reïntegratie en nazorg ook werkelijk gerealiseerd worden. Hulpverlening tijdens de detentie is niet tot ondermaats uitgebouwd. Gelet op de aanwezigheid van een drugproblematiek in de gevangenis is dit immers onontbeerlijk. Bovendien schept de detentietijd een opportuniteit om te werken rond de drugproblematiek en draagt ook bij tot het objectief van sociale reïntegratie. Maar niet enkel hulpverleningsvoorzieningen in de gevangenis maar ook na de vrijlating zijn essentieel om te voorzien in nazorg en de kans op terugval te verminderen. Om dit te realiseren is een structurele en systematische samenwerking tussen het gevangeniswezen en externe hulpverlening, welzijn –en gezondheidssector, preventie (harm reduction) hoognodig. Om een toename van zorg- en hulpverleningsvoorzieningen te voorzien kan gedacht worden aan een samenwerkingsakkoord tussen de ministers bevoegd voor justitie en volksgezondheid gepaard gaand met een specifieke financiering hiervoor. Dag- en nachtopvangcentra voor dakloze en thuisloze druggebruikers zijn onmisbaar in de aanpak van de drugproblematiek. In België zijn dergelijke initiatieven nochtans schaars. Er moet niet enkel worden geïnvesteerd in dag- en nachtopvang waar basisvoorzieningen aanwezig zijn maar waar er ook toegang is tot diverse zorgvoorzieningen ondermeer in het kader van harm reduction. De bestaande Medisch Sociale Opvangcentra aanwezig in 8 Belgische steden zijn dan ook een belangrijke aanzet in dit verhaal. Het bestaande welzijn- en hulpverleningsaanbod is niet afgestemd op dubbele diagnose patiënten, anderstaligen, personen met

een precaire verblijfsstatus, vrouwen en jonge druggebruikers. Om de instroom van deze doelgroepen te garanderen moeten voorzieningen worden geïnstalleerd die specifiek zijn afgestemd op deze doelgroep. Het is dan ook van belang om het aanbod te diversifiëren en te (her)organiseren ondermeer in functie van deze doelgroepen.

CHAPITRE II . RECOMMANDATIONS

Les différents points ci-dessous nous permettrons de présenter diverses recommandations sur base des informations que nous avons collectées tout au long de cette recherche. Cette recommandations cadrent dans l'approche du problème des drogues et se rapportent à l'approche des drogues illégales et légales.

1. La mise en place d'un organe de coordination et de décision au niveau fédéral pour la mise en oeuvre d'une politique "top-down" et "bottom-up" ainsi qu'une harmonisation verticale et horizontale de la politique

La mise en place d'un organe de coordination et de décision ayant pour tâche l'harmonisation horizontale et verticale, tant de façon « top-down » que « bottom-up », des politiques en matière de drogues, est un des conditions à remplir pour la réalisation d'une véritable politique intégrale et intégrée en matière de drogues.

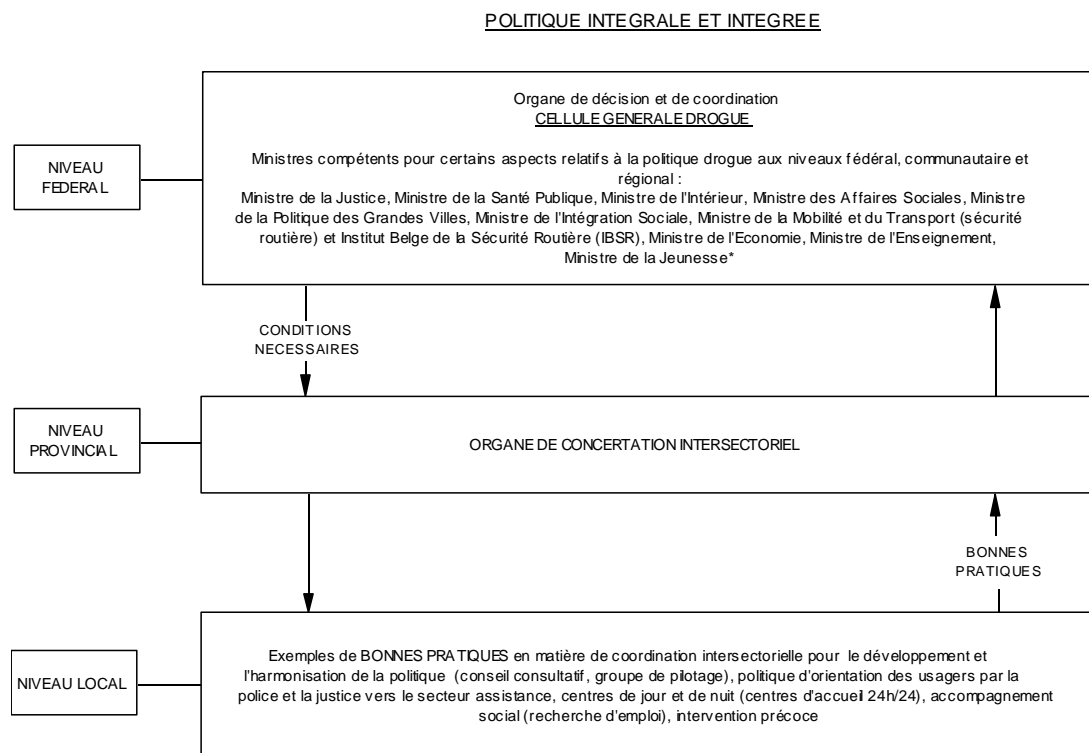
Grâce à la mise en place de la Cellule Générale Drogues au niveau Fédéral, Cellule au sein de laquelle sont représentées les autorités compétentes, responsables pour certains aspects de la politique drogue, le souhait d'un tel organe de coordination et de décision devient réalité. Lorsque cette Cellule, mise en place en 2003, pourra démarrer ses activités, il sera alors vraiment question en Belgique d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues coordonnée et cohérente. Le stade de simples initiatives isolées et s'inscrivant à différents niveaux de compétences sera alors révolu.

Dans un premier temps, la Cellule Générale Drogue doit mettre en place les conditions nécessaires à la mise en oeuvre de bonnes pratiques au niveau local. Dans un second temps, il est nécessaire qu'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues soit mise en oeuvre aussi bien de façon « top-down » que « bottom-up ». La politique établie au niveau des autorités fédérales et régionales se doit d'être clairement communiquée aux niveaux provincial et local (« top-down »). En effet, une politique intégrale et intégrée se concrétise toujours au niveau local puisque c'est à ce niveau que le phénomène de consommation de drogues se fait sentir. C'est donc à ce niveau que les propositions du politique peuvent permettre une réponse à la problématique locale de la drogue et que ces initiatives politiques peuvent être implémentées.

Par ailleurs, c'est précisément parce que l'impact des initiatives se fait ressentir au niveau du terrain, qu'une politique « bottom-up » s'avère également être indispensable à la réalisation et à la continuité d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues puisque ce sont souvent les professionnels du terrain qui sont les premiers à avoir connaissance de l'évolution du phénomène et des nouveaux produits et types de consommation. Ces informations ont évidemment toute leur importance pour permettre la modélisation de formes de collaboration spécifiques qui tiennent compte des circonstances changeantes. Ces données jouent aussi un rôle crucial dans l'adaptation de la politique générale en matière de drogues. La Cellule Générale Drogues doit, en d'autres termes, se nourrir des initiatives politiques mais aussi tenir compte des « signaux » et « bonnes pratiques » provenant des niveaux inférieurs avant de les répandre. (cfr : schéma ci-dessous)

Cette Cellule devrait en tout cas permettre à la Belgique de suivre sa route vers la mise en oeuvre d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues.

2. La mise en oeuvre d'un organe de concertation intersectoriel selon le développement de la politique menée par les autorités fédérales et régionales



* Pour des informations plus détaillées, voir les différents schémas dans la PARTIE III. INVENTAIRES DES ACTEURS ET COMPETENCES

Une politique en matière de drogues mise en place de façon « bottom-up » est, nous l'avons dit, essentielle. Pour ce faire, il est conseillé de créer un organe intersectoriel en fonction du développement de la politique des autorités fédérales et régionales. La création d'un tel organe au sein duquel tous les secteurs sont représentés semble devoir se faire au niveau provincial. Le niveau provincial se prête en effet très bien à l'échange de bonnes pratiques entre les différents acteurs et pourrait ainsi répercuter les évolutions du phénomène observées vers les professionnels actifs sur le terrain. C'est ainsi que les évolutions du phénomène et les « signaux trans-sectoriels » pourront transiter vers les instances supérieures, afin que la politique en matière de drogue puisse être adaptée aux changements du phénomène. Enfin, une telle plateforme est favorable non seulement pour les différents niveaux de compétences, mais aussi pour les acteurs de terrain des différents secteurs pour adapter les formes de collaboration existantes, en créer éventuellement d'autres et surtout pour pouvoir réagir rapidement aux changements divers (type de consommation, nouveaux groupes cibles, nouvelles substances). (cfr : schéma ci-dessous)

3. Les intentions politiques doivent être visibles au travers des canaux de financement et tous les aspects de la politique en matière de drogues doivent être financés efficacement par les niveaux de compétence responsables

Il est nécessaire qu'une vision claire de la politique à suivre se dégage et que celle-ci indique les actions que les acteurs de terrain devraient prioritairement entreprendre, étant donné que c'est au niveau local que se concrétise une politique intégrale et intégrée en matière de drogues. Cette politique doit définir un cadre au sein duquel les secteurs peuvent agir. Les intentions de la politique doivent par ailleurs être visibles au niveau du financement et des moyens libérés qui se doivent d'être suffisants

pour permettre la réalisation des objectifs prévus, et par conséquent, une mise en œuvre concrète de la politique à suivre.

La répartition claire des compétences dans le cadre de la politique belge en matière de drogues n'est pas simple dans la mesure où elle est le résultat de la complexité de la structure de notre pays et de l'aspect multidimensionnel du phénomène des drogues. Ceci implique aussi que les différents niveaux de compétence sont responsables de l'implémentation d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues. Chaque niveau de compétence, en tant qu'élément « charnière » d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues, se doit de formuler des objectifs clairs relatifs à son niveau d'action, assortis d'un financement adéquat pour les aspects de la question des drogues relevant de sa compétence. Certes, les divers aspects de la politique en matière de drogues ne sont pas financés de la même manière, mais on constate que le financement des aspects relatifs au phénomène est toujours plus conséquent sans qu'il ne soit possible de réaliser une politique intégrale et intégrée en matière de drogue.

4. Des canaux de financement durables et structurels sont une (des) condition au développement d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogue

A ce jour, il n'existe pas réellement de canaux de financement durables et structurels, ce qui entrave une véritable approche à long terme du phénomène. De plus, le développement d'interventions entre secteurs s'en voit dès lors limité, voir hypothéqué puisque qu'un manque de moyens constitue une menace pour la mise en œuvre où la continuité des accords de collaboration entre secteurs. Il est impératif de prévoir suffisamment de moyens si l'on veut éviter que des partenaires se fassent concurrence ou s'isolent, au détriment d'une collaboration intersectorielle et de la réalisation d'objectifs communs. En outre, il serait judicieux de libérer des moyens spécifiques à la mise en œuvre d'interventions intersectorielles propres.

5. La mise en œuvre d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogue nécessite une politique « evidence-based » et des instruments de monitoring et d'évaluation

Le contrôle continu (monitoring) de la politique à suivre rend possible une analyse du phénomène des drogues au niveau local. Si une analyse solide est non seulement nécessaire pour pouvoir déterminer les priorités de la politique à suivre, elle est également un instrument précieux pour stimuler le dialogue entre secteurs dans le cadre du développement d'une politique locale efficace et d'interventions intersectorielles. L'utilisation d'instruments de contrôle continu et d'évaluation de la politique en matière de drogues, de même que le développement de systèmes d'enregistrement uniformes sont donc indispensables. Ils doivent permettre de donner une vue de l'ampleur, de la nature et des évolutions du phénomène des drogues, pour pouvoir clarifier la politique à suivre et stimuler la communication et la collaboration, éléments nécessaires à la mise en place d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues.

6. Mise en place de bonnes pratiques

La revue de littérature et des études de faisabilité ont permis d'identifier des bonnes et mauvaises pratiques (« faire et ne pas faire ») relatives à la *nature* des interventions intersectorielles.

Les bonnes pratiques suivantes valent la peine d'être prise en considération dans le cadre d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogue.

Les interventions impliquant la collaboration de plusieurs secteurs et portant sur divers objectifs politiques s'insèrent non seulement dans le cadre d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogue, mais semblent aussi être les plus prometteuses et les plus effectives sur le terrain. Il est donc nécessaire d'investir dans ce type d'intervention pour la mise en œuvre d'une politique intégrale et intégrée.

6.1. Renvoi vers l'assistance depuis les secteurs police et justice (secteur sécurité)

Le renvoi vers l'assistance depuis les secteurs police et justice, à chaque échelon de la procédure pénale, est une bonne pratique. Etant donné que ce renvoi vise des objectifs tant sécuritaires que sanitaire, une telle forme de collaboration est une bonne pratique vu qu'elle peut contribuer à améliorer les domaines de vie de l'utilisateur et réduire la récurrence. Il est conseillé d'élargir cette pratique et d'impliquer systématiquement le secteur social dans ce type de collaboration. En procédant de la sorte, le travail s'effectue explicitement sur plusieurs aspects de vie de l'utilisateur, ce qui permet de travailler au niveau de la prévention de la rechute, de l'intégration sociale et d'une posture éventuelle.

Toujours dans le cadre de cette collaboration entre secteur sécurité et assistance, il est également souhaitable de prévoir un poste de « jonction » entre les deux secteurs. En prévoyant un poste « charnière » entre les secteurs, la distinction entre ceux-ci est clairement établie, les interférences et éventuelles juxtapositions disparaissent, ce qui peut éviter que l'assistance ne devienne la continuité du judiciaire ou qu'elle ne soit à son service. On apporte ainsi une réponse claire aux inquiétudes des secteurs. Il importe de se pencher sur la question du secret professionnel et de réfléchir à un accord entre secteur sécurité et secteurs assistance afin que cette question n'entrave plus la collaboration entre ces deux secteurs.

Au niveau de l'assistance, on pourrait aussi plaider pour une diversification de l'offre afin d'éviter des chevauchements intrasectoriels. Ceci permettrait de lutter contre la concurrence au sein du secteur assistance. Enfin, l'évaluation de la demande d'aide et le diagnostic doit se faire indépendamment du renvoi vers un centre donné.

6.2 Accueil de jour et de nuit (Centres d'accueil 24h/24) – renvoi vers des projets d'aide et de logement

L'installation de centres d'accueil de jour et de nuit permet d'accueillir les usagers de drogue les plus marginaux et de toucher ce groupe cible habituellement difficile à atteindre. L'installation de tels centres correspond à une bonne pratique puisqu'elle permet de s'attaquer aux nuisances publiques et à la criminalité liée aux drogues. Ces centres contribuent également à l'amélioration des différents « domaines de vie » de l'utilisateur. Il est en outre conseillé de ne pas limiter cette pratique à un accueil pur et simple, mais bien de prévoir les équipements sanitaires de base et un accès à des soins médicaux qui pourraient permettre, par exemple, un traitement de substitution où l'échange de seringues. Dans ce cadre, on pourrait envisager des salles de consommation dans une optique de réduction des risques⁵². A côté des partenaires représentés par le secteur santé et bien-être en général (prévention/réduction des risques ; assistance), le secteur sécurité est également un partenaire incontournable. La police peut en effet participer à l'orientation des usagers de drogues sans domicile fixe vers l'assistance (centre d'accueil), afin d'augmenter le nombre d'utilisateurs pris en charge.

Afin d'effectuer une approche individuelle de la problématique des drogues, d'une part, et d'œuvrer à l'amélioration des différents « domaines de vie » des usagers en partant du principe qu'une telle approche est plus efficace en terme de nuisances et de prévention de la récurrence, d'autre part, il est recommandé de mettre également sur pied des formes de collaborations avec des services qui habituellement investissent dans le logement et/ou qui offrent un accompagnement vers l'emploi.

Une collaboration systématique et structurelle entre le secteur bien-être et santé, dans le cadre de ces aides au travail et au logement et le secteur assistance, pour ce qui concerne les problèmes sanitaires liés à la consommation de drogues, rend ce type de pratique possible.

6.3 Interventions intersectorielles dans le cadre de la prévention et de l'intervention précoce

Prévoir une intervention la plus précoce possible permet de diminuer le risque de consommation de drogue. Différents canaux sont possibles pour détecter et atteindre les jeunes. La police et la justice sont des canaux classiques mais aussi des parents peuvent capter précocement des signaux. Etant

⁵² Comme dans d'autres pays où ces salles sont déjà opérationnelles (Luxembourg, Suisse, Pays Bas...).

donné que l'usage de drogues peut se manifester à un très jeune âge, les écoles et par exemple des mouvements de jeunesse sont clairement des partenaires importants. Etant donné que l'usage de drogues peut se manifester à un très jeune âge, les écoles sont clairement un partenaire important. L'école peut travailler au niveau des compétences sociales de l'enfant, comme facteur préventif face à une possible consommation de drogues. Les établissements scolaires ont aussi un rôle de « sonnette d'alarme » à jouer. Il est donc nécessaire de développer un programme spécifique à cette question dans les écoles pour travailler de manière plus consciente sur la question des drogues.

6.4 Les actions répressives combinées aux actions des autorités administratives, en accord avec les services sociaux et les centres d'assistance

Pareilles interventions, basées sur un principe similaire aux sanctions administratives au niveau local (ex : lutter contre les nuisances publiques), pourraient s'avérer effectives dans le cadre d'une approche des nuisances liées aux drogues. En outre, des actions répressives doivent être organisées en collaboration, entre autres, avec les services sociaux tels que les centres d'accueil de crise et les autres centres d'aide à bas seuil, afin d'y orienter les personnes concernées.

6.5 Interventions intersectorielles dans le cadre du développement et de l'harmonisation de la politique en matière de drogue

Il est nécessaire que les divers secteurs impliqués dans la politique des drogues puissent, non seulement, se rencontrer pour développer une politique locale intégrale et intégrée en matière de drogues, mais aussi afin que des formes de collaboration effectives entre secteurs et orientées vers un objectif bien précis puissent être mises sur pied. En d'autres termes, la simple juxtaposition des secteurs ne suffit pas. Il est donc conseillé de réunir un groupe de pilotage ou un conseil consultatif au niveau local qui réunirait l'ensemble des acteurs concernés, car il s'agit là d'une condition de première importance pour le développement d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues⁵³.

7. Eviter les mauvaises pratiques

Il est d'une importance capitale d'harmoniser les interventions entre elles dans le cadre d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues. Les interventions menées de manière isolée et pour lesquelles aucune concertation avec d'autres secteurs n'est prévue, vont à l'encontre d'un objectif de politique intégrale et intégrée.

Les interventions d'ordre purement répressif ou visant à faire respecter la loi par la police n'ont pas prouvé leur efficacité en matière de réduction de la consommation de drogues ou de réduction de la criminalité liée aux drogues. Les actions répressives devraient donc toujours être organisées en concertation et collaboration avec les autres secteurs. Le renvoi vers d'autres secteurs doit évidemment s'effectuer en collaboration et en accord avec les centres de crise (centres de soins et d'assistance).

La prévention axée sur des séances d'information relatives aux drogues et à leur usage effectuée par des agents de police est fort critiquée et s'avère peu efficace. Les meilleurs résultats semblent être obtenus lorsque ce sont des pairs qui sont impliqués. En outre, comme nous l'avons déjà mentionné, il est conseillé de développer une politique de drogue dans les écoles afin que les jeunes puissent aborder la question par l'intermédiaire des enseignants. Les écoles sont un partenaire important pour aborder la question et pour prévenir les éléments précurseurs d'un usage de drogues et rapidement prévoir une intervention. Les parents doivent également être informés du phénomène afin d'agir le plus rapidement possible. A ce niveau, on constate peu d'information de prévention de la population par rapport à les drogues (il)légal(e)s.

⁵³ Dans le 'Draaiboek voor het opzetten van good practices in het kader van een integraal en geïntegreerd drugbeleid', en annexe, ceci est discuté en détail. Un aperçu est présenté des différentes phases pour suivre pour installer une politique intégrale et intégrée et des formes de collaboration effectives entre les secteurs impliqués.

8. Il importe de tenir compte des conditions essentielles dans le cadre d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues

Les obstacles et « éléments facilitateurs » que la recherche a fait ressortir peuvent être traduits en un certain nombre de conditions essentielles dont il faut tenir compte afin de ne pas mettre en péril le processus de mise en œuvre et de continuité des formes de collaboration intersectorielles.

8.1 Création de lieux de concertation et investissement dans le transfert des connaissances et dans l'éducation

La mise en place de lieux de concertations et de réseaux centrés sur la connaissance et le fonctionnement des différents secteurs est une condition indispensable à la collaboration intersectorielle. Les structures de concertation sont nécessaires à la collaboration entre secteurs afin de mettre en place une politique intégrale et intégrée en matière de drogues et de pouvoir évoluer du « personnalisme » vers le « structuralisme ». Comme la collaboration et les contacts entre secteurs sont souvent dépendants d'un petit nombre de personnes, la création de structures de concertation permet de garantir la continuité de ces contacts.

Les structures de concertation font office de plateformes au sein desquelles les secteurs peuvent se rencontrer et apprendre à se connaître. La connaissance de l'autre doit permettre à chacun de prendre conscience des potentialités et des limites inhérentes à chaque cadre de travail et à la finalité des autres secteurs. Le respect de la finalité de chaque secteur reste un point essentiel dans la mise sur pied d'une collaboration intersectorielle. S'il importe que la concertation s'effectue préalablement à la mise en œuvre d'une forme de collaboration, elle est également un instrument primordial dans l'amélioration d'une collaboration déjà existante. Un espace où il est possible de communiquer ouvertement et de discuter des problèmes actuels et potentiels est ainsi créé, condition indispensable à la mise en œuvre et/ou à la continuité d'une saine et effective collaboration.

Si la connaissance de la culture et des spécificités des secteurs et organisations est importante, il est cependant primordial d'investir dans l'information concentrée sur la connaissance de la problématique des drogues et sur la manière de la traiter. De cette façon, on peut tendre vers une uniformité en matière d'objectifs, d'approches et de manières d'aborder la problématique.

8.2 Renforcement sectoriel

L'importance d'un secteur et la « force » avec laquelle celui-ci est organisé facilite et augmente les chances de mise en œuvre de formes de collaboration intersectorielles. C'est pour cette raison qu'il est important d'investir dans le renforcement sectoriel. Un organisme ou un service qui représente un secteur donné en tant que partenaire d'une forme de collaboration se doit de mettre en place une bonne organisation interne et d'être en contact avec d'autres services du même secteur afin de pouvoir soutenir, de commun accord, une initiative et relayer l'information relative à la collaboration, tant vers les autres services, que vers les acteurs de terrain.

8.3 Formalisation de la collaboration

C'est précisément parce que la collaboration intersectorielle implique l'union de divers partenaires issus de différents horizons et habitués à un cadre de travail différent, qu'il est primordial de répartir clairement les tâches. Toutefois, il ne s'agit pas de s'en tenir à des accords verbaux mais bien de formaliser par écrit les tâches et les responsabilités de chaque partenaire dans un plan d'action ou un accord de collaboration. On veille ainsi à maintenir et à suivre une méthode qui s'appuie sur l'objectif inhérent à la collaboration. De plus, un accord de collaboration officialisé par écrit est un instrument utile, à la fois pour coordonner la collaboration, mais aussi pour bénéficier d'un cadre clair en cas de discordances au sein de cette collaboration. Enfin, un document écrit peut s'avérer utile lorsqu'il s'agit d'introduire de nouveaux partenaires au sein de l'accord ou de se séparer de certains.

8.4 Prévision d'un poste de gestion au sein du secteur ou de l'organisation

Outre le fait que la collaboration et la formalisation des tâches et responsabilités des secteurs les uns envers les autres s'avère nécessaire, il apparaît également indispensable de prévoir un cadre de concertation clair au sein d'un même secteur. Une trop grande liberté d'action peut s'avérer néfaste, même à un niveau intrasectoriel. La création d'un cadre de concertation assorti d'un poste de gestion au sein du secteur ou de l'organisation fait partie des choses à effectuer dans la mesure où la manière dont le secteur est organisé a une influence réelle sur la collaboration intersectorielle.

8.5 Coordination

La coordination est également nécessaire pour garantir la forme et le contenu de la collaboration. Le fait d'engager un coordinateur et de lui donner un mandat clair au sein d'une forme de collaboration contribue à stimuler la collaboration. Un coordinateur joue toujours le rôle de chef de file et c'est lui qui par conséquent représente « le moteur de la continuité ». Le fait de prévoir cette fonction de coordination au sein d'un accord de collaboration permet de veiller à ce que tous les partenaires soient impliqués et considérés de la même manière. Par ailleurs, l'engagement des partenaires est indispensable au maintien de la collaboration.

9. Comblent les lacunes existantes dans la politique des drogues en ce qui concerne les interventions intersectorielles et investir dans le traitement des groupes cibles « oubliés ».

Pour investir (et poursuivre) le développement d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues, il est important de porter son attention sur les interventions et les groupes cibles qui suivent. A ce jour, nous avons constaté de réels manquements vis à vis des points suivants :

Comme précédemment souligné, il est conseillé de mettre sur pied des interventions intersectorielles impliquant systématiquement le secteur bien-être et santé comme partenaire à part entière. Ainsi, il devrait être possible, par exemple, d'assurer systématiquement un suivi dans la recherche d'un emploi ou d'un logement et de poursuivre un objectif de réintégration sociale et/ou de postcure.

L'assistance durant la détention n'est pas suffisamment développée. Etant donné la consommation de drogues dans les prisons, ce point semble incontournable. Par ailleurs, la période de détention est une réelle opportunité pour travailler sur la problématique de consommation et contribuer également à un objectif de réintégration sociale. Cependant, ce n'est pas seulement la présence d'équipements sanitaires au sein des prisons qui est importante, mais aussi le fait de pouvoir compter sur ces services après libération de l'utilisateur pour assurer, si besoin, une postcure et diminuer ainsi les risques de rechute. Pour pouvoir mettre cela en place, il est de la plus haute importance d'établir une collaboration structurelle et systématique entre le personnel pénitencier, les services d'assistance provenant de l'extérieur, les services de prévention/réduction des risques et le secteur santé et bien-être. Pour une augmentation des services de soins on peut également penser à un accord entre les autorités compétents pour la justice et la santé publique associé à un financement spécifique.

Les centres d'accueil de jour et de nuit (Centres d'accueil 24h/24) pour les usagers de drogues sans domicile fixe sont indispensables. Toutefois, ce type d'initiative est encore relativement rare en Belgique. Il s'agit non seulement d'investir dans des centres d'accueil de jour et de nuit équipés du matériel adéquat, mais également de favoriser l'accès à divers équipements sanitaires (réduction des risques). Les centres d'accueil médicaux présents dans les huit grandes villes belges pourraient faciliter l'installation de ce type d'infrastructures. L'offre d'assistance et de bien-être existante n'est pas adaptée au problème de « double diagnostic », aux allophones, aux personnes disposant d'un permis de séjour précaire, aux femmes et aux jeunes usagers de drogues. Afin de garantir l'accès de ces groupes cibles spécifiques aux divers services, il est nécessaire d'organiser des possibilités d'accès spécifiques et de mettre en place des installations ad hoc. Une diversification de l'offre et sa (ré)organisation en fonction de ces groupes cibles est donc un élément dont il faut tenir compte.

DEEL VI. UITBREIDING

Filip Cammaert
Annelies Devue
Anne Moës
Lieven Pauwels
Freya Vander Laenen
Brice De Ruyver
André Lemaître

HOOFDSTUK I. ONDERZOEKSOBJECT: INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

De doestelling van het onderzoek *'Do's en don't's in een integraal en geïntegreerd drugbeleid'* is gericht op *het identificeren van de randvoorwaarden nodig voor een optimale implementatie van een integraal en geïntegreerd drugbeleid*. Volgende thema's worden onderzocht: *identificatie van best en bad practices, inventarisatie van bevoegdheidsdomeinen en actoren en de haalbaarheid van good practices (samenwerkingsinitiatieven) in de praktijk*. Ten slotte worden hierover aanbevelingen geformuleerd.

Het is binnen dit groter project dat huidig onderzoek of uitbreiding gesitueerd wordt. De doelstelling van huidig onderzoek, het aanreiken van een evaluatiemethodiek om beleidsrichtlijnen drugbeleid te evalueren, brengt ons onmiddellijk bij de probleemstelling zoals geformuleerd door de opdrachtgever:

'Kan de wetenschap op basis van sociaal-wetenschappelijke criteria van betrouwbaarheid en geldigheid methoden en technieken aanreiken zodat beleidsrichtlijnen, kunnen geëvalueerd worden? Beleidslijnen, zoals ministeriële richtlijnen, richtlijnen van het College van Procureurs-generaal en richtlijnen van de Orde van Geneesheren worden ontrafeld in hun constitutieve elementen. Centrale begrippen worden geconceptualiseerd en geoperationaliseerd'

Binnen het onderzoek *do's and don't's in een integraal en geïntegreerd drugbeleid* werd de onderzoeksequipe gevraagd een evaluatiemethodiek voor beleidsrichtlijnen drugs te ontwikkelen als uitbreiding. Hierbij wordt onmiddellijk de vraag gesteld of het wel mogelijk is één enkele methode te ontwikkelen die toelaat elke richtlijn drugs aan een evaluatie te onderwerpen. In de onderzoeksopdracht staat immers dat de methode moet toelaten richtlijnen komende van een minister, de procureurs generaal of de Orde van Geneesheren te evalueren. Vandaar dat gewerkt wordt naar een rapport met aanbevelingen die toelaten elke richtlijn te evalueren en aangeven waaraan een richtlijn moet voldoen om geëvalueerd te kunnen worden. Denken we maar aan een duidelijke formulering, conceptuele klaarheid vs. conceptuele bewolking⁵⁴. Hiervoor worden richtlijnen grondig bestudeerd.

Dat de doelstelling – het ontwikkelen van een evaluatiemethodiek – op zich pertinent en relevant is, hoeft geen betoog. Richtlijnen en daaruit voortvloeiende interventies of projecten moeten geëvalueerd worden. De reden hiervoor zijn divers. Zo kan het zijn dat de opdrachtgever vraagt om een verantwoording van aanwenden van door subsidie toegekende middelen. Wordt het gegeven budget aangewend en goed aangewend? Hoe worden de middelen aangewend? En misschien zelf de belangrijkste vraag: zorgen de aangewende middelen voor een verandering in de gewenste richting? Hieruit kunnen dan nieuwe vragen afgeleid worden. Dienen bepaalde vooropgestelde doelen herbekeken te worden? Dienen de aangewende middelen finaal anders aangewend te worden? Vragen die enkel kunnen beantwoord worden na het doorvoeren van een degelijke evaluatie van richtlijnen en daaruit voortvloeiende initiatieven, projecten of interventies.

Tevens vult de ontwikkeling van een dergelijk methode een hiaat op dat al langer bestaat. Namelijk de poging een enkele methode te ontwikkelen en indien dit niet lukt, dit wetenschappelijk trachten te falsifiëren. Immers indien de ontwikkeling van een enkele evaluatie methode niet tot de mogelijkheden

⁵⁴ Zoals het gebruik van de term 'overlast', waarbij niemand echt goed weet welke lading nu precies door het begrip gedekt wordt.

behoort, moet overgegaan worden tot het vinden van een ‘recept’ dat zegt wat te doen en wat zeker niet te doen. Een recept dat toelaat keuzes te maken bij het voorgeschoteld krijgen van een te evalueren richtlijn. Of die nu komt van de minister, de procureurs Generaal of de Orde van Geneesheren.

Bijkomend moet de methode toelaten binnen bestaande samenwerkingsmodellen de evaluatie door te voeren. Wat wil zeggen, zonder extra middelen instaan voor de eigen evaluatie. Bijkomend zullen richtlijnen onvermijdelijk met zich meebrengen dat bepaalde instanties moeten samenwerken

Men wil dus een instrument om beleidsrichtlijnen te evalueren. Een evaluatiemethodiek ontwerpen die toelaat beleidslijnen, zoals ministeriële richtlijnen en richtlijnen van het College van Procureurs-generaal, de federale beleidsnota en nationale en lokale veiligheidsplannen te evalueren.

Hieruit volgt de algemene onderzoeksvraag:

- Is het mogelijk een algemene methodiek als raamwerk aan te bieden om beleidsrichtlijnen te evalueren?

Bij deze algemene onderzoeksvraag worden enkele deelvragen gesteld:

- Wat zijn de criteria waaraan richtlijnen moeten voldoen om evalueerbaar te zijn?
- Welke methoden en technieken zijn beschikbaar voor de evaluatie van richtlijnen?
- Welke methoden uit het methodologisch atelier zijn bruikbaar of niet – en waarom niet – voor de evaluatie van beleidsrichtlijnen?
- Wat is de exacte definitie van de in de opdracht gebruikte formulering ‘*evaluatie van een drugrichtlijn*’?
- Zijn er in de verschillende drugrichtlijnen gelijke constitutieve elementen te onderscheiden die het mogelijk maken centrale begrippen uit de richtlijn te conceptualiseren en dus over te gaan tot de operationalisering van drugrichtlijnen?

In het eerste deel van de uitbreiding wordt het onderzoeksobject uiteengezet. De werkwijze en de methodologie worden besproken.

In het tweede deel buigen we ons over de beschrijving van verschillende concepten van richtlijnen en van de evaluatie van richtlijnen. We bespreken een aantal knelpunten aangegeven door experts, die een poging ondernamen bepaalde richtlijnen te evalueren die wij inventariseerden. Op basis van hun vaststellingen werden een aantal voorwaarden gevonden, nodig alvorens met de evaluatie te kunnen beginnen.

In het derde deel wordt stil gestaan bij de verschillende methoden en technieken die kunnen gebruikt worden voor de evaluatie van richtlijnen. Er wordt bekeken wat goed en minder goed is aan de verschillende methoden en er wordt getracht een model van evaluatie te geven voor de evaluatie van richtlijnen.

In een laatst stuk worden de conclusies en aanbevelingen geformuleerd.

CHAPITRE II. ASPECTS METHODOLOGIQUES

1. L’objet à évaluer : les directives belges en matière de drogues

Dans un premier temps, nous nous sommes concentrés sur la recherche de directives et d’évaluations de directives relatives à la politique belge en matière de drogues. Ensuite, nous avons tenté de rassembler un maximum d’informations à la lumière de la littérature existante en matière d’évaluations des politiques publiques recensées tant en Belgique, qu’à l’étranger (particulièrement en Europe).

1.1. Revue de la littérature

Les premiers documents relatifs à la politique belge en matière de drogues nous ont été transmis par monsieur J-B. Andries, membre du Comité d’accompagnement de la présente recherche et avocat général près le parquet de Liège. C’est au sein des documents informels qu’il nous a fournis que nous

avons trouvé les premières informations pertinentes concernant les principales directives belges en matière de drogues.

Il s'est agi ensuite de poursuivre la recherche d'autres directives en matière de drogues et d'éventuelles évaluations de directives. Le travail s'est alors avéré particulièrement laborieux.

Une première difficulté de taille à laquelle nous avons été confrontés a été qu'à aucun moment, nous n'avons trouvé de site – physique ou virtuel - où toutes les informations de base nécessaires à notre recherche, en l'occurrence les directives et évaluations belges en matière de drogues, sont directement accessibles ou même mentionnées.

Par exemple,

- Sur le site internet du Collège des Procureurs généraux (2008), aucun lien direct ne permet de trouver les directives recherchées ;

- Sur le site du Service public fédéral Justice (2008) apparaît un court texte relatif aux « nouvelles dispositions » en matière de drogues⁵⁵ mais la dernière directive en matière de drogues datant du 25 janvier 2005 n'y est pas mentionnée. En outre, aucun lien direct ne permet d'obtenir des renseignements plus détaillés concernant ces « nouvelles dispositions »⁵⁶. De même, lorsqu'il s'est agi de retrouver la directive du 26 mai 1993 relative à la politique criminelle commune en matière de toxicomanie, celle-ci s'est avérée introuvable⁵⁷. Nous avons finalement appris qu'un certain nombre de directives émanant du Collège des Procureurs généraux ont été classées « confidentielles » et sont donc par le fait même inaccessibles.

Les intitulés mêmes des directives, très variables, ont représenté un second obstacle. Nous avons dû utiliser plusieurs mots clés, à savoir : « toxicomanie », « stupéfiants », « substances psychotropes », « substances psycho-actives », « drogues », pour retrouver la majorité des directives. Nous ne savons pas à l'heure actuelle si nous sommes bien en possession de la totalité d'entre elles. Il est à noter également que dans certains documents que nous avons consultés, les termes « directive » et « circulaire » étaient utilisés apparemment indistinctement.

Par ailleurs, la recherche de « directives » de l'Ordre des médecins s'est elle aussi avérée laborieuse. Le mot « directive » précédant les termes « Ordre des médecins » n'a apporté aucune information concernant les éventuelles directives existantes (que ce soit en français ou en néerlandais). Le site même de l'Ordre des médecins (2008) ne nous a pas permis de les identifier. Finalement, il s'est avéré que l'usage du terme « directive » était inapproprié et qu'il s'agissait en fait d'« avis ». La liste des avis de l'Ordre des médecins se trouve en annexe.

Ne disposant pas d'une source d'informations centralisée, nous avons lancé une vaste recherche de tout type de documents touchant de près ou de loin à la législation belge en matière de drogues et à l'évaluation des politiques publiques en général et des directives « drogues » en particulier. La littérature touchant à l'évaluation en Belgique étant peu fournie, il s'est très tôt avéré nécessaire de consulter la littérature étrangère afin d'apporter des éléments de référence plus solides.

C'est principalement via internet que le travail de repérage d'information a pu s'effectuer. Nous avons tout d'abord consulté des sites tels que ceux du ministère de la justice, du Moniteur Belge⁵⁸, des procureurs généraux, de l'ordre des médecins. Ensuite, la consultation de sites d'associations, d'organisations et de centres de recherche régionaux, nationaux et internationaux travaillant sur la problématique de la drogue (entre autres Prospective Jeunesse, Infor Drogues, l'ISP, l'INCC, ELISAD, l'ONUUDC, l'EMCDDA, l'OICS, l'IDPC, le GERN) a permis d'étoffer la littérature

⁵⁵ Le Moniteur a publié le 2 juin 2003 les nouvelles dispositions en matière de drogue, à savoir : Les lois des 4 avril et 3 mai 2003 ; L'arrêté royal du 16 mai 2003 ; La directive ministérielle du 16 mai 2003 et son complément du 28 mai 2003. Toutes ces dispositions sont entrées en vigueur le jour même de la publication (2 juin 2003).

⁵⁶ En outre, les directives n'apparaissent nulle part dans la table des matières. Elles sont reprises au chapitre « Sources du droit - circulaires » sans être citées dans le titre du chapitre.

⁵⁷ A l'écran apparaît à un moment donné l'information suivante : « Cette banque de données contient toutes les directives ministérielles du Ministère de la Justice et les circulaires communes du Collège des Procureurs généraux. Néanmoins toutes ces directives ne sont pas accessibles au grand public ».

⁵⁸ Plus accessible via le site « reflex – chrono » (2008)

disponible jusque-là. Nous avons aussi pu trouver sur ces sites des listes grises, listes de publications et listes de références, autres sources précieuses d'informations. Enfin, notre bibliographie s'est enrichie de références de périodiques juridiques identifiés par le biais du catalogue en ligne de la bibliothèque Graulich de l'Université de Liège « Source » (2008).

Les principaux mots clés utilisés, séparément ou de manière combinée, français, néerlandais ou anglais, ont été: « drogues, stupéfiants, substances psycho-actives, drugs, politiques publiques, directives, réglementations, ordre des médecins, orde van geneesheren, impact, évaluations, evaluations, evaluaties, evaluator. »

Plusieurs ouvrages et articles⁵⁹ ainsi identifiés ont pu être consultés ou empruntés dans les bibliothèques des différentes facultés de l'université.

Synthétiquement, nous avons pu rassembler les informations suivantes :

Pour la Belgique :

- les directives « drogues » existantes et le contexte législatif,
- les « directives » (avis) « drogues » de l'ordre des médecins,
- des descriptions des notions d'évaluation et de directive,
- des articles juridiques portant sur la législation en matière de drogues
- plusieurs rapports annuels du service de la politique criminelle du SPF Justice ;
- des évaluations relatives aux politiques publiques en général et aux directives drogues en particulier ;

Pour l'étranger :

- des plans européens d'action en matière de drogues,
- des plans nationaux d'action en matière de drogue,
- des monographies relatives à la politique des drogues,
- des études comparatives de législation en matière de drogues, impliquant la Belgique,
- des évaluations relatives aux politiques publiques en général et à la politique des drogues en particulier,
- des articles juridiques portant sur la législation en matière de drogues.

La première phase du travail de « repérage » a permis de rassembler différents articles, périodiques, ouvrages touchant de près ou de loin à la thématique de la présente recherche.

La seconde phase a consisté en l'élagage de cette information afin de conserver ce qui pouvait servir directement à étayer notre travail. Les références antérieures à 1993 (année de parution de la première directive belge en matière de drogues) ont généralement été écartées, sauf lorsque les informations contenues dans ces sources n'étaient pas susceptibles d'être modifiées dans le temps.

1.2. Analyse de la documentation

Un premier travail a consisté à recenser de manière systématique toutes les directives belges faisant référence de quelque manière que ce soit à la problématique de la drogue. Ces directives ont été placées dans leur contexte législatif, sous forme d'un tableau constitué grâce à une feuille de calcul informatisée (Excel, voir annexe). L'objectif premier était d'avoir une vue d'ensemble de la question et de distinguer dans quelle mesure les directives correspondaient au besoin de clarification des nouvelles dispositions légales en matière de drogues.

Nous nous sommes ensuite efforcés de décrire le plus clairement possible les notions de « directives » et d'« évaluations » en nous référant aux différentes définitions relevées lors de l'examen de la littérature.

⁵⁹ Tels que par exemple Kaminski (2003 et 1999), Decourrière (2003 et 1996), ou encore Devresse (2008 et 2006).

Enfin, en tentant de recenser les évaluations de directives belges présentées comme telles, nous avons abouti au constat que ces évaluations sont peu nombreuses et qu'aucune d'entre elles ne correspond à la description d'évaluation que nous avons retenue pour la présente recherche.

Nous avons alors pris l'option de reconsidérer l'orientation initiale de cette étude. Avant de poursuivre l'exploration des méthodes et indicateurs jugés pertinents pour l'évaluation de directives belges en matière de drogues, nous avons approfondi la question de la carence au niveau belge en matière d'évaluations relatives à la « politique des drogues », en général et aux directives « drogues » en particulier. Notre objectif étant la formulation de différentes recommandations que nous espérons utiles à la réalisation d'évaluations futures.

2. Les indicateurs et méthodes relatifs à l'évaluation de directives

L'étape suivante a donc consisté à inventorier les différentes méthodes et techniques quantitatives et qualitatives couramment utilisées dans les sciences sociales en vue de fournir un outil méthodologique d'évaluation ou plus largement un scénario (« draaiboek ») à suivre pour mener à bien une évaluation. Nous avons alors répertorié les différentes méthodes existantes et identifié celles qui sont susceptibles d'être utilisées dans le cadre d'une évaluation. Une fois la liste établie, nous avons relevé les bonnes pratiques – passées et présentes – les pratiques à améliorer et enfin, les pratiques à ne pas reproduire. En d'autres termes, nous avons étudié les méthodes d'évaluation qu'il est préférable d'utiliser ou de ne pas utiliser en fonction de la directive à évaluer.

L'évaluation est indissociable de l'application d'un modèle expérimental. Lors de l'évaluation d'une méthode donnée, après avoir établi une stratégie d'évaluation, nous avons explicitement choisi d'évaluer dans quelle mesure ces méthodes peuvent être utilisées. Nous nous trouvons ici sur le terrain du groupe de travail Campbell (Devroe, 2008), lequel joue un rôle important (de passerelle) entre sciences et politiques. Ce groupe de travail prône d'ailleurs l'évaluation « expérimentale » et plaide pour la mise en œuvre d'une « evidence based policy ».

CHAPITRE III. L'OBJET A EVALUER : LES DIRECTIVES BELGES EN MATIERE DE DROGUES

1. L'évaluation et ses limites

Conformément aux termes du contrat, cette recherche a pour objectif de développer des outils méthodologiques permettant d'évaluer les directives ministérielles, les directives émanant des procureurs Généraux et celles de l'Ordre des médecins concernant la politique belge en matière de drogues.

1.1 Rappel de la vocation des directives

Selon Cornu (2002), une directive est une « norme par laquelle une autorité disposant d'un pouvoir d'appréciation se fixe à elle-même, ou prescrit à une autre autorité une ligne de conduite dans l'exercice de ce pouvoir ».

Au niveau du droit belge, une directive peut être définie comme « une ligne de conduite destinée aux procureurs qui sont toujours libres d'y déroger moyennant motivation de leur décision. En vertu du principe d'opportunité des poursuites, le procureur du Roi reste ainsi maître de la direction qu'il entend donner suite à la commission d'une infraction » (Guillain, 2003, p.22).

Pour d'autres auteurs, « la directive doit être une impulsion dont l'objectif est de développer une philosophie. La plupart des acteurs de terrain l'ont perçue comme un idéal-type et non comme une obligation. Il faut être

nuancé sur la notion d'uniformisation. En effet, il faut laisser la place à la possibilité de rencontrer les spécificités régionales » (Service de la Politique Criminelle, 1997, p.137).

Les directives que nous avons répertoriées émanent soit du ministre de la Justice, soit des procureurs Généraux. Certaines d'entre elles sont communes aux deux instances. Elles s'adressent la plupart du temps aux parquets et/ou aux services de police.

Nous avons également identifié les « directives » de l'Ordre des médecins qui, comme mentionné précédemment, sont en réalité des avis, et non des directives. Soulignons que ces avis n'ont pas une valeur contraignante. Si l'on s'en réfère au cadre légal de l'Ordre des médecins (2008), c'est à l'organe suprême de l'Ordre, à savoir le Conseil national⁶⁰, qu'incombe la tâche « de donner d'initiative ou à la demande de l'autorité publique, d'organismes publics ou d'organisations professionnelles de médecins, des avis motivés sur des questions d'ordre général, sur des problèmes de principe ou sur des règles de déontologie médicale, et d'approuver les avis donnés par les conseils provinciaux. » (Ordre des médecins, 2008). Les avis de l'Ordre des médecins étant classés par thème, nous avons pu rassembler et consulter l'ensemble des avis relatifs au terme médical « toxicomanie » (voir bibliographie).

1. 2. Les quatre principales directives belges relatives à la politique des drogues

Le tableau ci-dessous reprend quatre directives dont le thème central est la détention et/ ou la vente de drogues. Lors de la revue de la littérature, c'est au sujet de ces quatre directives que nous avons recensé le plus d'informations. Par conséquent, nous avons choisi de les considérer comme directives « principales ». Néanmoins, la question des stupéfiants est également abordée dans d'autres directives, notamment les directives portant sur la conduite sous influence (que ce soit de l'alcool ou de substances soporifiques ou psychotropes), sur la problématique de la drogue dans les établissements pénitentiaires ou encore sur la répartition des tâches entre police locale et police fédérale. Les directives ainsi identifiées ont été répertoriées dans un tableau récapitulatif et replacées dans leur contexte légal (voir annexe).

Tableau des quatre principales directives belges relatives à la politique des drogues

Date	M.B.	Source	Nature	Dénomination	Objet
26/05/1993		Collège des Procureurs généraux	Directive générale	Directive relative à la politique criminelle commune en matière de toxicomanie	Politique criminelle toxicomanie
8/05/1998	COL 5/98	Ministre de la Justice et Collège des Procureurs généraux	Directive commune	Directive relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites	Détention et vente au détail de drogues illicites
16/05/2003 & 28/05/2003	2/06/2003 p.30013 P.30019	introduite par circ. 16/05 et 28/05/2003	Directive ministérielle	Directive ministérielle relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites + complément	Détention et vente au détail de drogues illicites
25/01/2005	31/01/2005 COL 2/05	Ministre de la Justice et Collège des Procureurs généraux	Directive commune	Directive relative à la constatation, l'enregistrement et la poursuite des infractions en matière de détention de cannabis	Détention de cannabis

Trois de ces directives ont fait l'objet d'une évaluation ou tout au moins d'une tentative d'évaluation. Les conclusions de ces « évaluations » seront abordées dans le chapitre suivant.

⁶⁰ Outre le Conseil national, l'ordre des médecins compte également 10 Conseils provinciaux, un Conseil d'appel francophone et un Conseil d'appel néerlandophone.

1. 3. Description du concept d'évaluation d'une politique publique

Si l'évaluation des politiques publiques est en soi un exercice difficile, empreint d'incertitude, l'évaluation de directives en matière de drogues est d'autant plus ardue que la matière concernée ne se prête pas aisément à une approche rigoureuse et systématique.

Avant d'étudier l'évaluation de directives proprement dite, il importe de s'interroger sur ce que recouvre ordinairement le vocable « évaluation ».

Le concept d'évaluation d'une politique publique revêt diverses facettes et ses descriptions sont nombreuses. Nous avons choisi d'en retenir deux, qui nous semblent concordantes avec l'acceptation de ce terme au niveau européen⁶¹.

Selon la Société Française de l'Evaluation⁶², « **évaluer une action, c'est juger de sa valeur**. Evaluer une action publique, une politique publique **c'est juger de leur valeur** au regard de **critères** préalablement explicités et sur la base d'**informations** rassemblées et analysées à cet effet. L'évaluation doit permettre la **compréhension d'ensemble** de la politique étudiée, l'appréciation globale de ses **effets** et du degré d'atteinte de ses **objectifs** et enfin la **pertinence et l'efficacité des ressources** mobilisées pour sa mise en œuvre » (SFE, 2008).

S. Jacob et F. Varone⁶³ donnent une définition plus précise de l'évaluation d'une politique publique: « Evaluer une politique publique consiste à en **mesurer les effets propres** et à porter un **jugement de valeur** sur ceux-ci. Toute évaluation procède d'une double ambition. D'une part, elle représente une démarche scientifique qui cherche à identifier les effets directement imputables aux activités politico-administratives plutôt que dépendant de facteurs contextuels. A ce niveau se pose la question des **méthodes d'analyse utiles** pour isoler et quantifier les changements induits par les politiques publiques auprès de la société civile. D'autre part, elle s'inscrit dans un processus politique d'appréciation des actions menées par l'Etat. La définition des questions de l'évaluation, le **choix des critères d'appréciation** (efficacité, efficience, pertinence, ...) et les **stratégies de valorisation des résultats de l'analyse** représentent ici les principaux enjeux. » (S. Jacob et F. Varone, 2002).

Dans les deux définitions retenues, l'évaluation porte essentiellement sur **les effets** d'une politique publique. Autrement dit, le jugement est porté sur le résultat et non sur la qualité intrinsèque de la politique publique.

L'accent est également mis sur la **valorisation** de l'évaluation. Les informations fiables (efficacité, efficience, pertinence) qu'elle fournit dans la mesure où elle est bien menée, doivent permettre aux hommes politiques entre autres de contrôler la légalité et le bien-fondé des décisions prises, de légitimer un budget, d'informer les groupes sociaux concernés et de réorienter les mesures à prendre si besoin est. Il est évident que l'évaluation n'a de sens que si on en tient compte. Comme le souligne J. Toulemonde⁶⁴ (2007), une bonne évaluation est une évaluation utile.

1.4. L'évaluation des directives belges en matière de drogues

A l'heure où l'évaluation est devenue incontournable dans bon nombre de pays occidentaux, les pouvoirs publics belges tentent de se positionner par rapport à l'institutionnalisation de l'évaluation des politiques publiques. Contrairement aux pays anglo-saxons, la pratique de l'évaluation est peu ou

⁶¹ Si l'on s'en réfère aux informations disponibles sur le site de l'EMCDDA (2008), « presque tous les pays européens font état de leur intention d'évaluer leur stratégie antidrogue nationale. Les gouvernements veulent savoir si leurs politiques sont mises en œuvre et si les résultats escomptés sont bien là ». Il ressort donc clairement que l'accent des évaluations est bien mis sur les effets attendus des politiques déployées.

⁶² L'évaluation en France a été officialisée par un décret du 22 janvier 1990 créant le Conseil scientifique de l'Evaluation auquel a succédé le Conseil National de l'Evaluation (décret du 18 décembre 1998). C'est essentiellement une circulaire du 9 décembre 1993 qui a assorti les Plans de contrats Etat-Régions et les contrats de ville d'une obligation d'évaluation à l'instar des mesures préconisées pour l'évaluation des programmes européens.

⁶³ S. Jacob est professeur de science politique à l'Université Laval (Québec) et F. Varone est professeur ordinaire au Département de science politique de l'Université de Genève.

⁶⁴ Il s'agit ici d'un des premiers critères pour juger une évaluation, qui résulte d'un bilan de onze évaluations conduites en Région Limousin dans la seconde moitié des années 1990.

mal développée en Belgique, ce qui explique le nombre limité d'évaluations recensées dans le cadre de la politique belge en matière de drogues. Il semble même qu'il n'existe à l'heure actuelle aucune évaluation complète – au sens où nous l'entendons dans la présente recherche – qui porte sur les dispositions belges en matière de drogues. Il s'agit tout au plus d'analyses ou d'avis émis par rapport au contenu de certains textes législatifs ou réglementaires, de rapports d'activités ou encore d'évaluations avortées par manque entre autres de données fiables à analyser. Néanmoins, les informations fournies par ces évaluations « partielles » ont été précieuses dans la mesure où elles ont permis de recueillir un certain nombre d'éléments à prendre en compte *avant même* de vouloir initier de nouvelles évaluations.

1.4.1. Les évaluations recensées

A ce jour, nous avons pu répertorier quelques documents dont l'objectif initial annoncé consiste soit à évaluer véritablement l'une ou l'autre directive belge en matière de drogues, soit à y porter un regard critique. En voici la liste :

Evaluations recensées

Directive	Auteur de l'évaluation	Titre du document
26/05/1993	Service de politique criminelle (1996)	Rapport d'activités 1995-1996, pp. 178-186
8/05/1998	Chr. Guillain (1998)	"La nouvelle directive du Collège des Procureurs généraux relative à la politique des poursuites en matière de drogues illicites"
8/05/1998	Service de politique criminelle (1998)	Rapport d'activités 1997-1998, pp. 78-89
16/05/2003	S. Hellebrandt (2004)	"Evaluation de la directive ministérielle du 16 mai 2003 relative à la politique des poursuites en matières de détention et de vente au détail de drogues illicites"

L'« évaluation » de la directive du 26 mai 1993, planifiée par le Service de la Politique criminelle est la seule, à notre connaissance, dont l'intention initiale était d'étudier la question de l'application de la directive en termes de résultats et d'impact.

Elle est basée sur 3 concepts : l'effectivité, l'efficacité et l'efficience de la « circulaire »⁶⁵. Toutefois, n'étant pas en possession des informations nécessaires, les évaluateurs de la Politique criminelle n'ont pas réussi à déterminer s'il existe des pratiques uniformes correspondant éventuellement aux directives.

Bien que présentée par son auteur, S. Hellebrandt, comme étant une évaluation d'impact, l'évaluation de la directive du 16 mai 2003 nous paraît ressembler davantage à un recueil de témoignages apportés par des magistrats de parquets, des policiers et des intervenants du domaine médico-psycho-social. Ce travail nous a toutefois permis notamment de mettre en évidence les « failles » de la directive. Cependant, il ne répond pas aux objectifs du type d'évaluations adopté dans la présente recherche. Les deux autres « évaluations » portent sur l'étude de l'élaboration des directives qui entraînent des réflexions tant au niveau du processus décisionnel qu'au niveau de la construction de la politique criminelle. Par conséquent, il ne s'agit pas non plus de « véritables » évaluations.

Il existe bien entendu d'autres ouvrages et articles abordant la question des difficultés liées à la politique belge en matière de drogues. Nous avons choisi de ne pas les reprendre dans le tableau car il s'agit plutôt de critiques exprimées à l'encontre de l'ensemble des dispositions légales et réglementaires en matière de drogues. Parfois, ces critiques s'accompagnent également de recommandations⁶⁶.

⁶⁵ Le service de la politique criminelle entend par **efficacité** « qui mesure les résultats obtenus dans un programme, en les comparant aux objectifs poursuivis », par **effectivité** « où la question porte sur la mise en place de programmes d'action » et par **efficience**, « qui compare les coûts et les bénéfices des diverses manières de réaliser au mieux les objectifs d'un programme ou compare à cet égard divers programmes entre eux ».

⁶⁶ à titre d'exemple, citons l'ouvrage de DE RUYVER, B. et CASSELMAN, J., (2000), *La politique belge en matière de drogue en l'an 2000 : le point de la situation*, Universiteit Gent, Katholieke Universiteit Leuven, la note politique du

1.4.2. Les manquements recensés

Directive du 26 mai 1993

Lorsque le service de la Politique criminelle a été chargé de l'évaluation de la directive,

- les informations statistiques disponibles à l'époque étaient largement insuffisantes voire inutilisables pour réaliser une évaluation rigoureuse (absence d'intégration des données entre services compétents pour traiter des données d'une même nature, disparité des rubriques utilisées d'un ressort de Cour d'Appel à l'autre et entre arrondissements judiciaires, imprécision au niveau de certains termes ou notions, divergence au niveau des méthodes de comptage, etc.) ;

- les praticiens éprouvaient des difficultés à faire part de leur pratique à partir de la grille d'analyse proposée par la circulaire (grille trop « simpliste », ne permettant pas de prendre en compte les cas plus complexes, aucune distinction faite entre les produits) ;

- les objectifs mêmes de la circulaire posaient problème : différents types d'objectifs se côtoyaient et les objectifs annoncés apparaissaient parfois comme étant en contradiction avec certains passages du texte de la circulaire, ce qui rendait l'application de la directive problématique à plus d'un égard ;

- Certaines mesures envisagées par la directive apparaissaient comme inadéquates soit pour des raisons juridiques ou techniques, soit pour des raisons de mise en pratique (ex. : l'amende transactionnelle) (Service de la Politique Criminelle, 1996) ;

Directive du 8 mai 1998 :

Le service de politique criminelle (SPC) a émis deux principales remarques par rapport au projet de directive du ministre de la Justice qui lui a été soumis le 3 avril 1998. Ces remarques portent sur le contenu de la directive et ses implications. Aucune d'entre elles n'a été prise en compte dans le texte définitif de la directive (sauf en ce qui concerne l'intitulé) :

- « Tout d'abord, celui-ci [le projet de directive] ne tenait pas compte de toutes les remarques faites par les représentants des parquets au cours de la réunion du 16 janvier 1998 et engendrerait non seulement une surcharge de travail mais aussi un net recul par rapport aux pratiques actuellement en cours ;

- Ensuite, le projet tel quel ne répondait qu'en surface aux recommandations du groupe de travail parlementaire puisqu'il risquait d'aboutir à une exagération de la pénalisation des usagers de cannabis et à une stigmatisation de certaines catégories de la population» (SPC, 1998, p. 85).

De manière plus détaillée, voici diverses réflexions émises par le SPC (1998) :

- Les usagers des dérivés du cannabis semblent faire l'objet d'une attention plus pressante que les usagers des autres produits.

- La distinction entre usage de produits dérivés du cannabis invoque le risque que font courir ces différents produits pour la santé de l'utilisateur (une personne est donc punie en fonction d'un risque qu'elle prend pour elle-même).

- La reconnaissance d'autres modalités de régulation sociale est une avancée. Mais il reste à clarifier quelle est l'instance qui serait chargée d'évaluer l'échec ou l'ignorance de ces autres mécanismes et selon quels critères. (Par exemple, la notion de récidive peut être évaluée différemment selon que l'on parle d'un point de vue judiciaire ou psychosocial.)

- Les procès-verbaux simplifiés et le glissement de l'évaluation de la situation du ministère public vers les services de police sont problématiques. En effet, de telles procédures ne permettent pas aux parquets d'obtenir les informations nécessaires pour évaluer des situations complexes (le contrôle prévu par les parquets risque d'être illusoire). De même, s'il existe un filtre dont les mécanismes de sélection sont opaques (les services de police seront les instances chargées d'évaluer un « usage problématique »), la volonté d'aboutir à une politique uniforme est dès le départ compromis dans un tel contexte.

- Les critères pour déterminer un usage problématique appellent à réflexion. Il s'agit notamment de l'usage régulier et de l'intégration socio-économique déficiente. D'un côté on risque de surcharger les

gouvernement fédéral relative à la problématique des drogues et GUILLAIN, Chr., (1998), « La nouvelle directive du Collège des procureurs généraux relative à la politique des poursuites en matière de drogues illicites », *Journal des Procès*, n°352, pp. 11-14.

parquets obligés de réagir en cas d'usage régulier de cannabis. De l'autre, les critères déterminant l'usage problématique sont discriminatoires, telle que l'appartenance socio-économique, et donc eux-mêmes hautement problématiques.

- Les concepts de nuisance sociale et de risque de nuisance sociale font appel à des notions trop floues et sont à l'opposé d'un principe fondamental de droit qui veut qu'on ne puisse être sanctionné pour un fait que l'on risque de commettre.

- Renvoyer d'office des consommateurs de cannabis vers un service de soins ou d'assistance « aux toxicomanes » n'est pas très réaliste. On n'est pas nécessairement toxicomane parce que l'on use du cannabis et de ses dérivés.

- En ce qui concerne les mesures, la transaction est explicitement prévue par la directive alors que cette pratique est fortement remise en cause par les parquets en raison de l'incapacité quasi permanente de la population concernée à pouvoir payer cette transaction, ce qui conduit donc à l'impasse.

- Enfin, il est spécifiquement prévu pour les usagers de cannabis et de ses dérivés qu'en cas d'absence de résultats une citation directe s'avère nécessaire. On risque donc bel et bien de sur-pénaliser les usagers de cannabis et, par la même occasion, de surcharger les parquets d'affaires que le Parlement demandait de gérer autrement.

En résumé, les principaux problèmes soulevés par le SPC concernent principalement le maintien des poursuites comme voie privilégiée du traitement pénal, l'absence d'uniformisation des interventions, le règne de l'arbitraire et l'application des mesures les plus contraignantes aux usagers de drogues les plus défavorisés.

Directive du 16 mai 2003

La directive du 16 mai 2003 a apporté peu de changements substantiels par rapport aux directives antérieures.

Les principaux problèmes posés par la directive du 16 mai 2003 (Hellebrandt, 2004) sont :

- le caractère flou des notions d' « usage problématique » et « nuisances publiques »,
- l'insécurité juridique engendrée par ce flou,
- l'inadéquation des moyens préconisés tels que la batterie de tests ou encore l'enregistrement policier anonyme,
- le manque de clarté autour de la fonction de case-manager.

En octobre 2004, la Cour d'Arbitrage a été saisie par un recours émanant de plusieurs associations actives dans le domaine de la toxicomanie ainsi que par la Ligue francophone des Droits de l'Homme. Elle a prononcé un « arrêt qui annule partiellement la loi du 3 mai 2003. La référence explicite, dans l'article 16 de cette dernière, à l'usage problématique, aux nuisances publiques ainsi que l'indétermination de la quantité qui renvoie à l'usage personnel ont été retenues par la Cour comme des éléments susceptibles de nuire au principe de légalité en matière pénale. Ainsi, souligne la Cour, les dispositions légales, faute de pouvoir régler tous les aspects afférents aux poursuites, doivent satisfaire à des exigences de précision, de clarté et de prévisibilité afin de garantir aux citoyens la sécurité juridique à laquelle ils ont droit. Une réaction de la ministre de la Justice et du Collège des procureurs généraux est donc intervenue sous forme d'une nouvelle directive, datée du 25 janvier 2005. » (Jeanmart, 2008, p. 290). Il est donc question ici aussi de manque de précision, de clarté et de prévisibilité.

En outre, toujours selon Hellebrandt, la directive ne serait pas appliquée au sein des parquets. Si certains principes de politique criminelle présents dans la directive sont mis en œuvre, ces principes étaient déjà en place avant le mois de juin 2003. La directive ne tient nullement compte des spécificités locales, des divergences entre secteurs de la justice et de l'assistance, l'absence de budget.

1.5. Les prérequis de l'évaluation

Etant donné qu'au départ, nous avons opté pour une description de l'évaluation dans laquelle l'accent est mis sur **les effets** des dispositions prises en matière de drogue et non sur les dispositions elles-mêmes, tout ce qui touche à la qualité de ces dispositions – et plus particulièrement en ce qui nous

concerne, à la qualité des directives - fait partie de ce que nous avons choisi d'appeler « prérequis de l'évaluation ». Il s'agit en résumé d'un certain nombre de conditions qui doivent être remplies avant même que puisse avoir lieu l'évaluation proprement dite.

1.5.1. Qualités intrinsèques de la directive

a) Le contenu de la directive

Comme nous avons pu le constater au travers des différents articles consultés, les trois principales directives « drogues » évaluées posent notamment problème en ce qui concerne la définition de certains concepts. Il est donc primordial de veiller à ce que les concepts utilisés dans les directives soient décrits de la manière la plus concise, précise et claire possible. Il peut s'avérer parfois plus judicieux d'éviter l'utilisation d'un terme trop flou plutôt que d'en faire une description approximative contestable du point de vue de la légalité en matière pénale. La Cour d'arbitrage a d'ailleurs annulé les définitions légales des concepts d'« usage problématique » et de « nuisances publiques » pour ces raisons.

Par ailleurs, l'absence de concepts clairement définis peut également conduire à une insécurité juridique difficilement gérable par les différents protagonistes. « Une des conséquences de l'arrêt de la cour d'arbitrage [annulant les dispositions liées à l'article 16 de la loi du 3 mai 2003] est que toute détention, par un majeur, d'une quantité de cannabis à des fins d'usage personnel ne sera punie que d'une peine de police (sauf circonstances aggravantes ou récidive), même si elle est assortie de « nuisances publiques », puisque ce concept n'a plus d'existence légale. » (Nouwynck, 2008, p.16)

Enfin, il est primordial de s'assurer de la qualité de la traduction des documents lorsque l'on apprend que le Conseil National de l'Ordre des Médecins a relevé plusieurs différences frappantes entre les textes français et néerlandais.

b) Les objectifs de la directive

Les objectifs annoncés des directives doivent rester réalistes, c'est-à-dire applicables pour les gens de terrain. Ils se doivent également d'être en accord avec le texte de la directive et correspondre aux orientations définies par le cadre législatif dans lequel ils s'inscrivent. Il s'agit d'appliquer les principes de subsidiarité et de proportionnalité qui fondent le droit pénal et d'éviter que l'intervention de celui-ci n'amplifie un phénomène d'exclusion et de marginalisation.

c) Les mesures et procédures prévues par la directive

Un premier écueil qu'il s'agit d'éviter est la trop grande imprécision dans la description des procédures à suivre, que ce soit pour les parquets, les policiers ou les médecins. Ces imprécisions se répercutent également sur le milieu associatif dont les initiatives sont souvent fragilisées « par des discours et des positions politiques incertaines et contradictoires (...). Certaines de ces initiatives continuent de naviguer dans un espace de flou législatif et réglementaire et rencontrent pour cette raison dans leur mise en œuvre de nombreuses difficultés avec les pouvoirs publics » (Jeanmart, 2008, p. 292).

La mise sur pied de nouvelles procédures peut aussi avoir des conséquences néfastes sur le fonctionnement du ministère public, comme par exemple la sur-pénalisation des usagers de cannabis qui entraîne une surcharge des parquets. Il est donc essentiel de mesurer la portée théorique des nouvelles procédures à mettre en place avant de les avaliser.

La définition des critères à prendre en compte lors d'une interpellation mérite également la plus grande attention. A l'heure actuelle, le seuil de 3 grammes de cannabis à ne pas dépasser pour un usage personnel⁶⁷ est un critère appliqué par le ministère public et la police en application de la directive du 25 janvier 2005. Or, les tribunaux ne sont pas liés par ce critère. Autrement dit, « si une personne est en possession d'une quantité plus élevée de drogues, le juge reste libre d'apprécier, en fonction des

⁶⁷ « La quantité de cannabis détenue par une personne majeure, considérée, à défaut d'indice de vente ou de trafic, comme relevant d'un usage personnel, sera de 3 grammes maximum ou d'une plante cultivée ».

circonstances propres à la cause, qu'il s'agit quand même d'une détention pour usage personnel.» (Nouwynck, 2008, p.16) Un consommateur court donc le risque d'être traité différemment en fonction de l'endroit où il sera interpellé ou de l'arrondissement dont il ressortira. Ne risque-t-on pas alors de parler d'inégalité devant la loi?

Enfin, du point de vue de l'Ordre des Médecins, « Le Conseil national estime que la clarté est nécessaire au sujet de la responsabilité, afin que quiconque intervenant directement ou indirectement dans le traitement de substitution connaisse ses devoirs et les droits et conséquences qui en découlent » (Conseil national de l'Ordre des Médecins, 2005).

d) Le(s) groupe(s) cible(s) visé(s) par la directive

Il va de soi que le public auquel s'adresse la directive soit explicitement cité par celle-ci et que la directive soit accessible à toutes les personnes concernées.

e) La faisabilité de la directive

Au moment de la conception d'une directive, il est essentiel de s'assurer de son opportunité et de sa faisabilité. La mise en œuvre de la directive n'est pas toujours évidente, par manque de moyens, de temps ou parce que les concepts développés dans la directive ne tiennent pas compte des réalités sur le terrain. En ce qui concerne la directive du 25 janvier 2005, par exemple, on serait en mesure de se demander si les concepts de « conseiller thérapeutique » et de « case-manager » ont été envisagés en tenant compte de ces réalités. Il s'agit en effet de trouver les services disponibles et disposés à intervenir dans un tel cadre; le case manager justice fait double emploi avec la fonction de directeur, coordinateur ou assistant de justice des maisons de justice; la position du case manager « santé publique » est délicate dans la mesure où ce dernier est tenu par le secret professionnel et libre du choix thérapeutique qu'il effectue (Nouwynck, 2008).

1.5.2. Autres éléments à prendre en compte

a) La visibilité et la diffusion de la directive

Pour que les directives aient la moindre chance d'impact, il faut qu'elles soient visibles, facilement accessibles et divulguées à tous les niveaux de « travail » sur le terrain. Nous n'avons pas relevé d'informations particulières concernant cet aspect des choses, mais il est à craindre que la visibilité des directives ne soit pas optimale au vu des difficultés que nous avons rencontrées pour les répertorier.

Comme le souligne Reuband (2008), pour s'assurer que les dispositions en matière de drogue ait réellement un impact sur le comportement d'une population donnée, il faudrait dans un premier temps s'assurer que cette population soit bien consciente de la politique des drogues pratiquée dans son pays – et que donc elle en ait avant tout connaissance – et qu'elle en perçoive les variations au fil des amendements législatifs et réglementaires.

b) La validité des données statistiques disponibles

Avant toute évaluation, il importe de s'assurer de la fiabilité de l'outil de collecte des informations statistiques qui seront utilisées et de la pertinence des informations ainsi collectées. Nous savons que le collège des procureurs généraux dispose aujourd'hui d'un service d'analystes statistiques (lequel a d'ailleurs publié le 25 juin 2008 une analyse de l'évolution des tendances 2003-2007 réalisée à partir des données concernant les affaires correctionnelles traitées par les parquets près les tribunaux de première instance). Il en va de même pour la Police fédérale qui a profondément modifié et amélioré son système de collecte de données en matière de criminalité enregistrée (elle a publié en juin 2008 ses statistiques policières de criminalité 2000-2007). Reste à savoir dans quelle mesure ces chiffres

peuvent être utilisés dans le cadre de l'évaluation des directives en matière de drogues⁶⁸. En ce qui concerne les informations disponibles dans le secteur des soins de santé, plusieurs sources livrent des données statistiques utiles. Au niveau de l'Union, des chiffres publiés annuellement dans le bulletin des statistiques de l'EMCDDA couvrent les volets suivants : études populationnelles générales, jeunesse et population scolaire, population d'usagers de drogues problématiques, l'usage des drogues en prison, maladies infectieuses liées à l'usage des drogues, décès liés à l'usage des drogues, demandes de traitements, délits en matière de toxicomanie, réponses des secteurs de l'assistance (santé et social), données relatives aux saisies, informations sur les prix et la pureté des différents produits. La Section de la recherche et de l'analyse de l'ONUDC⁶⁹ publie également des chiffres relatifs à la problématique de la drogue au niveau mondial, notamment par le biais du « Rapport mondial sur les drogues » (2006).

c) La contribution des experts et des professionnels du domaine

A diverses reprises, les ministres de la justice concernés ont fait appel à des experts pour avoir un avis motivé concernant les projets de directives et les gens de terrain ont été consultés. Or in fine, il apparaît que l'avis des experts est rarement pris en compte dans sa totalité. Nous avons relevé plusieurs témoignages allant dans ce sens :

« ... Le service de la politique criminelle se proposait d'élaborer une nouvelle proposition de directive sur la base des résultats de la journée de travail du 16 janvier 1998. Il n'en a pas eu l'occasion. Le cabinet du ministre a directement élaboré un nouveau projet de directive, fort proche du premier, qui a été soumis au collège des procureurs généraux. Le service de la politique criminelle formula cependant encore des suggestions d'adaptation de la directive en fonction des connaissances du terrain qu'il avait acquises. (...) Ces diverses remarques sont toujours d'actualité dans la mesure où aucune des modifications proposées (si ce n'est l'intitulé de la directive) n'est intervenue entre le projet de directive et le texte définitif » (Service de la Politique Criminelle, 1999).

« Le 27 janvier 2000, le Conseil des ministres prit connaissance du rapport d'évaluation à l'initiative du ministre de la Justice. Les conclusions qu'en tire ce dernier s'éloignent cependant sensiblement des constats opérés par les évaluateurs. » (Guillain, 2003, p.18) L'art du compromis implique parfois des décisions qui vont à l'encontre des avancées attendues.

Par ailleurs, un autre constat donne matière à réflexion : « l'analyse des réformes opérées dans le champ des drogues donne l'impression d'un chantier de « grands travaux inutiles ». Groupes de travail, déclarations politiques et débats parlementaires ont certes tenté de diminuer la répression à l'encontre des consommateurs, mais sans que cela se concrétise dans les textes législatifs et réglementaires. Mais la politique de tolérance, initiée dès 1998, au niveau des poursuites a laissé le soin aux parquets d'édicter leurs propres règles, avec pour conséquence inévitable une application disparate, voire inexistante, des directives de politique criminelle, laissant toujours place à une politique répressive envers les usagers de drogues. (...) Loin de clarifier les procédures pénales en matière de drogues, la question aura été compliquée à l'envi à tel point qu'avant même l'entrée en vigueur de la nouvelle réforme, certains revendiquaient sa modification. Reste, dans l'attente, le constat récurrent et pour moins problématique de l'extraordinaire insécurité juridique qui prévaut en la matière. » (Guillain 2003, p. 48)

d) La désignation d'un expert externe pour réaliser l'évaluation

Pour des raisons d'éthique professionnelle évidente, « l'appropriation des résultats de l'évaluation doit être basée sur des relations de confiance et d'indépendance » (Mairate, 2007, p.35). Un évaluateur ne peut émaner du service de l'administration mandataire de l'évaluation. Les conditions dans lesquelles se réalise une évaluation doivent permettre de répondre à la double exigence d'une expertise indépendante, à savoir :

⁶⁸ En effet, il faut savoir, par exemple, que la statistique du ministère public ne tient pas compte des PVS qui sont transmis exclusivement sous forme de listing aux parquets. Seuls les PVS qui ont été réclamés par un procureur du Roi sont encodés dans le système TPI. Ils prennent alors le caractère d'un PV normal et font l'objet d'un comptage dans la statistique annuelle du ministère public.

⁶⁹ L'Office pour le contrôle des drogues et la prévention du crime (OCDPC) est devenu l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) le 1er octobre 2002. Le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID) en fait partie intégrante.

- un regard extérieur porté sur la politique évaluée,
- une prise en compte équitable des points de vue de ses décideurs, de ses acteurs et de ses bénéficiaires (SFE, 2008).

Cependant, il n'y a pas de situation idéale pour la réalisation d'une évaluation. Dans tous les cas de figure, il s'agira d'opter pour la solution la mieux adaptée aux besoins de l'évaluation en tenant compte de la complémentarité des évaluateurs et des connaisseurs du domaine.

e) La prévision de l'évaluation dès la conception de la directive

Si au moment de la rédaction d'une directive, son auteur envisage d'emblée son évaluation, il se met en position de mieux prendre en compte les éléments qui doivent impérativement y figurer. En sélectionnant dès la conception de la directive les questions auxquelles son évaluation devra répondre, l'auteur de la directive augmente les chances de réussite de l'évaluation future. Objectifs et priorités pourront être pensés en termes d'indicateurs opérationnels et d'actions concrètes, les responsabilités de chacun pourront être décrites de manière précise, des « deadlines » pourront être fixées en fonction des objectifs à atteindre.

2. La pratique de l'évaluation à l'étranger et les enseignements à en tirer pour la Belgique

2.1. Préambule

L'évaluation des directives belges en matière de drogues s'inscrit dans un contexte plus large : celui des politiques nationales et internationales en matière de drogues. Les observations faites à ce niveau nous semblent utiles dans la mesure où elles contribuent à mieux cerner les potentialités et les limites de l'évaluation en tant que discipline à part entière.

A l'heure actuelle, de nombreux pays ont ratifié les conventions de lutte contre la drogue des Nations Unies⁷⁰. Tout en étant tenus de respecter les lignes directrices et les objectifs fixés par les traités internationaux, ces pays disposent d'une certaine marge de manœuvre dans le choix des approches qu'ils jugent les mieux adaptées pour s'attaquer à la problématique de la drogue. Ceci explique en partie la diversité des stratégies antidrogue nationales que l'on retrouve aujourd'hui parmi les membres de l'Union. C'est grâce à cette diversité que des enseignements devraient pouvoir être tirés de l'analyse comparative des différents types d'approches.

« L'évaluation des stratégies antidrogue et des plans d'action nationaux est par conséquent importante, non seulement pour estimer les efforts déployés au niveau national, mais également pour se faire une meilleure idée de l'efficacité des stratégies antidrogue » (EMCDDA, 2008).

2.2. Tour d'horizon de l'évaluation des politiques nationales en matière de drogues

Selon l'EMCDDA, « les examens de l'état d'avancement de la mise en œuvre des stratégies antidrogue et plans d'action nationaux deviennent la norme en Europe. Presque tous les pays européens font état de leur intention d'évaluer leur stratégie antidrogue nationale. Les gouvernements veulent savoir si leurs politiques sont mises en œuvre et si les résultats escomptés sont bien là. Dans deux États membres (Belgique et Slovaquie), l'évaluation se limite à un certain nombre de projets sélectionnés. Dans la plupart des autres pays, et au niveau de l'UE, la mise en œuvre des actions définies dans la stratégie antidrogue nationale fait l'objet d'un contrôle systématique. Cela permet d'effectuer des examens de l'état d'avancement des travaux, dont les résultats peuvent servir à améliorer ou renouveler les stratégies antidrogue ou les plans d'action existants » (2008).

Toujours d'après les mêmes sources, « les évaluations globales couvrant les processus, résultats et impacts sont moins fréquentes en Europe. Certains pays (Estonie, Grèce, Espagne, Pologne, Suède) mentionnent la planification d'une évaluation interne basée sur des examens de l'état d'avancement de la mise en œuvre et sur l'analyse d'autres données épidémiologiques et criminologiques disponibles. Dans certains cas (Luxembourg, Portugal), une telle évaluation sera effectuée par un organisme externe ». L'évaluation de l'impact du plan d'action drogue de l'UE pour 2005 à 2008, pour laquelle la Commission européenne a demandé une

⁷⁰ La convention unique sur les stupéfiants de 1961 convoquée par l'ONU comporte 183 signataires au 1er novembre 2005. La Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 quant à elle comporte 177 signataires au 1er novembre 2005.

étude visant à concevoir une méthodologie, vient d'être rendue publique et devrait contenir des informations utiles pour toute autre évaluation dans le domaine.

2.3. Quelques enseignements concrets pour la Belgique

Plusieurs pays ont déjà acquis une expérience certaine en matière d'évaluation. Précisons d'emblée que l'objectif de cette section n'est pas de procéder à un relevé systématique de ces diverses expériences mais plutôt de retirer, sur base de quelques unes d'entre elles, les éclairages susceptibles d'être utiles au développement de l'évaluation en Belgique.

2.3.1. L'expérience québécoise

Le Québec compte déjà une trentaine d'années de la pratique de l'évaluation au sens large du terme. D'après R. Marceau, cette longue expérience n'a pas suffi à faire de l'évaluation une activité crédible, soutenue et largement déployée dans la pratique administrative. Selon cet auteur, la cause première de cet « échec » se trouverait dans la « difficulté profonde de l'appareil public à admettre en son sein un dispositif critique, certes, mais positif dans sa nature. Les solutions résident dans les institutions politiques elles-mêmes, puisque ce sont ces institutions qui créent les « désincitations » à la création de dispositifs évaluatifs efficaces. » (Marceau, 2007, p.154)

La pratique de l'évaluation ne pourra donc véritablement se développer que si elle s'insère dans un contexte politique favorable, soucieux d'en exploiter les résultats.

2.3.2. Le modèle suisse

En avril 2000, l'unité d'évaluation de programmes de prévention de l'institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne finalisait une évaluation des mesures de la confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie (Gervasoni et al., 2000).

Parmi les recommandations finales, nous en avons isolé deux qui nous semblent facilement transposables dans le cadre de notre recherche.

D'une part, étant donné que le système de surveillance épidémiologique est un outil essentiel pour mener une politique de santé efficace en matière de toxicomanie, le rapport préconise d'accorder une attention toute particulière à l'harmonisation des statistiques dans le domaine de la toxicomanie, afin de disposer d'indicateurs épidémiologiques fiables.

D'autre part, les domaines d'activités qui connaissent un retard dans la mise en œuvre de leurs actions devraient être analysés, afin de savoir si des lacunes relevées dans la phase de conception/planification peuvent expliquer ce retard ou si celui-ci trouve son origine dans la complexité même du domaine et/ou dans une allocation de ressources insuffisante, afin de procéder aux réajustements nécessaires.

2.3.3. Les enseignements de la méta-évaluation réalisée en France (Limousin)

En 2001, la Région française Limousin a fait réaliser par Eureval-C3E une méta-évaluation qui portait sur les travaux d'évaluation réalisés dans la région de 1994 à 2000 (Lajudie, 2007). C'est l'ensemble des composantes du processus d'évaluation qui ont fait l'objet d'une évaluation (qualité de la commande, conduite des évaluations, qualité des rapports et exploitation des résultats). Cette démarche a permis de dégager un certain nombre d'éléments à prendre en compte lors de la conduite d'une évaluation :

« L'évaluation est un processus global dont l'efficacité résulte de l'imbrication de facteurs multiples dont chacun a une grande importance. La qualité de la commande a une importance cruciale dans la qualité du pilotage et des rapports, la prise en compte des conclusions et des recommandations dépend largement de la qualité du partenariat et de la gestion des instances, etc. Tous les acteurs sont décisifs dans le processus : le commanditaire, les partenaires et les évaluateurs. La qualité est globale ». En outre, « l'évaluation ne sera pleinement utile que si elle est véritablement un projet partagé par les décideurs, et notamment les élus. Cette dimension, qui suppose que les acteurs soient davantage inscrits dans une culture de la performance et du changement, est celle qui permettra aux uns et aux autres d'attendre quelque chose de l'évaluation et d'en faire un outil ordinaire de l'action publique » (Lajudie, 2007, p.130).

2.3.4. Les avancées du Royaume-Uni (EMCDDA, 2008)

Le Royaume-Uni et l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) ont consenti d'importants efforts dans le domaine de la mise au point d'indices conçus pour évaluer l'impact des stratégies antidrogue nationales ou la situation globale en matière de drogues.

L'indice des dommages associés à la drogue (drug harm index – DHI) est utilisé au Royaume-Uni pour rendre compte des coûts sociaux des dommages résultant de la consommation problématique de toute drogue illégale. Il couvre quatre types de dommages: les impacts sur la santé, les préjudices causés à la communauté, la criminalité nationale liée à la drogue, et la criminalité commerciale liée à la drogue. Toutefois, cet indice n'a pas été conçu pour donner un résumé complet de la situation d'un pays face au problème de la drogue, dans la mesure où les indicateurs sont limités à ceux pour lesquels des données fiables existent déjà, et où les résultats chiffrés et les tendances servent de base à l'évaluation des progrès à venir.

L'indice des drogues illicites (illicit drug index - IDI) de l'ONUDC associe trois dimensions du phénomène de la drogue: production de drogue, trafic de drogue et consommation excessive de drogue. Le résultat est une note globale basée sur un «facteur dommage/risque par personne», qui doit refléter l'importance de tous les problèmes de drogue dans un pays donné.

La conceptualisation des deux instruments a entraîné d'intéressants progrès méthodologiques et a permis d'avoir un premier aperçu de l'utilisation d'indices généraux pour évaluer les stratégies antidrogue et suivre les situations globales en matière de drogue. Il ressort d'un premier examen que de tels instruments peuvent être utiles pour effectuer un suivi longitudinal de la situation nationale mais que, pour vraiment comprendre ce qui se passe, le résultat doit être contextualisé avec l'analyse d'indicateurs individuels internes aux indices. L'utilisation d'un indice global pour une comparaison entre pays peut être plus difficile compte tenu des limites des ensembles de données existants et de l'absence de variables contextuelles (par exemple la situation géographique) dans l'analyse.

2.3.5. L'approche pragmatique de la Politique des Pays-Bas en matière de stupéfiants

La politique des Pays-Bas en matière de stupéfiants vise à prévenir et à limiter les risques liés à l'usage de drogues ainsi qu'à réduire ses conséquences néfastes. Il est à noter qu'au cours des années 1980 et 1990, la lutte contre la drogue aux Pays-Bas a donné lieu à de nombreuses évaluations et analyses de suivi. L'évaluation de la politique des Pays-Bas en matière de drogues réalisée par M. Van Ooyen-Houben (2008) conduit à affirmer, sur base d'un aperçu des évolutions depuis 1995, que les principaux objectifs de la politique néerlandaise, c'est-à-dire la prévention et la réduction des risques, ont, dans une certaine mesure, été réalisés. M. Van Ooyen-Houben s'interroge toutefois sur la pertinence du choix de l'approche dans le contexte actuel ainsi que sur le respect de l'équilibre entre préoccupations sanitaires et préoccupations d'ordre juridique. Elle envisage également de confier à des scientifiques pluridisciplinaires la tâche de rédiger des scénarios d'intervention et émet les recommandations suivantes : « La mise en place d'une politique rationnelle exige l'exploitation des données recueillies au cours des recherches et des études de suivi, quand bien même ces dernières ne correspondent pas aux intentions et aux idéologies affichées. Et quiconque souhaite mettre en place une politique rationnelle doit formuler des objectifs clairs permettant une évaluation précise et veiller à apporter les modifications nécessaires en temps voulu. Enfin, les politiques appliquées en matière de drogue ne peuvent avoir qu'un effet limité sur les différents marchés de la drogue, lesquels sont régis par de nombreux autres facteurs. En effet, les marchés de la drogue sont mus par une dynamique qui leur est propre, aussi est-il préférable de ne pas être trop optimistes quant à notre capacité à maîtriser ses évolutions. » (Van Ooyen-Houben, 2008, p.344)

2.3.6. Le constat allemand

Les conclusions tirées par M. Van Ooyen-Houben quant au réel bien-fondé de l'ensemble des dispositions légales en matière de drogue vont dans le même sens que les propos tenus par le sociologue allemand K.-H. Reuband. En effet, Reuband conclut, à l'issue de ses dernières recherches, que « les différents résultats obtenus quant au rôle de la législation sur le cannabis, basés sur des données

transnationales et des données globales et individuelles collectées en Allemagne, convergent pour indiquer que l'usage de drogue est indépendant de la façon dont la police et le système judiciaire traitent les consommateurs de drogues. Que l'on applique des sanctions sévères ou que l'on traite la question de façon plus libérale, ces mesures n'ont aucune incidence sur le niveau de prévalence, ni sur la propension des non-usagers à prendre de la drogue, ni même sur la fréquence de prise des usagers. D'autres facteurs, imbriqués dans la culture de la jeunesse et les contextes sociaux et culturels, semblent avoir un impact bien plus considérable que les facteurs juridiques. » (Reuband, 2008, p.319)

HOOFDSTUK IV. INDICATOREN EN METHODEN BIJ DE EVALUATIE VAN RICHTLIJNEN

Evalueren als cyclisch proces⁷¹

Alvorens over te gaan tot het evalueren van een bepaalde drugrichtlijn moeten indicatoren bepaald worden die kunnen dienen om wat men wenst te evalueren, te (kunnen) meten. Indicatoren moeten vooreerst voldoen aan een aantal eisen. Zo moeten ze *betrouwbaar* en *valide* zijn en *sensitief* en *specifiek*. Een indicator moet *responsief*, *relevant* en *efficiënt* zijn. Ten slotte moet de indicator *beschikbaar* en *acceptabel* zijn. Dit wordt hier kort toegelicht (Pauwels en al., 2008).

Een betrouwbare indicator is een indicator die vrij is van meetfouten⁷². Is de indicator valide dan meet hij wat hij beoogt te meten. Met de sensitiviteit van de indicator wordt bedoeld dat bij aanwezigheid van het kenmerk een positieve uitkomst wordt aangegeven. Omgekeerd, is een indicator specifiek wanneer een negatieve uitkomst resultaat is van het afwezig zijn van het bestudeerde kenmerk. Is een indicator gevoelig voor veranderingen dan is hij responsief. Een indicator moet relevant zijn en de informatie verschaffen die van belang is. Daarenboven moet het meten van de indicator gepaard gaan met een minimum aan kosten en inspanningen. Met de beschikbaarheid van de indicator bedoelt men dat de indicator ergens opgetekend is of indien niet toch ergens kan gemeten worden en dit bij middel van een methode van dataverzameling, zoals een interview of het bestuderen van secundaire data⁷³. Ten slotte moet een indicator acceptabel zijn voor alle betrokkenen.

Er werd gezien waaraan een goede indicator moet voldoen. Maar hoe bepaalt men wat men als indicator zal gebruiken om een richtlijn te evalueren? Van groot belang is te bepalen wat de onderzoeksvraag (kunnen er meerdere zijn), of beter wat datgene is dat moet geëvalueerd worden? Wij beargumenteren dat het evalueren van richtlijnen best als een cyclisch proces kan opgevat worden (zie figuur 1). Wanneer men de onderzoeksvragen heeft opgesteld en heeft uitgemaakt waar (op welke locatie, welke stad of gemeente) men de evaluatie zal doorvoeren, maakt men abstracte begrippen uit de onderzoeksvraag meetbaar. Men gaat over tot *operationalisering*⁷⁴. Hierbij wordt op zoek gegaan naar concreet observeerbare indicatoren. Indien een richtlijn uitgevaardigd wordt, die stelt dat er een daling van het aantal geregistreerde feiten bij politie moet zijn, kan men het aantal geregistreerde processen verbaal als indicator nemen. Hier wordt dus een indicator gehanteerd die een bepaalde impact meet. Afhankelijk van de evaluatievraag kan gepeild worden naar de nodige context waarbinnen bepaalde richtlijnen al dan niet werken. Dit is eerder een vraag die kwalitatief beantwoord moet worden en dus ook een andere indicator en een andere manier om de informatie betreffende die indicator te verzamelen, vergt. Bij dit laatste is er eerder sprake van een indicator die een bepaald proces meet.

Er wordt hier nog even stilgestaan bij onderstaand schema van de evaluatiecyclus. Dit is immers de eerste stap om de evaluatie van eender welke richtlijn aan te vatten. De evaluatie van een richtlijn vraagt zoals elk wetenschappelijk gevoerd onderzoek – want daar kan en moet het mee gelijk worden gesteld – het uitschrijven van een probleemstelling. Hierbij worden de doelen van de richtlijn bekeken en vertaald in onderzoeksvragen. Eens geweten is wat men wil weten, kan men keuze maken in de wijze waarop men dit wenst te doen en de eigenlijke evaluatie door voeren. Eens men de evaluatie gedaan heeft, zal moeten blijken of de richtlijn afdoende resultaat boekt. Of de richtlijn met andere woorden het effect genereerde, waarvoor ze oorspronkelijk opgesteld werd.

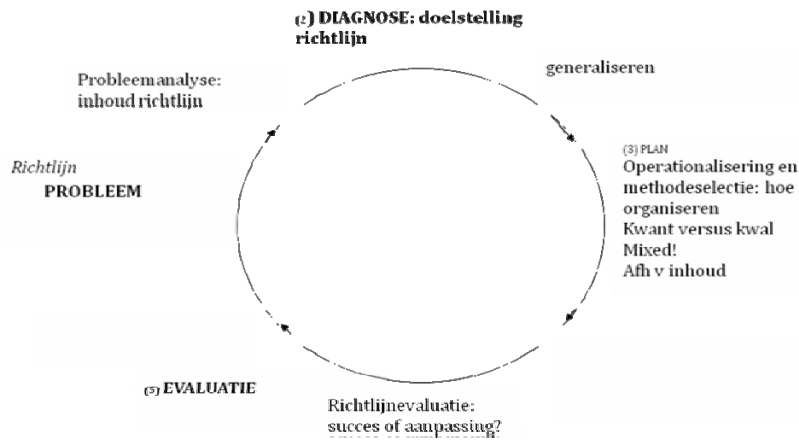
⁷¹ Voor meer informatie over de designs en methoden voor de evaluatie van richtlijnen, verwijzen we graag naar de bijlage.

⁷² Verder wordt ingegaan op de betrouwbaarheid van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden.

⁷³ Zie verder

⁷⁴ i.e. de empirische vertaling van de abstracte begrippen aan de hand waarvan uitspraken geformuleerd worden.

De evaluatiecyclus

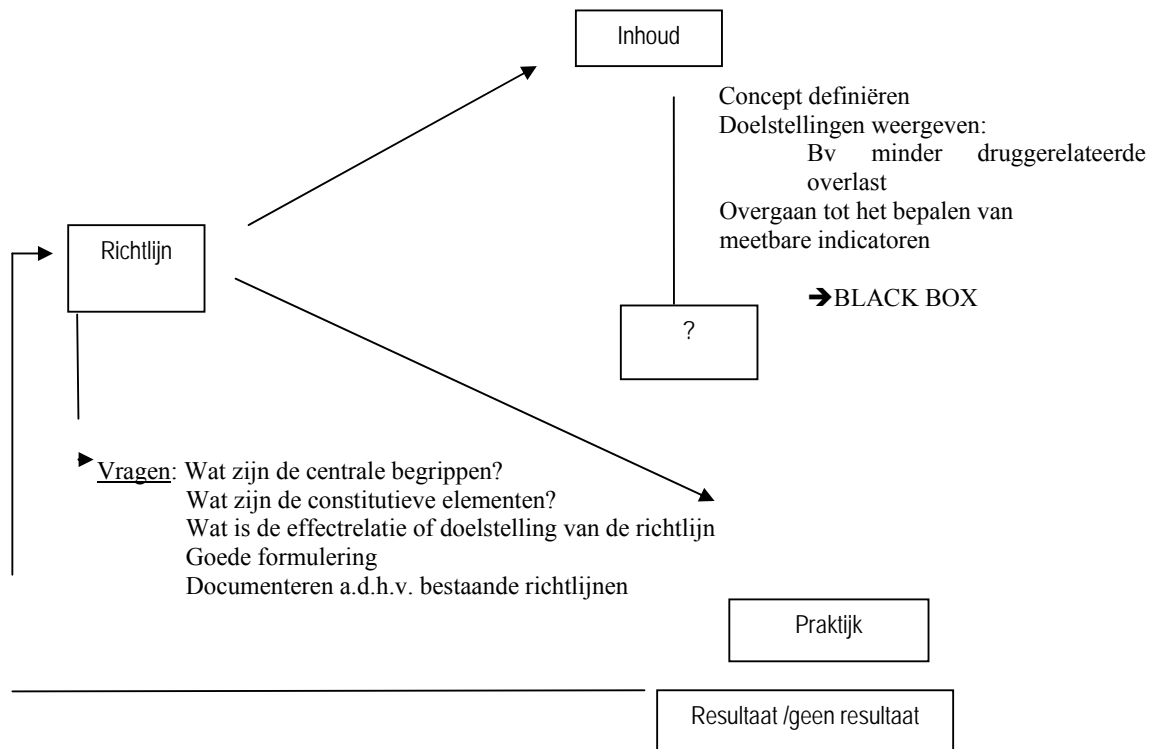


Figuur 1: De evaluatiecyclus

Ten slotte, maar niet onbelangrijk is de keuze van de (cijfermatige) vorm waarin men de indicator gaat uitdrukken. Men heeft de keuze tussen een drietal cijfermatige voorstellingen. Dit is wanneer men kwantitatief of kwalitatief⁷⁵ te werk gaat. Maar bij kwalitatieve methoden kan men ook kiezen voor een niet-cijfermatig voorstelling van de resultaten. Men werkt dan eerder met het aanhalen van citaten, meestal uit interviews die men analyseert en bespreekt. Maar om terug te keren op de cijfermatige voorstelling van de resultaten, kiest men er meestal voor een maat van *incidentie*, *prevalentie* of *relatief risico* te geven. Bij incidentie gaat het om het aantal nieuwe gevallen die in de geselecteerde steekproef kunnen voorkomen en dit binnen een welbepaalde tijdspanne. Men spreekt hier ook soms van incidentiedichtheid. Bij prevalentie geeft men een getal op dat het deel van de populatie aangeeft waarbij een bepaald kenmerk aanwezig is. Bij relatief risico geeft men een maat weer die aangeeft wat de kans of het risico is dat een bepaald kenmerk in een groep voorkomt, maar ook in een vergelijkingsgroep. Dit relatieve risico wordt meestal bepaald in een cohortonderzoek.

In deze paragraaf wordt een algemeen raamwerk gepresenteerd voor de evaluatie van richtlijnen. Dit raamwerk is gebaseerd op de onderzoekscyclus van kwantitatief onderzoek. In het stroomschema voor de evaluatie (zie onderstaand, figuur 2) van een richtlijn wordt enerzijds de wisselwerking tussen de inhoud van de richtlijn en de praktijk zichtbaar. Het wordt tevens zichtbaar hoe de inhoud van de richtlijn mede verantwoordelijk is voor het kunnen evalueren van de richtlijn. Zoals hoger gezien geeft een duidelijke richtlijn de mogelijkheid om adequaat te evalueren. Duidelijke centrale begrippen en duidelijke doelstellingen, maken het achteraf eenvoudiger tot de evaluatie over te gaan.

⁷⁵ Kwalitatieve verwerkingsprogramma's, zoals MaxQda, laten toe kwalitatieve data, zoals interviews, eenvoudig op een cijfermatige manier te analyseren.



Figuur 2: Stroomschema voor de evaluatie van (drug)richtlijnen

HOOFDSTUK V. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

CHAPITRE V. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

Evalueren van publieke actie, welk zij ook is, gaat vandaag de dag steeds gepaard met de vraag hoe men dat nu juist moet doen en met de vraag wat men juist wil geëvalueerd zien:

- in welke perspectief plaatst de evaluatie zich?
- wat zijn de meest adequate methoden om de evaluatie tot een goed einde te brengen?
- wie machtigen om de evaluatie te verwezenlijken op een professionele en onpartijdige wijze?
- hoe de verkregen resultaten valoriseren?

Het hoeft geen betoog meer dat de praktijk van de evaluatie - of het nu gaat om evaluatie van drugrichtlijnen of om het even welke andere soort evaluatie - een doorgedreven technische en methodologische expertise vereist en een diepgaande kennis van het bestudeerde onderwerp én de werkelijkheid op het terrein vraagt. Deze kwaliteiten zijn des moeilijker te verenigen net omdat de praktijk van het evalueren in België niet echt geïnstitutionaliseerd is en omdat zij nog niet het volwaardige statuut van ‘discipline’ heeft verkregen. Een van de gevolgen van deze situatie is dat er momenteel, in België geen ‘officieel’ gekwalificeerde evaluators bestaan.

Een groot aantal auteurs erkennen en onderstrepen nochtans het belang om de praktijk van evalueren te systematiseren bij de uitwerking van interventies en publieke beleidsmaatregelen. “De evaluatie van de beleidsmaatregelen kan bijdragen tot de verbetering van het openbaar bestuur” (Jacob, 2007, p.196). Er bestaat geen twijfel over dat de evaluatie van drugrichtlijnen, zoals getracht tijdens dit onderzoek te vinden, of die evaluaties die vooral op de resultaten van de tenuitvoerlegging van de richtlijnen en de valorisatie van deze resultaten betrekking zou hebben, centraal moeten staan bij het uitwerkingsproces van de toekomstige drugrichtlijnen. Om in die richting te kunnen gaan, moet de evaluatie zich in een juiste context ontwikkelen. Dit zal pas het geval zijn wanneer de politieke verantwoordelijken van dit land bereid zijn om beslissingen die door evaluaties als weinig of niet efficiënt zouden aangegeven worden opnieuw gedeeltelijk of integraal ter discussie te stellen.

Belgische drugrichtlijnen, waarvoor gevraagd werd een evaluatiemethode te ontwikkelen, zijn schaars – er werden er een tiental geïnventariseerd - een aantal zijn zelfs vertrouwelijk, en derhalve niet volledig beschikbaar. Drie van deze drugrichtlijnen (26/05/1993, 08/05/1998, 16/05/2003) zijn het onderwerp van evaluatie geweest die, om verschillende redenen, niet vervolmaakt werden. Wij hebben geprobeerd om de problemen te inventariseren die de evaluators ondervonden en ze beschreven in een rubriek “de voorafgaande vereisten van de evaluatie”. Het gaat om een geheel van voorwaarden die verplicht vervuld moeten worden alvorens de eigenlijke evaluatie tot een goed einde te kunnen brengen.

Aanbevelingen wat de voorafgaande vereisten van de evaluatie betreft

Het is allereerst belangrijk om zeker te zijn

- van **intrinsieke kwaliteiten** van de richtlijn (zijn de inhoud en doelstellingen duidelijk, precies, beknopt?)
- van de **uitvoerbaarheid** (rekening houdend met de beschikbare tijd, beschikbare middelen, werkelijkheid van het terrein)
- van **gegrondheid** van de **maatregelen** en de **procedures** voorzien in de richtlijn (dit laatste punt vergt een doorgedreven kennis van het terrein en grote precisie in de beschrijving van de te volgen procedures)
- volledigheid van de beoogde **doelgroep**
- **zichtbaarheid** en **verspreiding** van de richtlijn (om toegepast te kunnen worden moet de richtlijn bekend zijn bij het beoogde publiek, ook bij de druggebruikers)
- **geldigheid** van de beschikbare **statistische gegevens** (men kan nooit genoeg op dit punt hameren)

Verder is het essentieel om

- voordeel uit de **ervaring** en de kennis van de professionelen in dit domein te halen en
- zich te verzekeren van de een **onpartijdige deskundige** om de evaluatie van de richtlijn te verwezenlijken.

Ten slotte,

- moet er rekening gehouden worden met de evaluatie van de richtlijn vanaf het moment waarop de richtlijn wordt opgesteld om zo de toekomstige evaluatie te kunnen garanderen.

Nadat de richtlijn opgesteld en ingevoerd werd komt het moment waarop ze moet geëvalueerd worden. Hier zal men dus een keuze moeten maken tussen het arsenaal aan methoden en technieken die de sociale wetenschappen rijk is. Immers bestaat er niet zoiets als één enkele methode die men kan hanteren voor het evalueren van een richtlijn, maar zal vooral een keuze moeten gemaakt worden op basis van de inhoud en vooral op basis van de doelstellingen, vooropgesteld in de richtlijn. Er kunnen dan ook bepaalde stappen aangeraden worden die men doorloopt wanneer de opdracht tot evaluatie zicht stelt. Vooreerst gaat men na welke de effectrelatie is die in de richtlijn vertaald werd. Met andere woorden wat zijn de doelstellingen en het beoogde resultaat van de richtlijn. Hierna gaat men over tot de keuze van het onderzoeksdesign. In het deel aangaande de verschillende methoden en technieken, werden de verschillende mogelijkheden uitgeschreven en overlopen, de sterke en zwakke punten aangehaald. Er werden kwantitatieve en kwalitatieve methoden aangehaald, elk met hun eigenheden en gebreken. Hieruit wordt vooral duidelijk dat er niet zoiets als een methode bestaat, die het mogelijk maakt een richtlijn te evalueren. Naargelang de doelstelling van de richtlijn zal een keuze gemaakt worden. Zuiver kwantitatieve methoden worden best aangevuld met kwalitatieve methoden. Statistische data wordt best wat kleur gegeven door kwalitatieve interviews met bijvoorbeeld experts. Het gebruik van secundaire data – veelvoorkomend bij evaluatieonderzoek – gaat best gepaard met een gezonde dosis achterdocht aangaande de kwaliteit van de beschikbare gestelde databank.

Samengevat doet men er goed aan de evaluatie aan te pakken volgens de regels van de (onderzoeks)kunst. Men doorloopt de evaluatiecyclus stapsgewijs. Men vangt aan met de probleemstelling en eindigt met de terugkoppeling van de gevonden resultaten. Alleen zo kan men enige zekerheid hebben een evaluatie te leveren die het nadien mogelijk maakt eventuele conclusies en aanbeveling te vormen aangaande het al dan niet efficiënt en effectief toepassen van een richtlijn. Alleen zo kan men het beleid bijsturen en aan *evidenced based policy*, doen.

- Evalueren zien als **cyclisch proces** en er wordt dan ook aanbevolen dat men gebruik maakt van het aangeboden raamwerk voor de evaluatie van richtlijnen. Er werd er in dit rapport naar verwezen als 'het **stroomschema** voor de evaluatie van richtlijnen'.
- De keuze van de indicator voor de evaluatie van richtlijnen laten bepalen door de principes van **geldigheid** en **betrouwbaarheid**.
- Een indicator kiezen die voldoende **sensitief, specifiek, beschikbaar** en **acceptabel** is.
- Een grondige evaluatie maken van de **verschillende bruikbare designs** en de keuze hierop baseren.
- Een gedegen voorkennis hebben van de mogelijkheden en beperkingen van de verschillende **(Quasi-)experimentele designs**. Bij voorkeur triangulatie (het gebruiken van meerdere methoden).
- De discussie van de evaluatie kan en mag men niet loskoppelen van het onderzoek naar de **validiteit** van de **aangewende data** of **datbanken**.

Face à l'évaluation d'une action publique quelle qu'elle soit, se posent aujourd'hui les difficiles questions de savoir comment au juste évaluer l'objet qu'il nous est demandé d'évaluer :

- dans quelles perspectives se place l'évaluation ?
- quelles sont les méthodes les plus adéquates à utiliser pour la mener à bien ?
- qui mandater pour la réaliser de manière professionnelle et impartiale ?
- comment valoriser les résultats obtenus ?

Il n'est plus à démontrer que la pratique de l'évaluation – qu'il s'agisse d'évaluation de directives en matière de drogues ou de tout autre type d'évaluation – requiert une réelle expertise technique et méthodologique assortie d'une connaissance approfondie de l'objet étudié et des réalités sur le terrain. Ces qualités sont d'autant plus difficiles à réunir que la pratique de l'évaluation n'est pas véritablement institutionnalisée en Belgique et qu'elle n'a pas encore acquis le statut de discipline à part entière⁷⁶. Une des conséquences de cette situation est qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas en Belgique d'évaluateurs « officiellement qualifiés ».

Bon nombre d'auteurs reconnaissent et soulignent pourtant l'importance de systématiser la pratique de l'évaluation dans le processus d'élaboration des actions et des politiques publiques. « L'évaluation des politiques est porteuse d'opportunités contribuant à l'amélioration de la gouvernance publique » (Jacob, 2007, p.196). Il ne fait aucun doute que l'évaluation des directives « drogues » telle que nous l'avons envisagée dans le présent article, c'est-à-dire celle qui porterait surtout sur les résultats de l'application des directives et sur la valorisation de ces résultats, devrait occuper une place centrale dans le processus d'élaboration des futures directives « drogues ». Pour prendre une telle orientation, la pratique de l'évaluation doit pouvoir se développer dans un contexte favorable. Ce ne sera le cas que lorsque les responsables politiques du pays seront prêts à remettre en question partiellement ou totalement les décisions qui auraient été indiquées par les évaluations comme peu ou pas efficaces.

Les directives belges en matière de drogues pour lesquelles il nous est demandé de développer des outils d'évaluations sont peu nombreuses – nous en avons répertorié une petite dizaine – et

⁷⁶ A notre connaissance, nous n'avons par exemple pas dans notre pays l'équivalent du CETEL Suisse (Centre d'étude, de technique et d'évaluation législatives qui regroupe et encourage les efforts de recherche dans les domaines de la création des lois, de leur mise en oeuvre et de l'évaluation de leurs effets sur la société).

certaines d'entre elles sont confidentielles, donc indisponibles dans leur intégralité. Trois de ces directives drogues (26/05/1993, 08/05/1998, 16/05/2003) ont fait l'objet d'évaluations qui, pour diverses raisons, n'ont pas pu aboutir. Nous avons tenté de rassembler les problèmes rencontrés par les évaluateurs et de les répertorier dans une rubrique que nous avons intitulée « les prérequis de l'évaluation ». Il s'agit d'un ensemble de conditions qui doivent être impérativement remplies avant de mener à bien l'évaluation proprement dite.

Recommandations quant aux prérequis de l'évaluation

Il importe tout d'abord de s'assurer

- des **qualités intrinsèques** de la directive (le contenu et les objectifs sont-ils clairs, précis et concis ?),
- de sa **faisabilité** (en tenant compte du temps imparti et des moyens disponibles ainsi que des réalités sur le terrain),
- du **bien-fondé** des **mesures** et des **procédures** prévues par la directive (ce dernier point requiert une excellente connaissance du terrain et une grande précision dans la description des procédures à suivre),
- de l'exhaustivité du **groupe cible** visé,
- de la **visibilité** et de la **diffusion** de la directive (pour être appliquée, la directive doit bien entendu être connue de tous les acteurs concernés, y compris les usagers de drogues),
- de la **validité** des **données statistiques** disponibles (on n'insistera jamais assez sur l'importance de ce point).

Par ailleurs, il est essentiel de

- tirer profit de l'**expérience** et des connaissances des professionnels du domaine et
- de s'assurer les services d'un **expert impartial** pour réaliser l'évaluation.

Enfin,

- **concevoir l'évaluation dès la conception** d'une directive devrait également contribuer à garantir la qualité de l'évaluation future.

Une fois ces divers points satisfaits, l'évaluation à proprement parler peut être envisagée. Une fois la directive rédigée et mise en pratique, il reste encore à l'évaluer. Pour ce faire, l'évaluateur devra faire son choix dans l'éventail des méthodes et techniques propres aux sciences sociales. Il n'existe en effet pas de méthode unique que l'on puisse utiliser pour évaluer une directive. Il faudra opérer un choix en fonction du contenu de la directive mais aussi et surtout en fonction des objectifs visés par la directive. Le moment de l'évaluation venu, nous pouvons conseiller un certain nombre d'étapes à suivre.

Il s'agit dans un premier temps d'identifier l'effet attendu par la directive. En d'autres termes, quels sont les objectifs et les résultats visés par la directive. Ensuite vient le choix du modèle (design) de recherche à utiliser. Dans la partie relative aux différentes méthodes et techniques d'évaluation, nous avons décrit et parcouru les différentes possibilités et relevé leurs limites et potentialités. Nous avons analysé des méthodes quantitatives et qualitatives, chacune avec ses particularités et ses manquements, ce qui nous a permis de conclure qu'il n'existe pas de méthode unique qui permette d'évaluer une directive. Les méthodes devront alors être choisies en fonction de l'objectif de la directive. On combinera au mieux des méthodes purement quantitatives avec des méthodes qualitatives. Les données statistiques gagneront à être accompagnées d'entretiens qualitatifs menés par exemple auprès d'experts. L'utilisation de données secondaires – souvent utilisées lors de recherches d'évaluation – s'accompagnera au mieux d'une bonne dose de méfiance par rapport aux bases de données disponibles.

En résumé, il importe de mener l'évaluation dans les règles de l'art (de la recherche). Le cycle de l'évaluation doit être parcouru étape par étape, en commençant par l'identification du sujet traité et en terminant par la valorisation des résultats obtenus.

Ce n'est qu'en procédant de la sorte que l'on pourra espérer fournir une évaluation qui permettra ensuite de tirer d'éventuelles conclusions et recommandations concernant l'efficacité et l'effectivité de l'application d'une directive. La politique sera alors conduite sur base d'une « *evidence based policy* ».

- L'évaluation doit être considérée comme un **processus cyclique**. Nous proposons qu'il soit fait usage du cadre de référence que nous avons établi pour l'évaluation de directives. C'est ce que dans notre rapport nous avons appelé "le schéma à suivre (**stroomschema**) pour l'évaluation de directives".
- Le choix des indicateurs utiles à l'évaluation des directives doit être déterminé par les principes de **validité** et de **fiabilité**.
- Les indicateurs choisis doivent être suffisamment **sensibles, spécifiques, disponibles et acceptables**.
- Les différents **modèles (designs) utilisables** doivent être soigneusement évalués avant d'opérer un choix.
- Une sérieuse connaissance préalable des possibilités et limites des différents **modèles (quasi) expérimentaux** est requise, la préférence allant à la triangulation (l'utilisation de plusieurs méthodes).
- La discussion relative à l'évaluation ne peut pas être dissociée de la recherche de la **validité des données ou bases de données** utilisées.

HOOFDSTUK VI. BELEIDSRICHTLIJNEN EN DE PRAKTIJK: EVALUATIE VAN DE METHADONRICHTLIJN

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het model voor het evalueren van beleidsrichtlijnen, zoals beschreven in de uitbreiding van het hoofdrapport, toegepast op een case.

Dit hoofdstuk is dus het in praktijk brengen van de methodologische theorie die neergeschreven is in het voorgaande hoofdstuk. Daarin werden de randvoorwaarden waaraan een goede beleidsrichtlijn dient te voldoen, weergegeven.

Het is noodzakelijk dat bestaande richtlijnen en daaruit voortvloeiende interventies en projecten op een bepaald moment geëvalueerd worden zodat de aangewende middelen verantwoord kunnen worden. In een evaluatiestudie van een richtlijn wordt onderzocht of deze richtlijn het effect bereikt waarvoor het oorspronkelijk is opgesteld. Er zal dus moeten blijken of de richtlijn doeltreffend is, of de middelen eventueel anders moeten worden aangewend en of de vooropgestelde doelen eventueel dienen herbekeken te worden.

Enkel zo kan men uiteindelijk een *evidence based policy* bereiken.

De methode om een richtlijn te evalueren moet gebaseerd zijn op een weloverwogen keuze op basis van de inhoud en de doelstellingen vooropgesteld in de richtlijn. Deze zijn mede verantwoordelijk voor de manier waarop we de richtlijn evalueren.

Om de evaluatie van een richtlijn tot een goed einde te brengen dienen er een aantal aanbevelingen, dat voorheen uitgebreid aan bod kwamen, in acht genomen te worden. Men dient zich bewust te zijn van:

- de intrinsieke kwaliteiten van de richtlijn. Zijn de inhoud en de doelstellingen voldoende duidelijk?

- de gegrondheid van de maatregelen en de procedures voorzien in de richtlijn. Hiervoor is een doorgedreven kennis van het terrein noodzakelijk;
- de volledigheid van de beoogde doelgroep;
- de zichtbaarheid en de verspreiding van de richtlijn;
- de geldigheid van de beschikbare statistische gegevens. Precies omdat een kwantitatieve toetsing van een richtlijn problemen van betrouwbaarheid en geldigheid zou opleveren wordt een kwalitatieve aanpak gehanteerd bij deze toepassing.

1.1 Probleemstelling

Het theoretische model voor het evalueren van een richtlijn wordt hier in de praktijk afgetoetst. Er is gekozen voor de evaluatie van het *Koninklijk Besluit tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen van 19 maart 2004, gewijzigd op 6 oktober 2006* (Federale regering, 2006).

De aanleiding voor het totstandkomen van dit KB was de enorme toename van artsen die substitutiebehandelingen voorschreven. Er was dringend nood aan een kader om dit voorschrijfgedrag te reguleren en te coördineren. Door registratiesystemen op elkaar af te stemmen en te uniformiseren zou het mogelijk worden een volledig zicht te krijgen op de substitutiebehandelingen in België. Dit zou de kwaliteit van deze behandelingen optimaliseren.

Een belangrijk objectief van dit KB is het controleren van afwijkingen en misbruik van voorschriften, i.e. het vermijden dat een patiënt meerdere methadonvoorschriften verkrijgt door het consulteren van verschillende artsen (*medical shopping*). Het is deze specifieke doelstelling die we hebben gekozen als onderwerp van deze evaluatie.

Een bijkomende doelstelling van dit KB is het creëren van de mogelijkheid om epidemiologische analyses uit te voeren.

Met de totstandkoming van dit KB trachtte men het doel van de substitutiebehandeling optimaal na te streven, namelijk gezondheidsproblemen verminderen en de sociale situatie van de gebruiker verbeteren. Deze doelstelling werd eerder reeds bepleit door het onderzoek van De Ruyver, Van Bouchaute & Balthazar (1994).

Er is in dit onderzoek gekozen voor het evalueren van het *KB betreffende methadon* omdat de ontstaansgeschiedenis ervan erg stroef is verlopen (Hoge Gezondheidsraad, 2000). Er is ook een expliciete vraag voor evaluatie gekomen vanuit het FOD Volksgezondheid. Bij de toepassing van de reglementering van 2004 (Federale regering, 2004) stootte men op verschillende praktische problemen die het gevolg zijn van te weinig precisie en uniformisering (Dienst Communicatie van de Ministerraad, 2006). Omwille daarvan is het KB gewijzigd in 2006.

Het leek ons relevant om deze materie aan een evaluatieonderzoek te onderwerpen om na te gaan of de nieuwe versie de onduidelijkheid voldoende heeft weggewerkt.

1.2 Onderzoeksdoelstelling en - vragen

De algemene doelstelling van dit hoofdstuk is de *performantie* van de richtlijn evalueren, i.e. de efficiëntie en de effectiviteit ervan te onderzoeken.

Op basis van dit onderzoek trachten we inzicht te verkrijgen in hoeverre het KB tegemoet komt aan de praktijk en op welke punten het verbeterd zou kunnen worden.

Volgende onderzoeksvragen staan centraal in deze studie:

- *Worden de doelstellingen in dit KB effectief en efficiënt uitgevoerd?*
- *Wordt het beoogde resultaat van deze richtlijn bereikt?*

- *Wordt de richtlijn verschillend geïnterpreteerd? (Zijn er eventuele verschillen tussen het zuidelijke en noordelijke deel van het land en/of tussen de verschillende sectoren?⁷⁷)*

Op basis van de antwoorden op deze onderzoeksvragen zullen we trachten de knelpunten van het KB te identificeren en aanbevelingen te formuleren om het op een verbeterde manier te herschrijven.

Hieronder wordt de inhoud van deze beleidrichtlijn uiteengezet. Op basis van de doelstellingen en de inhoud van de richtlijn wordt bepaald hoe het eigenlijke onderzoek uitgevoerd wordt. Op het eind van het onderzoek moet er dan duidelijk worden of de richtlijn al dan niet een succes is.

2. Inhoud van het KB tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen van 19 maart 2004, gewijzigd door het KB op 6 oktober 2006

In oktober 1994 heeft een consensusconferentie de onderhoudsbehandeling met methadon of buprenorfine als een effectieve behandeling voor heroïneverslaving erkend en de noodzakelijke behandelmodaliteiten omschreven (Hoge Gezondheidsraad, 2000). De algemene strekking van de tekst van de consensusconferentie van 1994 is door dit Koninklijk Besluit bevestigd en in wettelijke bepalingen vastgelegd.

Het KB (Federale regering, 2006) bestaat uit twee grote luiken.

Het eerste luik handelt over de vorming van de artsen en erkenningcriteria voor hulpverleningscentra. Artsen die behandelingen met vervangingsmiddelen voorschrijven moeten aan bepaalde voorwaarden voldoen.

Elke arts die behandelingen met vervangingsmiddelen voorschrijft moet dit conform de geldende *wetenschappelijke aanbevelingen* doen. Hij dient hierbij steeds te waken over de *psychosociale begeleiding* van de patiënt en hij moet het medische dossier zo volledig mogelijk invullen.

Elke arts die behandelingen met vervangingsmiddelen *gelijktijdig aan meer dan 2 patiënten* voorschrijft, moet bovendien, tijdens of na zijn opleiding, een specifieke opleiding hebben gevolgd of over expertise beschikken op dit vlak.

Onder *specifieke opleiding* verstaat men een opleiding over de behandeling met vervangingsmiddelen, georganiseerd door wetenschappelijke organisaties van huisartsen of van geneesheren-specialisten, door een opvangcentrum, door een netwerk voor de opvang van druggebruikers, door een gespecialiseerd centrum of door een universiteit.

Onder *expertise* verstaat men de continue opleiding, de kennis van de farmacologie en de wetenschappelijke publicaties, en de ervaring op dit vlak. Men moet ook een bewijs van deze continue opleiding kunnen leveren.

Elke arts die behandelingen met vervangingsmiddelen *gelijktijdig aan meer dan 2 patiënten* voorschrijft, moet ook geregistreerd zijn bij een erkend opvangcentrum, bij een erkend netwerk voor de opvang van druggebruikers of bij een erkend gespecialiseerd centrum.

Vervolgens moeten deze opvangcentra en de netwerken voor de opvang van druggebruikers voldoen aan bepaalde erkenningcriteria.

Een centrum voor de opvang van toxicomanen dient samengesteld te zijn uit minstens 2 huisartsen, een psycholoog of een psychiater, en een maatschappelijk werker, die allen ervaring hebben in de tenlastelegging van druggebruikers.

Een netwerk voor de opvang van druggebruikers is een rechtspersoon die onder meer samengesteld moet zijn uit artsen. Deze dienen te waken over de psychosociale begeleiding, de kwaliteit van de zorg en over de continue opleiding en de intervisie van de werkers van het netwerk.

De verzorgingsinstellingen die door de bevoegde overheid erkend worden voor het uitvoeren van behandelingen met vervangingsmiddelen, alsook de ziekenhuizen en gespecialiseerde

⁷⁷ In dit onderzoek worden 3 verschillende sectoren bevraagd: de hulpverleningssector, de sector die toezicht houdt op de medische praktijk en justitie.

ziekenhuisdiensten die regelmatig druggebruikers ten laste nemen, worden beschouwd als een *gespecialiseerd centrum*.

De vervangingsmiddelen moeten aan de patiënt zelf worden afgeleverd en toegediend, in orale vorm en dagelijks. Dit dient te gebeuren in een opvangcentrum, gespecialiseerd centrum of in de apotheek, steeds onder toezicht.

Indien de medische of psychosociale toestand van de patiënt dit rechtvaardigt kan er hiervan worden afgeweken.

Het tweede luik handelt over de nationale registratie van de substitutiebehandelingen.

Om het dubbel voorschrijven te ontdekken en met het oog op de verwerking voor wetenschappelijk en epidemiologisch onderzoek worden de gegevens van elk voorschrift verzameld door de tarifieringsdiensten, die deze ontvangen van de apothekers. In deze tarifieringsdiensten worden de gegevens van de patiënten geanonimiseerd en gecodeerd. Deze gecodeerde gegevens worden vervolgens overgemaakt aan het Instituut voor Farmaco-Epidemiologie van België. Indien het IFEB⁷⁸ identieke patiëntcodes bij namen van verschillende artsen vaststelt, worden de artsen hierover onmiddellijk gealarmeerd. Ook de provinciale geneeskundige commissies worden geïnformeerd over de resultaten van de alarmering.

Het KB bepaalt vervolgens dat een arts *niet meer dan 120 verschillende patiënten gelijktijdig ten laste* mag nemen door behandeling met vervangingsmiddelen. Deze bepaling is niet van toepassing op de artsen die behandelingen met vervangingsmiddelen voorschrijven in een opvangcentrum of een gespecialiseerd centrum.

De tenlastelegging van een patiënt van wie de verblijfplaats zich buiten het Belgische grondgebied bevindt is, behoudens uitzonderingen, onderworpen aan de voorwaarde dat zich in het medische dossier een verklaring bevindt van een bevoegd centrum of netwerk van het land van de verblijfplaats van de patiënt waaruit blijkt dat de patiënt wel degelijk dat centrum of netwerk heeft geraadpleegd.

Van deze bepalingen kan worden afgeweken voor gestructureerde diensten die gedetineerde druggebruikers ten laste nemen.

3. Methodologie

3.1 De keuze voor een kwalitatief onderzoeksdesign

Eens de probleemstelling vertaald is in onderzoeksvragen en de inhoud en de doelstelling van het KB duidelijk zijn, moet er een keuze worden gemaakt in de wijze waarop de evaluatie wordt uitgevoerd.

Er dient benadrukt te worden dat dit onderzoek gericht is op het evalueren van de effectiviteit en de efficiëntie van de richtlijn, en *niet op de distributie van het substitutiemiddel methadon*.

Dit laatste zou een kwantitatieve aanpak vergen omdat de hoeveelheid voorschriften moet nagegaan worden.

Op basis van onze evaluatievraag (de *performantie* van de richtlijn) en de inhoud van dit KB, is er gekozen voor een kwalitatieve aanpak. Er wordt hier namelijk gepeild naar de context waarbinnen deze richtlijn al dan niet werkt. Dit is een vraag die kwalitatief dient beantwoord te worden (zie vorig hoofdstuk).

3.2 Selectiecriteria van de sleutelfiguren

In kwalitatief onderzoek gaan we op zoek naar waardevolle respondenten, i.e. respondenten die een toegevoegde waarde hebben voor het onderzoek. Het is de bedoeling om de perspectieven van de betrokken groepen in kaart te brengen (Mortelmans, 2007). Een *random sampling* heeft hier geen zin.

⁷⁸ Instituut voor Farmaco-Epidemiologie van België.

De sleutelfiguren die in het onderzoek betrokken worden moeten bruikbare informatie opleveren om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Daarom is er hier gekozen voor een *critical case sampling* (Polkinghorne, 2005).

Dit evaluatieonderzoek wordt uitgevoerd aan de hand van diepte-interviews met sleutelfiguren die geselecteerd zijn op basis van hun kennis en ervaring, ook wel *Key Informant Analysis* genoemd.

Het belang van betrouwbare informanten werd reeds erkend door Campbell (1955) die stelde dat “if the use of informants as a social science research tool is to be developed, it seems likely that principles of optimal selection will have to be developed.”

Ongeacht het feit dat men één dan wel meerdere informanten gebruikt, het blijft een precaire aangelegenheid goed gekwalificeerde personen te vinden. Sleutelfiguren worden dus niet benaderd vanuit de idee om representatief te zijn voor een grotere groep, maar omwille van hun professioneel verworven kennis over het onderwerp onder studie (Mortelmans, 2007).

Een grondige selectie van sleutelfiguren is dus een heel belangrijke fase in het onderzoek.

Tremblay (1957) formuleerde enkele criteria met betrekking tot de selectie van deze sleutelfiguren: (1) de rol die deze informanten spelen binnen de sociale groep moet hen blootstellen aan de informatie die de onderzoeker nodig heeft, (2) daarnaast dient de informant de hieruit voortvloeiende kennis ook verwerkt te hebben, (3) bereidwilligheid om hun kennis te delen, (4) communiceerbaarheid van de informatie en ten slotte (5) onpartijdigheid van de informant.

Deze criteria werden opgesteld met als doel een diepgaand inzicht te verwerven in de problematiek.

Het is dus de bedoeling informatie te verzamelen bij personen die in de bijzondere positie zitten om specifieke informatie te verstrekken, in dit geval personen die in de praktijk betrokken zijn bij de problematiek van deze richtlijn.

In de zoektocht naar sleutelfiguren stonden diversiteit en variëteit centraal, zowel wat de geografische opdeling als de opdeling in verschillende sectoren betreft.

Door het gebruik van een brede steekproef is het mogelijk een totaalbeeld te vormen van de problematiek vanuit verschillende hoeken. Het is belangrijk om alle sectoren die met de problematiek geconfronteerd worden te bereiken, aangezien zij vanuit een verschillende bril naar de praktijk kijken, afhankelijk van hun functie. Als de verschillende actoren hetzelfde besluiten is dit een krachtig instrument om de richtlijn aan te passen.

Er is een weloverwogen selectie gemaakt van experts die kennis hebben en vertrouwd zijn met deze materie.

We kunnen deze sleutelfiguren opdelen in 3 verschillende sectoren:

- de hulpverleningssector; Binnen deze sector kunnen we eventueel een verdere onderverdeling maken tussen hooghrenpelige en laagdrempelige hulpverlening, en tussen de cliëntgerichte en de cliëntoverschrijdende hulpverlening;
- de sector die toezicht houdt op de medische praktijk (Orde der Geneesheren, Provinciale Geneeskundige Commissies, Riziv, Algemene Farmaceutische Bond, Instituut voor Farmaco-Epidemiologie van België);
- justitie. In deze sector hebben we (drugs)parketmagistraten bevroegd. Justitieassistenten werden buiten beschouwing gelaten aangezien zij niet met deze methadonrichtlijn geconfronteerd worden.

In onderstaande tabel wordt een gedetailleerd overzicht gegeven van de steekproefsamenstelling.

	Vlaanderen	Wallonië	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Federaal
--	------------	----------	--------------------------------------	----------

Laagdrempelige drughulpverleningcentra (MSOC's)	4	2		
Hoogdrempelige drughulpverleningcentra	2			
Huisartsen binnen een netwerk		1	1	
Drugcoördinatoren in gevangenissen	1	1		
Lokale/provinciale drugcoördinatie	1	1		
Toezichthoudende sector (Drugs)parketmagistraten	3	1		3
	3	2		

De interviews zijn afgenomen bij de sleutelfiguren in de periode van 26 februari tot en met 20 april. Er zijn in totaal 26 interviews afgenomen. De duur schommelde tussen 20 minuten en anderhalf uur. De gemiddelde duur bedraagt 45 min.

De interviews werden opgenomen op minidisk en achteraf uitgeschreven.

De interviews zijn semi-gestructureerd, waarbij gebruik is gemaakt van een checklist.

Deze lijst is gebaseerd op de bepalingen uit het KB en gestuurd door de onderzoeksvragen. De checklist is ook voorgelegd aan de FOD Volksgezondheid om af te toetsen of de vragen dicht genoeg aanleunen bij de praktijk en om te vermijden dat er wordt voorbijgegaan aan essentiële punten waardoor waardevolle informatie zou verloren gaan.

De topiclijst, i.e. een empirische vertaling van de inhoud van het KB, is onderverdeeld in 4 grote clusters van topics:

- A. Erkenningcriteria voor de centra en de netwerken voor opvang van drugsgebruikers
- B. Deelnemingsvoorwaarden en registratie van de artsen
 - Randvoorwaarden met betrekking tot de setting waarbinnen artsen functioneren
 - Randvoorwaarden met betrekking tot de kwalificaties van de artsen
- C. Bijkomende modaliteiten voor de behandeling van de patiënten
- D. Nationale registratie van de vervangingsbehandelingen.

Denzin en Lincoln (2000) geven aan dat, door de flexibiliteit van de topiclijst, gestelde vragen aangepast kunnen worden gedurende het onderzoek. De topiclijst in dit onderzoek is aangepast per sector.

3.3 Data-analyse

Bij het uitvoeren van de kwalitatieve analyse werd cyclisch te werk gegaan door middel van voortdurende vergelijkingen en aanpassingen van eerder gevonden resultaten. De analyse van de gegevens van de diepte-interviews werd gestart door verschillende thema's, categorieën en concepten te identificeren. Op basis hiervan werden er relaties gelegd tussen de verschillende categorieën (Mortelmans, 2007).

3.4 Datarapportage

De rapportage in dit onderzoek wordt gestart door per sector de resultaten weer te geven. Er wordt hierbij gekeken of er eventueel subcategorieën kunnen onderscheiden worden. Na de resultaten per sector te hebben besproken, worden de eventuele verschillen nagegaan tussen de verschillende sectoren.

Bij het onderzoeken van de verschillen wordt steeds gezocht naar de oorzaken en een verklaring. De verschillen kunnen namelijk sectorieel en/of geografisch ingegeven worden.

Alles wat volgt uit de rapportage komt uit de interviews, tenzij anders vermeld. Er is bewust gekozen om niet met citaten te werken omwille van de beperking van dit hoofdstuk.

4. Onderzoeksresultaten

4.1 Resultaten per sector

4.1.1 Sector hulpverlening

Deze sector bevat sleutelfiguren werkzaam in laagdrempelige en hoogdrempelige drughulpverleningcentra, huisartsen deel uitmakend van een netwerk, drugcoördinatoren in gevangenissen en personen die op lokaal of provinciaal niveau de drugcoördinatie verzorgen.

a) *Erkenningcriteria en taken voor de centra en netwerken*

De meerderheid van deze sleutelfiguren is het eens dat de *erkenningcriteria* voor de opvangcentra en de netwerken voor de opvang van druggebruikers te vaag zijn. *Controle* op de uitvoering van deze criteria is ook onbestaande.

Een lijst van erkende centra, van de centra die onder dit KB vallen, zou wel nuttig kunnen zijn. Dit zou duidelijkheid creëren zowel bij de individuele arts als bij de centra zelf.

Deze criteria zouden enigszins moeten aangepast worden zodat de zorgequipen van de gevangenissen hier ook onder gesitueerd kunnen worden.

Er wordt meermaals aangehaald dat de voorwaarden voor de erkenning van een centrum onvoldoende zijn. Het centrum moet samengesteld zijn uit minstens 2 huisartsen, een psychiater of een psycholoog, en een maatschappelijke werker. Er wordt opgemerkt dat een psychiater hier gelijkgesteld wordt aan een psycholoog, terwijl een psychiater zowel een artsenfunctie als een psychotherapeutische functie heeft. Een psychiater zou dus evengoed één van die huisartsen kunnen zijn. Dit dient verduidelijkt te worden in het KB.

Er worden ook vragen gesteld rond de erkenningcriteria van een netwerk. Dit moet *onder meer* samengesteld zijn uit artsen. Dit is absoluut onvoldoende aangezien artsen niet in staat zijn om deze behandeling alleen uit te voeren (zie ook Tucker, 1999; Cellule Drogues de l'université de Liège, 1992; Pechnick, Glasner-Edwards, Hrymoc & Wilkins, 2007; Simpson, Joe, Chatham & Dansereau, 1997). Er moet steeds een multidisciplinair team aanwezig zijn. Omwille van de belangrikheid van dit aspect moet het expliciet vermeld worden in het KB.

Er zijn 2 uitzonderingen, beiden behorend tot de laagdrempelige hulpverlening, die vinden dat de criteria beschreven in het KB voldoende duidelijk zijn. Er hoeft voor hen dan ook geen lijst of dergelijke te komen. Zij zijn van mening dat ze als centrum verondersteld worden de nodige expertise in huis te hebben, waardoor deze niet verder geëxpliciteerd dienen te worden.

De sleutelfiguren uit de hulpverleningssector stellen unaniem dat de *taken* van de centra niet specifiek opgesteld dienen te worden in het KB.

b) *Wetenschappelijke aanbevelingen*

Het KB vermeldt dat elke arts die vervangingsmiddelen voorschrijft, dit conform de geldende *wetenschappelijke aanbevelingen* moet doen. Deze aanbevelingen zijn afkomstig uit het buitenland, maar over het algemeen zijn ze voldoende duidelijk voor deze sleutelfiguren. De ondervraagden zijn er wel voorstander van om uniforme aanbevelingen te ontwikkelen die dan als basis gelden voor het hele land en een kader van multidisciplinariteit aanraden. Een uniforme visie op de verslavingsproblematiek en de behandelingsmethodieken zou de diversiteit in ons land verenigen.

Het moet wel duidelijk gaan om *wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen (evidence-based)*. Het belang van *evidence-based* werken in de verslavingszorg werd reeds vastgesteld in het onderzoek van Autrique, Vanderplasschen, Pham, Broekaert, Sabbe et al (2007).

De inhoud van deze wetenschappelijke aanbevelingen dient niet verder onderwerp uit te maken van het KB aangezien deze regelmatig evolueren en er steeds een marge moet opengelaten worden. Deze kunnen eventueel in een bijlage of een nota verduidelijkt worden.

c) *Psychosociale begeleiding*

Elke arts dient ook te waken over de *psychosociale begeleiding* van de patiënt.

De sleutelfiguren zijn het eens dat dit een onmiskenbaar aspect is van de substitutiebehandeling. In de praktijk zijn er jammer genoeg niet altijd voldoende middelen en tijd om een degelijke psychosociale begeleiding aan te bieden, zoals ook eerder bleek uit het onderzoek van De Ruyver, Bosman, Bullens & Vander Laenen (2001).

In de substitutiebehandeling is de multidisciplinariteit van het team van groot belang (zie ook Tucker, 1999; Pechnick, Glasner-Edwards, Hrymoc & Wilkins, 2007; Simpson, Joe, Chatham & Dansereau, 1997).

Alleen opererende artsen kunnen nooit een degelijke psychosociale begeleiding aanbieden aangezien zij hier niet voldoende voor opgeleid zijn. Substitutiebehandelingen kunnen enkel efficiënt zijn als er gewerkt wordt binnen een kader. Dit werd reeds vastgesteld door De Ruyver, Van Bouchaute & Balthazar (1994) en door De Ruyver, Bosman, Bullens & Vander Laenen (2001). Er zouden meer middelen moeten worden vrijgemaakt opdat een degelijke psychosociale begeleiding kan worden aangeboden. Zeker binnen de gevangenissen is er nood aan meer middelen (zie ook Mair & Barton, 2001; Federale Overheidsdienst Justitie, 2006).

In de interviews komt ook regelmatig naar voor dat dit psychosociale aspect meer aandacht moet krijgen in het KB, aangezien de focus momenteel teveel op het farmacologische luik ligt (het overwicht van het farmacologische aspect in substitutietherapie werd reeds gevonden door De Ruyver, Bosman, Bullens & Vander Laenen, 2001; Tucker, 1999).

d) *Deelnemingsvoorwaarden voor de artsen*

Er heerst grote onduidelijkheid bij de sleutelfiguren met betrekking tot de *deelnemingsvoorwaarden voor de artsen*. Wie, wat en waar moeten deze georganiseerd worden? Het is niet duidelijk wat er onder expertise, continue en specifieke opleiding moet worden verstaan.

Zowel in de laagdrempelige als hoogdrempelige hulpverlening organiseert men zelf meerdere keren per jaar opleidingen en intervisies, maar deze zijn niet erkend. Een aantal sleutelfiguren menen dat het nuttig zou kunnen zijn om officiële opleidingen aan te bieden, bijvoorbeeld één bijscholingsactiviteit per jaar. Zo wordt het ook mogelijk een officieel bewijsstuk van deelname af te leveren, wat momenteel niet het geval is.

Ook vinden de bevrageden uit deze sector dat de opleidingseisen zoals gesteld in het KB, veel te streng zijn voor artsen die slechts occasioneel betrokken zijn bij substitutiebehandelingen. De sleutelfiguren vrezen dat deze zware eisen ertoe zullen leiden dat vele artsen afhaken en geen substitutiebehandelingen meer willen voorschrijven. Het verdwijnen van de netwerken zal een aanzuiging naar de MSOC's tot gevolg hebben, die deze enorme instroom niet aankunnen. De overdreven eisen in het KB kunnen dus een negatief effect hebben op de kwaliteit van de behandelingen (zie ook Bell, 1996).

Vanuit deze sector wordt er gepleit om de artsen die slechts occasioneel substitutiebehandelingen voorschrijven niet te onderwerpen aan de zware opleidingseisen.

Het huidige minimumquotum, namelijk *artsen die gelijktijdig aan meer dan 2 patiënten voorschrijven*, zou volgens hen verhoogd moeten worden.

Ook binnen de gevangenis wordt er gestreefd naar het aanbieden van een kwalitatieve gezondheidszorg, evenwaardig aan deze buiten de gevangensmuren. Dit is enkel mogelijk indien er meer middelen worden vrijgemaakt. Zij pleiten specifiek voor 2 soorten opgeleide artsen. Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen de artsen die behandelingen opstarten en de artsen die deze behandelingen enkel verder zetten. Deze laatste zouden volgens hen niet aan de strenge opleidingseisen moeten voldoen omdat de risico's veel kleiner zijn.

De artsen die enkel een methadonbehandeling verder zetten (wat geldt voor gevangenisartsen, maar ook voor vele huisartsen) zouden slechts een kleine opleiding moeten volgen waaruit men leert hoe op een veilige manier met deze producten om te springen.

Patiënten die uit de pool van het MSOC komen, kunnen op die manier verder behandeld worden door de huisarts. Door het creëren van 2 soorten opgeleide artsen, kunnen ook gevangenisartsen aan de eisen voldoen, wat nu niet het geval is wegens een tekort aan middelen.

e) Registratie

De procedure om zich te *registreren* in een erkend centrum of netwerk is erg vaag en er zou een mogelijkheid tot intrekking van de registratie moeten ingeschreven worden in het KB.

De bevrageden uit de laagdrempelige en hoogdrempelige hulpverlening zijn van mening dat ze de vrijheid moeten hebben om een arts te weigeren indien deze niet conform de visie en missie van het centrum of netwerk wil werken. Dit moet volgens hen ook expliciet in het KB ingeschreven worden.

f) Maximumquotum

Het maximumaantal voor een arts van *gelijktijdig 120 verschillende patiënten* wordt door de overgrote meerderheid ervaren als overdreven. Het cliënteel van een arts zou dan exclusief bestaan uit *heroïneafhankelijken*, wat het niet mogelijk maakt om de patiënten op een degelijke manier op te volgen. Er moet voldoende tijd en ruimte gegeven worden aan elke patiënt.

De sleutelfiguren uit de laagdrempelige hulpverlening zijn unaniem dat dit cijfer te hoog is. Binnen de hoogdrempelige en de cliëntoverschrijdende hulpverlening zijn er wel enkele uitzonderingen die geen problemen hebben met dit maximumaantal.

Deze laatste menen dat de artsen die op een ongeoorloofde manier voorschrijven niet ontdekt zullen worden door dit cijfer te verlagen. Door het maximumplafond te verlagen, riskeert men volgens hen dat goedwerkende artsen uitgesloten worden.

De zorgquipes van de gevangenisvormen op het maximumcijfer een uitzondering aangezien dit niet haalbaar is voor hen. Men zit met een onbepaald aantal gevangenen in substitutietherapie (zie ook Stöver, Hennebel & Casselman, 2004) en het is onmogelijk hen te weigeren.

g) Medical shopping

Eén van de hoofddoelen van het KB is om *medische shopping* tegen te gaan (zie ook Vanderplasschen, Lievens, Bouchaute, Mostien, Claeys & Broekaert, 2004).

Deze sleutelfiguren zijn overtuigd dat dit effect absoluut niet bereikt wordt. De gegevensoverdracht verloopt daarvoor veel te traag en veel te complex. Hierdoor is het niet mogelijk tijdig te reageren indien er geshopt wordt. De gegevens moeten eerst geanonimiseerd worden, wat erg tijdrovend is.

Er wordt door deze sector gepleit voor een *on line* systeem, zodat de gegevens onmiddellijk toegankelijk zijn voor iedereen. Dit is ook heel belangrijk binnen de gevangeniscontext waar men een patiënt die binnen komt onmiddellijk zou moeten kunnen behandelen indien dit nodig is (zie ook Lo & Stephens, 2000).

De sleutelfiguren zijn er van overtuigd dat een *on line* systeem haalbaar is.

Het huidige KB biedt dus geen bescherming tegen *medical shopping*.

Opgemerkt dient wel dat de bevrageden uit de Waalse laagdrempelige hulpverlening unaniem zijn dat *medical shopping* slechts weinig voorkomt.

De centra en netwerken die geconfronteerd worden met patiënten van wie de verblijfplaats zich *buiten het Belgische grondgebied* bevindt, zullen de behandeling enkel verder zetten indien ze een fax of ander document ontvangen van het centrum of netwerk van het land van de verblijfplaats van de patiënt waaruit blijkt dat de patiënt wel degelijk dat centrum of netwerk heeft geraadpleegd. Dit staat ook zo vermeld in het KB.

Er wordt door één sleutelfiguur, afkomstig van de laagdrempelige hulpverlening, gewezen op het feit dat er door bepaalde artsen voor een veel te lange periode wordt voorgeschreven, waardoor het voor de patiënt mogelijk wordt met een grote hoeveelheid methadon naar huis te gaan (zie ook Strang & Sheridan, 2001). Er zou volgens deze sleutelfiguur een duidelijkere limiet moeten komen op de duur van de periode waarvoor men mag voorschrijven.

We kunnen hieruit besluiten dat de meningen binnen deze sector gedeeld worden. We kunnen geen duidelijke subcategorieën onderscheiden.

Het opmerkelijkste verschil is dat *medical shopping* door de meerderheid als een groot probleem wordt ervaren, maar dit niet zo is voor de sleutelfiguren uit de Waalse laagdrempelige hulpverlening. We kunnen hieruit voorzichtig afleiden dat er een geografisch verschil is tussen Vlaamse en Waalse bevrageden uit de laagdrempelige hulpverlening wat de perceptie van *medical shopping* betreft.

De sleutelfiguren uit de hulpverlening zijn van mening dat artsen vooral ondersteuning moeten krijgen en positief gestimuleerd dienen te worden.

De meerderheid vindt het wel noodzakelijk dat bepaalde zaken geregeld zijn, mits er steeds een bepaalde ruimte wordt opengelaten voor de artsen zelf.

Uit de interviews blijkt dat enkele bevrageden, werkzaam in de hulpverleningssector in de Waalse arrondissementen, meer op vrijheid zijn gesteld en deze wetgeving ervaren als een supplementaire controle (*hyperreglementering*).

Zij begrijpen niet waarom verslavingsartsen strenger dienen gecontroleerd te worden dan artsen die bijvoorbeeld diabetespatiënten behandelen. Men moet vertrouwen hebben in de competentie van de artsen en hen de vrijheid geven om te werken.

Toch kunnen we deze geografische vaststelling niet veralgemenen. Er zijn ook 2 Waalse bevrageden uit de laagdrempelige hulpverlening die geen problemen hebben met deze controle. Eén van hen geeft zelfs aan dat de handel in methadon strenger moet geregeld worden zodat het niet meer mogelijk is voor artsen om voor een langere periode voor te schrijven.

Het is mogelijk dat het verschil als volgt is ingegeven. In Vlaanderen wordt er meer methadon voorgeschreven vanuit centra, en in Wallonië vooral vanuit artsen in privé-praktijk die aangesloten zijn bij een netwerk (dit blijkt ook uit onderzoek van Ledoux *et al*, 2007). Artsen werkzaam in deze netwerken kunnen de registratie-eisen ervaren als een supplementaire controle omwille van de administratieve rompslomp die hiermee verbonden is. Dit kan de reden zijn waarom de registratie aan Waalse zijde meer wordt aangegeven als een bijkomende controle.

4.1.2 Sector die toezicht houdt op de medische praktijk

a) *Erkenningscriteria en taken voor de centra en netwerken*

De sleutelfiguren uit deze toezichthoudende sector zijn het eens met de stelling dat de *criteria* in het KB niet preciezer omschreven dienen te worden. Er zou wel vastgesteld moeten worden wie deze criteria moet toekennen. Een lijst van erkende centra of van de artsen die hierbij betrokken zijn, zou ook nuttig kunnen zijn.

Er worden op de centra en netwerken geen preventieve *controles* uitgeoefend. Er kan enkel worden opgetreden wanneer de Orde, de Provinciale Geneeskundige Commissie en/of het parket weet krijgen van problemen.

Eén van de bevragede sleutelfiguren uit deze controle-instanties denkt wel dat deze criteria niet gekend zijn bij de artsen die niet aangesloten zijn bij een centrum. Dit wordt besloten op basis van de vaststelling dat er nog steeds individuele artsen zijn die methadonbehandelingen opstarten zonder een samenwerkingsverband te hebben met een centrum.

Ook deze sector is van mening dat de *taken* van centra en netwerken niet verder gepreciseerd dienen te worden in het KB, omdat deze relatief zijn en onderhevig aan verandering.

b) *Wetenschappelijke aanbevelingen*

De *wetenschappelijke aanbevelingen* zijn voldoende duidelijk voor deze sector. Er moet in het KB niet dieper op ingegaan worden, aangezien een substitutiebehandeling op een andere manier kan verlopen afhankelijk van patiënt tot patiënt. Er moet steeds een marge opengelaten worden.

Eén van de bevrageden uit deze instanties is wel van mening dat meer onderzoek naar deze materie aangewezen is omdat er nog steeds discussies zijn tussen de verschillende experts, bijvoorbeeld over

de vraag of substitutiemiddelen steeds het volledig stoppen tot finaliteit moeten hebben. Hier zijn nogal wat emotioneel en politiekgeladen meningsverschillen over.

c) *Psychosociale begeleiding*

Ook de sleutelfiguren uit deze toezichthoudende sector gaat ervan uit dat een substitutiebehandeling enkel efficiënt kan zijn indien het *multidisciplinair* wordt aangepakt. Hier dienen meer middelen voor aangereikt te worden. De centra zijn *overbevraagd* en moeten voldoende mogelijkheden krijgen. Dit werd ook vastgesteld door De Ruyver, Bosman, Bullens & Vander Laenen, 2001. Er moet meer aandacht geschonken worden aan dit multidisciplinaire karakter in het KB want het geeft volgens deze sleutelfiguren momenteel nog te veel de indruk dat een arts dit soort behandelingen alleen aankan.

d) *Deelnemingsvoorwaarden voor de artsen*

Het KB blijft volgens hen ook erg vaag over de *deelnemingseisen voor de artsen*. In de praktijk worden er te weinig gestructureerde opleidingen georganiseerd en worden artsen onvoldoende ondersteund.

Eén van hen geeft aan dat het interessant zou zijn mocht een specifieke opleiding over drugsverslaving vervat zitten in de basisopleiding geneeskunde. Hier bovenop zouden dan nog bijscholingen moeten volgen in de vorm van voordrachten, congressen, ...

Hierin moet ook het multidisciplinaire karakter van dergelijke behandelingen aan bod komen.

Er zouden ook criteria moeten vastgelegd worden waaraan de verschillende opleidingen moeten voldoen, wie ze geeft en wie het certificaat dient af te geven. Hiervoor zijn officiële opleidingen noodzakelijk.

e) *Registratie*

Ook deze sleutelfiguren vinden het nodig dat de mogelijkheid moet ingeschreven worden om de *registratie* van een arts in te trekken of een arts te weigeren. De registratieprocedure wordt ook als te omslachtig ervaren.

f) *Maximumquotum*

Het *maximumplafond van 120 patiënten* vinden deze sleutelfiguren een realistische keuze en zij hebben hier dan ook geen problemen mee. Het is een manier van de overheid om te laten zien dat er niet zomaar methadon mag worden voorgeschreven en dat huisartsen een gemengd cliënteel moeten hebben.

Ook met het minimumplafond waarvan sprake in het KB, hebben ze geen problemen. Één sleutelfiguur heeft zelfs twijfels of een minimumplafond echt noodzakelijk is.

g) *Medical shopping*

De bevroegden uit deze sector, behoudens 2 uitzonderingen, menen dat *medical shopping* momenteel niet efficiënt vermeden wordt. De uitwisseling van gegevens tussen de verschillende actoren loopt mank, omwille van de problemen met het beroepsgeheim en de privacy. Hierdoor krijgen de Provinciale Geneeskundige Commissies geen informatie meer door. Het systeem wordt ook als té gecompliceerd ervaren om effectief *shopping* tegen te gaan.

2 actoren zijn wel overtuigd dat, mocht het huidige IFEB-systeem alle stappen volledig kunnen doorlopen, de gegevens op een voldoende snelle manier kunnen verkregen worden en *medical shopping* efficiënt zou vermeden worden.

Toch is deze sector unaniem voorstander voor het ontwikkelen van een *on line* systeem. Ook de mogelijkheid om *shopping* te voorkomen door middel van de SIS-kaart wordt vermeld. Deze zou dan automatisch een signaal moeten geven wanneer er sprake is van een dubbel voorschrift. Maar men weet niet of dit technisch haalbaar is.

Eén sleutelfiguur, afkomstig uit een Waals arrondissement, meent dat er slecht zeer sporadisch *geshopt* wordt, dit in tegenstelling tot wat de andere sleutelfiguren uit deze sector zeggen.

Meermaals wordt vermeld dat er een verschil is tussen Vlaanderen en Wallonië wat de manier van voorschrijven betreft. In Vlaanderen wordt er veel meer voorgeschreven door centra, en dit in siroopvorm.

In Wallonië echter wordt er meer voorgeschreven door individuele artsen die deel uitmaken van een netwerk, en dit in de vorm van gelules. Er wordt aangenomen dat er in het Zuiden van het land ook gemakkelijker voorgeschreven wordt voor een langere periode.

Eén van de actoren uit deze controlesector, afkomstig uit het zuidelijk deel van België, geeft aan dat de handel in methadon het grootste probleem vormt. In het KB staat vermeld dat methadon dagelijks toegediend dient te worden, behoudens uitzonderingen. Dit betekent volgens hem dat men eigenlijk mag doen wat men wil en dat de patiënten heel gemakkelijk methadon kunnen meekrijgen voor een geruime tijd (zie ook Strang & Sheridan, 2001). Dit wordt onvoldoende gecontroleerd en kan ernstige ongelukken tot gevolg hebben (zie ook Vormfelde & Poser, 2001).

Er moet volgens hem absoluut een precieze limiet worden vastgesteld op de hoeveelheid methadon die meegegeven mag worden aan patiënten.

De sleutelfiguren vinden de komst van het KB op zich een goede zaak. Het zorgt voor een kader en enige controle is noodzakelijk. Hierbij moet steeds ruimte gelaten worden voor de artsen zelf. Indien er afgeweken wordt, wat in bepaalde omstandigheden absoluut verantwoord kan worden, dient dit door de artsen op eigen initiatief gemeld te worden.

Een aantal keer wordt ten slotte aangehaald dat *heroïneafhankelijken* regelmatig verschillende middelen combineren (zie ook Stimmel, Cohen & Hanbury, 2006). Een groot deel van de patiënten die in een methadonproject zitten, zouden heroïne blijven doorgebruiken. Het zou goed zijn mochten alle middelen systematisch geregistreerd worden zodat het mogelijk wordt een totaalbeeld te vormen van de problematiek.

Uit deze resultaten kunnen we afleiden dat de bevraagden uit de sector die toezicht houdt op de medische praktijk over het algemeen dezelfde mening delen. Er zijn geen opmerkelijke verschillen gemeld. Er is enkel onenigheid met betrekking tot *medical shopping*, zowel wat het voorkomen ervan betreft als wat de efficiëntie van het huidige registratiesysteem betreft.

Het is duidelijk dat deze sector voorstander is van enige controle op dit soort behandelingen.

4.1.3 Sector Justitie

In deze sector hebben we een aantal (drugs)parketmagistraten bevraagd. Zij worden in de praktijk niet met het KB op zich geconfronteerd, enkel met de uitwerking ervan. Indien er zich grote problemen voordoen met betrekking tot deze materie zouden zij hier dus van op de hoogte moeten zijn. De bevraagde magistraten kwamen allen tot dezelfde vaststellingen.

Ze worden regelmatig geconfronteerd met dossiers van *heroïneafhankelijken* die in een methadonproject zitten maar dit substitutiemiddel combineren met heel wat andere middelen. Een groot aantal patiënten blijven naast methadon ook heroïne doornemen. Er zijn hierdoor al een aantal ongevallen gebeurd, vaak met de dood tot gevolg (zie ook Seivewright, 2000; Vormfelde & Poser, 2001).

De gerechtelijke praktijk en de vaststelling van de veelvuldige aanwezigheid van methadon op de zwarte markt doet hen vermoeden dat de hoeveelheid geleverde methadon veel groter is dan deze die onmiddellijk geconsumeerd wordt. Sommige artsen zouden volgens hen op vraag van de patiënt té gemakkelijk methadon voorschrijven (zie ook Strang & Sheridan, 2001).

4.2 Sectoroverschrijdende conclusies

a) *Erkenningcriteria en taken van de centra en netwerken*

De sleutelfiguren uit de besproken sectoren delen de mening dat de *criteria* waaraan centra en netwerken moeten voldoen, zeer vaag opgesomd zijn in het KB. De hulpverleningssector is van mening dat deze mogen verduidelijkt worden terwijl dit voor de controlesector eigenlijk niet nodig is. Toch is ook deze laatste overtuigd van het nut van een lijst van erkende centra of van de artsen die betrokken zijn bij deze praktijk.

Over de *controle* op de naleving van deze criteria is men unaniem dat dit zo goed als onbestaande is. Er moet duidelijk worden gesteld wie deze criteria dient op te stellen en hierop controle uitoefent.

De sleutelfiguren zijn het er in grote mate over eens dat de *taken* van centra en netwerken niet verder gepreciseerd moeten worden in het KB.

b) *Wetenschappelijke aanbevelingen*

Het zou goed zijn mochten de *wetenschappelijke aanbevelingen* uniform worden gemaakt. Het ontwikkelen van nationale wetenschappelijke richtlijnen zou een basiskader creëren dat geldt voor het hele Belgische grondgebied, waardoor overal hetzelfde multidisciplinaire pakket wordt aangeboden. De aanbevelingen dienen niet verder onderwerp uit te maken van het KB, aangezien deze gevoelig zijn voor verandering en er steeds een marge moet opgehouden worden.

c) *Psychosociale begeleiding*

Het KB zou meer de nadruk moeten leggen op het *multidisciplinaire* karakter van de substitutiebehandeling. Dit soort behandelingen is enkel efficiënt indien men in een team werkt dat multidisciplinair samengesteld is. Men mag niet de indruk wekken dat artsen een substitutietherapie alleen aan kunnen.

De nodige middelen voor de psychosociale begeleiding worden momenteel niet voldoende aangereikt.

d) *Deelnemingsvoorwaarden voor de artsen*

De *opleidingseisen* worden vooral door de sleutelfiguren uit de hulpverlening als een discussiepunt ervaren. Zij zijn ervan overtuigd dat de eisen soepeler gemaakt moeten worden voor artsen die niet op frequente basis geconfronteerd worden met deze praktijk. Een arts die momenteel *meer dan 2 patiënten* behandelt, moet reeds aan deze zware eisen voldoen. Het minimumplafond zou volgens hen verhoogd moeten worden zodat huisartsen gemotiveerd blijven om dit soort behandelingen op zich te nemen. Dit zal de kwaliteit van de behandelingen uiteindelijk verhogen doordat de patiënten in substitutiebehandeling terecht kunnen bij meerdere artsen. Het voorstel vanuit de hulpverlening om 2 soorten opgeleide artsen te creëren dient in overweging genomen te worden. De controlesector daarentegen heeft veel minder problemen met dit minimumaantal. Één iemand vraagt zich zelfs af of het leggen van een minimumplafond noodzakelijk is.

De sleutelfiguren uit de verschillende sectoren zijn het eens dat er nood is aan het aanbieden van meer uniforme, gestructureerde en erkende opleidingen. Er moet duidelijkheid komen over wie opleidingen mag organiseren en waar deze aan moeten voldoen.

e) *Registratie*

Wat de *registratie* van de artsen betreft, zou er in het KB de mogelijkheid ingeschreven moeten worden om een arts te weigeren of een registratie van een arts in te trekken.

De registratieprocedure moet ook verduidelijkt worden in het KB.

f) *Maximumquotum*

Ook over het *maximumaantal* zijn de bevrageden het in elk geval eens dat er sowieso een maximumplafond moet zijn en dat het huidige plafond zeker niet verhoogd mag worden. Of het eventueel verlaagd moet worden, daarover zijn de meningen dan weer verdeeld. Uit eerder onderzoek van Ledoux et al (2007) blijkt wel dat er slechts weinig artsen meer dan 100 patiënten in substitutiebehandeling hebben.

In elk geval moet het gevangeniswezen een uitzondering blijven op dit maximumaantal van patiënten.

g) *Medical shopping*

Medical shopping wordt niet efficiënt vermeden met de komst van dit KB. Daarom pleiten de sleutelfiguren uit de bevraagde sectoren voor het opzetten van een *on line* systeem, of eventueel een systeem ingebouwd in de SIS-kaart. De vraag is of dit haalbaar is.

Het is wel opvallend dat er een verschil is tussen de Vlaamse en Waalse sleutelfiguren uit de laagdrempelige hulpverlening wat de perceptie van *medical shopping* betreft.

Opmerkelijk is ook het feit dat er in alle sectoren, inclusief justitie, aangegeven wordt dat de handel in methadon een probleem vormt. Dit wordt ook bewezen door de aanwezigheid van methadon op de zwarte markt. Er zou een duidelijke limiet moeten komen op de hoeveelheid methadon die meegegeven mag worden aan een patiënt, zodat het niet in grote getallen verhandeld kan worden.

Zowel in de controlesector als de sector justitie wordt gemeld dat heel wat *heroïneafhankelijken* die een methadonproject volgen, andere middelen bijgebruiken. Het zou dus goed zijn om alle middelen systematisch samen te registreren, zodat een totaalbeeld van de patiënt mogelijk wordt.

5. Algemeen besluit en aanbevelingen

Het algemene besluit en de aanbevelingen slaan op 2 niveaus: de bruikbaarheid van de methode enerzijds, en de resultaten van de empirische toepassing anderzijds.

5.1 De bruikbaarheid van de methode

‘Kan de wetenschap op basis van sociaal-wetenschappelijke criteria van betrouwbaarheid en geldigheid methoden en technieken aanreiken zodat beleidsrichtlijnen, kunnen geëvalueerd worden?’

Deze vraag werd initieel gesteld door de opdrachtgever. De algemene onderzoeksvraag die hieruit volgde, luidt: *Is het mogelijk een algemene methodiek als raamwerk aan te bieden om beleidsrichtlijnen te evalueren?* Deze vraag kan bevestigend beantwoord worden.

De evaluatie van deze methadonrichtlijn was een testcase voor de methodiek beschreven in het voorgaande hoofdstuk. Uit de bevindingen van deze toepassing kunnen we besluiten dat deze methodiek een beloftevol instrument is gebleken voor de evaluatie van beleidsrichtlijnen. Door de toepassing van deze methode zijn we er namelijk in geslaagd de inhoudelijke dimensies van de richtlijn te toetsen.

Diversiteit van sleutelfiguren, een degelijke analyse van de componenten van de richtlijn en een duidelijk ontwerp van een checklist zijn de randvoorwaarden waaronder deze methode optimaal functioneert.

Doordat dit evaluatieonderzoek werd uitgevoerd door een onafhankelijke *evaluator* kon de afstand ten opzichte van de sleutelfiguren bewaard blijven en zo de objectiviteit optimaal gegarandeerd worden.

Deze evaluatie van de methodiek is gebaseerd op een kortlopende studie, zodat het gezien moet worden als een eerste toetsing van de problematiek. Het is aanbevolen om in de toekomst op grotere schaal en op langere termijn evaluatieonderzoek op het gebied van beleidsrichtlijnen te herhalen om zo de verschillende facetten in een richtlijn gedetailleerd te kunnen evalueren, afhankelijk van de complexiteit van de richtlijn. Dit laat ook toe aanpassingen van richtlijnen, onder meer gebaseerd op dit type evaluaties, verder op te volgen en te toetsen.

5.2 De resultaten van de empirische toepassing

Uit de resultaten over de verschillende sectoren heen kwamen de volgende conclusies:

A. *Erkenningscriteria voor de centra en de netwerken voor opvang van drugsgebruikers*

Er is onduidelijkheid over wie de erkenningcriteria voor centra en netwerken dient op te stellen en de controle hierop uitvoert.

B. Deelnemingsvoorwaarden en registratie van de artsen

De opleidingseisen worden als te zwaar ervaren voor artsen die slechts occasioneel bij deze praktijk betrokken zijn. Hierdoor loopt men het risico dat artsen ontmoedigd worden dit soort behandelingen te doen waardoor het hulpverleningsaanbod beperkt wordt. Er dient nagedacht te worden of het minimumplafond (*gelijktijdig aan meer dan 2 patiënten*) houdbaar is.

Er is ook nood aan officiële, erkende opleidingen. Dit zal de uniformiteit in deze behandelingen ten goede komen en maakt het mogelijk een officieel bewijsschrift af te leveren. Het is ook onduidelijk wat er verstaan moet worden onder *specifieke opleiding, continue opleiding en expertise*.

De richtlijn geeft te weinig aandacht aan het multidisciplinaire karakter van de substitutiebehandelingen. Het beoogde doel dat een arts niet alleen mag opereren dient benadrukt te worden.

De registratieprocedure van artsen wordt ook ervaren als te omslachtig.

C. Bijkomende modaliteiten voor de behandeling van de patiënten

Het maximumaantal van 120 patiënten mag zeker niet verhoogd worden en wordt door sommigen beschouwd als overdreven.

D. Nationale registratie van de vervangingsbehandelingen.

Medical shopping wordt niet efficiënt vermeden door het huidige registratiesysteem. Er wordt gepleit voor een snel en simpel systeem dat de onmiddellijke toegang tot de gegevens mogelijk maakt.

Vele *heroïneafhankelijken* combineren methadon met andere middelen. Een systematische registratie van alle middelen is aangewezen zodat het gebruik optimaal gecontroleerd kan worden en men een juist beeld krijgt van de medische toestand van de patiënt.

Op basis van deze bevindingen kunnen we besluiten dat het Koninklijk Besluit betreffende methadon in zijn huidige formuleringen te vaag is en verfijnd moet worden. Door de weinige precisie en duidelijkheid worden de oorspronkelijke doelstellingen niet bereikt, waardoor de richtlijn dan ook niet tegemoet komt aan de praktijk.

Hoe kan deze richtlijn dan wel haar beoogde resultaat bereiken?

De doelstellingen dienen duidelijk beschreven te worden.

Artsen moeten positief gestimuleerd worden om substitutiebehandelingen uit te voeren. Dit kan bereikt worden door in het KB realistische voorwaarden op te stellen en zo een tegenovergesteld effect verhinderen.

Het is belangrijk dat een richtlijn regelt wat geregeld moet worden, maar hierbij steeds een marge openlaat om de artsen hun verantwoordelijkheid te laten opnemen. De behandeling hangt namelijk ook af van patiënt tot patiënt, waar de arts zelf voor een stuk moet kunnen beslissen hoe hij de behandeling uitvoert.

Ten slotte dient gewezen te worden op het feit dat door de sleutelfiguren van justitie en door één sleutelfiguur uit de toezichthoudende sector aangegeven wordt dat de handel in methadon een groot probleem vormt. Een duidelijke limiet op de afgeleverde methadon is noodzakelijk.

Het KB zou ook zodanig moeten geformuleerd worden dat het ook kan gelden voor de substitutiebehandelingen uitgevoerd door de zorgequipes van de gevangenen, mits een uitzondering op het maximumplafond van 120 patiënten.

DEELVII. BIBLIOGRAFIE

- Accord de coopération du 2 septembre 2002 entre l'Etat fédéral, les Communautés, la Cocom, la Cocof et les Régions, pour une politique de drogues globale et intégrée.
- Arrêté royal du 16 mai 2003 modifiant l'arrêté royal du 31 décembre 1930 concernant le trafic des substances soporifiques et stupéfiants
- Arrêté royal du 22 janvier 1998 réglementant certaines substances psychotropes, en vue d'y insérer des dispositions relatives à la réduction des risques et à l'avis thérapeutique, et modifiant l'arrêté royal du 26 octobre 1993 fixant des mesures afin d'empêcher le détournement de certaines substances pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, *M.B.*, 02 juin 2003
- Arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution, *M.B.*, 30 avril 2004.
- Arrêté royal du 17 janvier 2005 accordant une aide financière à certaines villes et communes dans le cadre d'une convention relative à la prévention des nuisances sociales liées aux drogues et à la coordination locale des initiatives développées en matière de toxicomanie, *M.B.*, 11 février 2005.
- Arrêté royal du 6 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution, *M.B.*, 21 novembre 2006.
- Arnaud, S., Gervasoni, J.P., Dubois-Arber, F. (2007). Evaluation du projet « Nuit blanche ? » à Genève 2006-2007. L'avis des partenaires, *Raisons de santé*, 131.
- Arthur, M., W., Ayers, C., D., Graham, K., A., & Hawkins, J., D. (2003). Mobilizing communities to reduce risk for drug abuse: a comparison of two strategies. In Z. Sloboda & W. Bukoski, J. (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice*. New York: Kluwer Academia.
- Autrique, M., Vanderplasschen, W., Pham, T., H., Broekaert, E., & Sabbe, B. (2007). *Evidence-based werken in de verslavingszorg: een stand van zaken*. Gent: Academia Press.
- Barton, A. (1999a). Breaking the crime/drugs cycle: the birth of a new approach? *The Howard Journal*, 38(2), 144-157.
- Barton, A. (1999b). Sentenced to treatment? Criminal justice orders and the health service. *Critical Social Policy*, 19(4), 463-483.
- Bastin, P. (2005). Assuétudes : les experts ont tiré leur plan! *Education santé*, 207.
- Bell, J. (1996). Alternatives to Non-Clinical Regulation: Training Doctors to deliver methadone Maintenance Treatment. *Addiction Research and Theory*, 3(4), 315-322.
- Bellis, M. A., Hughes, K., & Lowey, H. (2002). Healthy nightclubs and recreational substance use. From a harm minimisation to a healthy settings approach. *Addictive behaviors*, 27, 1025-1035.
- Bergeron, H. (1999). Politiques publiques et croyances collectives. Analyse socio-historique de la politique française de soins aux toxicomanes de 1970 à 1975, *Déviance et Société*, 23, n° 2
- Beynon, C. M., Bellis, M. A., & McVeigh, J. (2006). Trends in drop out, drug free discharge and rates of re-presentation: a retrospective cohort study of drug treatment clients in the North West of England. *BMC Public health*, 6, 1-9.
- Bibliothèque Léon Graulich-ULg : Droit, Criminologie, Sciences Po, Economie, Gestion, Sciences sociales. (Page consultée le 28 juillet 2008). *Site de la Bibliothèque Léon Graulich-ULg*, [En ligne]. <http://www.graulich.ulg.ac.be>.
- Bieleman, B., Biesma, S., Hoorn, M., & Kruize, A. (2007). *Overlastmetingen in de Gravinneestee en omgeving*. Groningen: Intraval
- Billiet, J. (1997). *Methodes van sociaal-wetenschappelijk onderzoek: ontwerp en dataverzameling*. Leuven: Acco.
- Billiet, J. (2003). De gestandaardiseerde vragenlijst . In Billiet, J. & Waeye, H. (Eds.), *Een samenleving onderzocht. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. (pp. 390): Uitgeverij de boeck.
- Billiet, J. & Carton, A (2003). Dataverzameling: gestandaardiseerde interviews en zelf-in-te-vullen vragenlijsten. In Billiet, J. & Waeye, H. (Eds.), *Een samenleving onderzocht. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. (pp. 390): Uitgeverij de boeck.
- Birkhead, G., Klein, S., Candelas, A., O'Connell, D., Rothman, J., Feldman, I., Tsui, D., Cotroneo, R.,

- Flanigan, C. (2007). Integrating multiple programme and policy approaches to hepatitis C prevention and care for injection drug users: a comprehensive approach, *International Journal of Drug Policy*, 18, 417-425.
- Blanchet, A., Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris: Nathan Université.
- Boeije, H. (2005). Kwalitatief onderzoek. In: H. 't Hart, H., Boeije & J. Hox (Eds.), *Onderzoeksmethodes* (pp. 253-289). Amsterdam: Boom.
- Bohrnstedt, G.W. (1989). Measurement. In: P.H. Rossi, J.D. Wright & A.B. Andersen (Eds.), *Handbook of survey research* (pp. 70-123). New York: Academic Press.
- Botvin, G., J., & Griffin, K., W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. In Z. Slobada & W. Bukoski, J (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science, and practice*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Brochu, S. (2008). A la recherche d'une politique intégrale et intégrée en matière de drogues. Réflexions à partir d'une expérience québécoise, présentation lors du séminaire du 'Faire et ne pas faire dans une politique intégrale et intégrée', Bruxelles.
- Brook, J., S., Brook, D., W., Richter, L., & Whiteman, M. (2003). Risk and protective factors of adolescent drug use: implications for prevention programs. In Z. Slobada & W. Bukoski, J. (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science, and practice*. New York: Kluwer Academia.
- Cambré, B. & Waeye, H. (2003). Kalitatief onderzoek en dataverzameling door open interviews. In Billiet, J. & Waeye, H. (Eds.), *Een samenleving onderzocht. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. (pp. 390): Uitgeverij de boeck.
- Campbell, D.T. (1955). The informant in quantitative research. *American Journal of Sociology*, 60, 339-342 (340).
- Cattacin, S. (2008). *From fundamentalism to technocracy - learning from Swiss policy failures in the fight against drug abuse*. Paper presented at the Second annual Conference of the International Society for the Study of Drug Policy, Lisbon, Portugal.
- Cellule Drogues de l'université de Liège (1992). *La Methadone: une réflexion interdisciplinaire*. Liège: Université de Liège.
- Centre START/MASS de Liège, [en ligne] <http://start-mass.chp.be> (site consulté le 17 juin 2008).
- Charlois, T. (2005). *Workshop report of the SECURCITY Network. Workshop "Drugs & Insecurity", 6-7 october 2005, Heerlen* (Workshop report). Heerlen: Secur City project, European URBACT programme.
- Charlois, T. (2006). Compilation of Pompidou Group's texts on co-operation and partnership between law enforcement systems and social services in the handling of problems arising from open drug scenes. Democracy, cities and drugs project.
- Collège des procureurs Généraux, analystes statistiques. (2008). *Analyse de l'évolution des tendances 2003-2007, analyse comparative réalisée à partir des données concernant les affaires correctionnelles traitées par les parquets près les tribunaux de première instance*. Page consultée le 22 août 2008 sur http://www.just.fgov.be/statistique_parquets/start/f/home.html.
- Concertation Toxicomanie Bruxelles (CTB – ODB). *Description de l'asbl et memorandum 2007 – 2011*, [en ligne] <http://www.ctb-odb.be> (page consultée le 23 juin 2008).
- Commission of the European Communities. (2008). *Report of the final evaluation of the EU drugs action plan (2005-2008)*. SEC(2008) 2456. (Page consultée le 8 octobre 2008) sur www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1338EN.html.
- Connolly, J. (2002). *Community policing & drugs in Dublin. The North inner City Community Policing Forum*. Dublin.
- Conseil de l'Union européenne, Note relative à la stratégie antidrogue de l'Union européenne (2005-2012) du Secrétariat général au Conseil européen, 22 novembre 2004, 15074/04.
- Conseil de l'Union européenne, Plan d'action drogue de l'Union européenne (2005-2008), *J.O.C.E.*, C 168/1, 8 juillet 2005.
- Coppel, A. (2008). *Drug use, front line services and local policies. guidelines for elected officials at the local level*: European Forum for urban safety. Democracy, cities & drugs projects
- Cornu, G. (2002). *Vocabulaire juridique*. Paris : PUF Quadrige.

- Crow, I., France, A., Hacking, S., & Hart, M. (2004). *Does Communities that Care work? An evaluation of a community-based risk prevention programme in three neighbourhoods*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Da Agra, C. (2008). *Requiem pour la guerre à la drogue: l'expérience portugaise de décriminalisation* (à paraître), 25 pages.
- Davidson, N., Sturgeon-Adams, L., & Burrows, C. (1997). *Tackling Rural Drugs Problems: A Participatory Approach*: Home Office, Police Research Group.
- Decourrière, A. (2003). *Stupéfiants, Droit pénal et procédure pénale* – Suppl. 7, éd. Kluwer.
- Decourrière, A. (1996). *Les drogues dans l'Union européenne*. Bruxelles : Bruylant.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S., (eds.), (2000). *Handbook of qualitative research*. Second edition. London: Sage.
- Devresse, M.-S., & Duprez, D. (2008). Introduction. *Déviance et Société*, Vol. 32, 3, 235-249.
- Devresse, M.-S. (2006). *Usagers de drogues et justice pénale. Constructions et expériences*. Bruxelles : De Boeck.
- Dillman, D. A. (2002). Navigating the rapids of change. *Public Opinion Quarterly*, 66(3), 473-494.
- Dillman, D.A. (1978). *Mail and telephone surveys: the Total Design Method*. New York: Wiley.
- De Jonckheere, M. (2003). *Inleiding tot het recht*. Brugge: die keure.
- De Maeseeneire, I., & Rosiers, J. (2003). *Evaluatie. Een thema in de kijker*.: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
- De Pauw, K. (2007). Een veiligheidsnetwerk rond druggebruik te Geraardsbergen en Lierde. In W. Bruggeman (Ed.), *Cahiers Intégrale Veiligheid. Thema Regie*. Brussel: Politeia.
- De Ruyver, B. (2007). Integraal drugbeleid. In J. Casselman & H. Kinable (Eds.), *Het gebruik van illegale drugs. Multidimensionaal bekeken*. (pp. 325-341): UGA.
- De Ruyver, B., Bosman, G., Bullens, F., Vander Laenen, F. (2001). *Evaluatie van de Medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers, Deelrapport Gent – Oostende*. Brussels: Belgian Federal Services for Scientific, Technical and Cultural Affairs.
- De Ruyver, B., Casselman, J., Meuwissen, K., Bullens, F., & Van Impe, K. (2000). *Het Belgisch drugbeleid anno 2000: een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs*. Gent: Onderzoeksgroep Drugbeleid, Strafrechtelijk beleid en Internationale criminaliteit.
- De Ruyver, B., Colman, C., De Wree, E. Vander Laenen, F., Reynders, D., Van Liempt, A., et al. (2008). Een brug tussen justitie en drughulpverlening. Een evaluatie van het proefzorgproject. Antwerpen: Apeldoorn.
- De Ruyver, B., Pelc, I., Casselman, J., Geenens, K., Nicaise, P., Vander Laenen, F., et al. (2004). *Drugbeleid in cijfers. Een studie naar betrokken actoren, overheidsuitgaven en bereikte doelgroepen*. Gent: Academia Press.
- De Ruyver, B., Pelc, I., De Graeve, D., Bucquoye, A., Cornelis, L., & Nicaise, P. (2007). *Drugs in cijfers II. Studie naar betrokken actoren, overheidsuitgaven en bereikte doelgroepen. Vervolg studie*. Gent: Academia Press.
- De Ruyver, B., Ponsaers, P., Lemaître, A., Macquet, C., De Wree, E., Hodeige, R., et al. (2007). *Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers*. : Academia Press.
- De Ruyver, B., Ponsaers, P., Lemaître, A., Maquet, C., Bucquoye, A., Surmont, T., et al. (2006). *Monitor integraal lokaal drugbeleid*. Brussel: Federaal Wetenschapsbeleid.
- De Ruyver, B., Van Bouchaute, J. & Balthazar, T. (1994). *Methadon: hulpmiddel of wondermiddel?* Leuven: Garant.
- Decorte, T., De Ruyver, B., Ponsaers, P., Bodein, M., Lacroix, A. C., Lauwers, S., et al. (2004). *Drugs en overlast. Drogues et nuisances*. Gent: Academia Press.
- Dienst Communicatie van de Ministerraad - Algemene directie externe communicatie – Kanselarij van de Eerste Minister, *Persbericht van de Ministerraad: Behandeling met vervangingsmiddelen*, 30 juni 2006.
- Doherty, G. (2007). *Report of the community policing forum for 2006-2007*. Dublin.
- Eggert, L., L., & Randell, B., P. (2003). Drug prevention research for high-risk youth. In Z. Slobada &

- W. Bukoski, J. (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science, and practice*. New York: Kluwer Academia.
- ELISAD, Portail européen sur l'alcool, les drogues et les addictions. (Page consultée le 22 juillet 2008). *Site du portail européen ELISAD sur l'alcool, les drogues et les addictions*, [En ligne]. <http://www.addictionsinfo.eu/>.
- EMCDDA | Situation of drug policies and laws in Europe. (Page consultée le 10 juillet 2008). *Site du Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, [En ligne]. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index41522FR.html>.
- Ernst, M.L., Spencer, B. (2002). Prévention de la toxicomanie auprès des jeunes. Le rôle de la police, des tribunaux et des juges des mineurs, Résumé, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 15 pages.
- Evaluation des politiques publiques. (Page consultée le 25 août 2008). *Site du portail de l'évaluation des politiques publiques*, [En ligne]. <http://www.evaluation.gouv.fr/>.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2005). *Annual Report 2005. Selected issues*: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2006). *Annual report 2006: The state of the drugs problem in Europe.*: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2007). *Annual report 2007: The state of the drugs problem in Europe*: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2008). *Annual report 2008: the state of the drugs problem in Europe*: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Evidence Based Policy Making and the Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). ABRIGADO Scene-Contact, Luxembourg, specific project, [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 30 janvier 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *ABRIGADO Scene-Contact, Luxembourg, specific project*, [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 30 janvier 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Drug addiction intervention programme within the District Courts, Madrid, Spain*, [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 30 janvier 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *The Pilvi Group : a group of authorities involved in preventative substance abuse work, Finland, municipality of Ylöjärvi, Youth Services: Government organisation*, [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 30 janvier 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Drop-in Centre, Casa Dei Giovani Associazione Onlus, Italy, specific project*, [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Work and Autonomy, Italy* [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Open Therapeutic programme DIAVASSI : treatment phase, Greece, Athènes* [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *EN DRASI Therapeutic programme : Support centre for Drugs users in prisons (Korydallos Judicial Men's prison and psychiatric division of Korydallos Prisons, Greece, Athènes* [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Exchange and Training Network, T3E, France* [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Networks of hosting families for drug addicts, Paris, France* [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Parent training in the prevention of drug abuse : three methods, Barcelona, Spain* [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Pilot programme for individual social reintegration allowance, Barcelona, Spain* [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).

- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Programme to improve access to treatment with opiates in Castille and Leon, Valladolid, Spain* [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Karlov therapeutic Community, Praha, Czech Republic* [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Sub-Riscos, Funchal, Portugal* [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Municipal plan for the Prevention of drug addiction, Lisboa, Portugal* [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Parenthood Education : Supporting Drug Users as parents, Belgium*, [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *24 h/24 Telephone Help-line, Belgium, specific project*, [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Local point of Reception, Information and Referral for party Drug Users, Belgium, specific project*, [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Kangaroo: Reception for Drug-addicted mothers with their children, Belgium*, [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Syringe Exchange Desk, Belgium*, [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). *Parenthood Education : Supporting Drug Users as parents, Belgium*, [en ligne] www.emcdda.europa.eu (page consultée le 13 février 2008).
- Farrington, D.P. (2003). Methodological Quality Standards for Evaluation Research, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587, 57-61.
- Federale Regering. (2001). *Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek*. Brussel: Federale Regering.
- Fédération des institutions pour toxicomanes (Fedito), [en ligne] <http://www.fedito.be> (site consulté le 17 juin 2008).
- FEDITO - Texte intégral de la nouvelle directive cannabis du 25-1-2005. (Page consultée le 03 juillet 2008). *Site de la fédération francophone bruxelloise des institutions pour toxicomanes*, [En ligne]. http://www.feditobxl.be/actualites.php?id_actu=6.
- Fincoeur, B., Lemaître, A. (2008). Drogues et politique « intégrée »: entre intention et passage à l'acte. *Les Cahiers de la sécurité*, n°5, juillet-septembre 2008.
- Geenens, K., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., De Ruyver, B., Alexandre, S. (2003 – 2004). Entre Rêve et Action : implémentation du case management pour usagers de drogues dans le secteur de la santé et le secteur judiciaire, Résumé, *Service Public Fédéral de Programmation Politique Scientifique*, 19 pages.
- Gemeente Heerlen. (2001). *Operatie Hartsлаг. naar een veilige en beheersbare binnenstad*. Heerlen.
- GERN. (Page consultée le 18 août 2008). *Site du Groupe Européen de Recherche sur les Normativités*, [En ligne]. <http://www.gern-cnrs.com/gern/index.php?id=2>.
- Gervasoni, J.-P. et al. (2000). *Evaluation des mesures de la confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, Troisième rapport de synthèse 1997-1999*. (Suisse) : Unité d'évaluation de programme de prévention de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne.
- Goodair, C., Moen, J., Prepeliczay S., Rouault, T. (2005). Collaboration across Europe: experience from practice, *Libri*, 55, 225-230.
- Guillain, Ch. (2003). Comprendre la nouvelle réglementation en matière de stupéfiants ? Un défi quasi impossible à relever, *L'Année sociale (ULB)*, 286-294.
- Guillain, Chr. (2003). La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues. *Courrier hebdomadaire du C.R.I.S.P.*, 1796, 2-48.
- Guillain, Chr. (1998). La nouvelle directive du Collège des procureurs généraux relative à la politique

- des poursuites en matière de drogues illicites. *Journal des Procès*, 352, 11-14.
- Guyon, L. (2002). Evaluer la prévention des conduites alcooliques et toxicomaniaques : expériences québécoises récentes. In J.L. Venisse, D. Bailly & M. Reynaud (Eds.), *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?* (pp. 187-197). Paris: Masson.
- Harman, K., & Paylor, I. (2005). An evaluation of the CARAT initiative. *The Howard Journal* 44(4), 357-373.
- Heale, P., & Lang, E. (2001). A process evaluation of the CREDIT (court referral and evaluation for drug intervention and treatment) pilot programme. *Drug and Alcohol Review*, 20, 223-230.
- Heed, K. (2006). If enforcement is not working, what are the alternatives? *International Journal of Drug Policy*, 17(2), 104-106.
- Hellebrandt, S. (2004). *Evaluation de 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*. Mémoire non publié, Université de Liège, Liège, Belgique.
- Hirschi, T. & Selvin, H.C. (1973). *Principles of Survey Analysis*. New York: The Free Press.
- Hoge Gezondheidsraad (2000). *Verslag over de follow-up van de consensusconferentie over methadon*. November 2000, 91 p.
- Holder, H. (2006). The power of local alcohol prevention and the Trelleborg Project in southern Sweden. *Addiction*, 101(6), 763-764.
- Holloway, K., Bennett, T., & Farrington, D. (2005). *The effectiveness of criminal justice and treatment programmes in reducing drug-related crime: a systematic review*.: Home Office, Research Development and Statistics Directorate
- Horber-Papazian, K., Favre, N. (2002). *LaOla : prévention des dépendances dans les clubs sportifs, résumé de l'évaluation intermédiaire*, Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP).
<http://www.uclan.ac.uk/facs/health/hsdu/settings/documents/awards2007/Cat%20%20Belgium%20Jamioulx.pdf> (page consultée le 1er février 2008).
- Horsburgh, D. (2003). Evaluation of qualitative research. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 307-312.
- Hunter, G., McSweeney, T., & Turnbull, P., J. (2005). The introduction of drug arrest referral schemes in London: A partnership between drug services and the police. *The International Journal of Drug Policy*, 16, 343-352.
- IDPC. (Page consultée le 8 octobre 2008). *Site de l'International Drug Policy Consortium*, [en ligne]. <http://www.idpc.info/>
- INCC - Publications en matière de criminalité organisée. (Page consultée le 11 juillet 2008). *Site de l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie*, [En ligne]. <http://nicc.fgov.be/indexfr.aspx?SGREF=2157>.
- Infor-Drogues - Législation - Circulaire du 1er fév.05 en matière de cannabis. (Page consultée le 22 juillet 2008). *Site infor drogues*, [En ligne]. <http://www.infordrogues.be/id/articles.php?lng=fr&pg=13>.
- Institute for Criminal Policy Research. (2007). *National evaluation of criminal justice integrated teams*. London: The Institute for Criminal Policy Research, University of Bristol.
- ISP (Page consultée le 22 juillet 2008). *Site de l'Institut Scientifique de Santé Publique*, [En ligne]. <http://www.iph.fgov.be/search.asp?Lang=FR>.
- Jacob, S., & Varone, F. (2002). L'évaluation des politiques publiques, six études de cas au niveau fédéral. *Le courrier hebdomadaire du CRISP*, 2002, 1764-1765.
- Jacques, J.P. et Figiel, Ch. (sous la direction de) (2006). *Drogues et substitution : traitements et prise en charge du sujet*. Bruxelles: éd. De Boeck.
- Jeanmart, C. (2008). Entre cadre légal et pratiques de consommations. L'usage de drogues illicites en Belgique francophone. *Déviance et Société*, 32, n° 3, 285-302.
- Kaminski, D., Mary, Ph. (1999). Politiques (criminelles) en matière de drogues : évolutions et tendances en Belgique. *Déviance et Société*, 23, n° 2, 205-220.
- Kaminski, D. (Ed.) (2003). *L'usage pénal des drogues*. Bruxelles: De Boeck.
- Kellock, P. (2007). *Communities that Care. Review of implemenation in three Australian communities*: The Asquith Group.
- Kenis, P. (2006). *Implementation and effects of drugs coordination*: EMCDDA.
- Kerr, T., Small, W., Moore, D., Wood, E. (2007). A micro-environmental intervention to reduce the

- harms associated with drug-related overdose: Evidence from the evaluation of Vancouver's safer injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 18, 37-45.
- Kibel, B., M., & Holder, H., D. (2003). Community-focused drug abuse prevention. In Z. Sloboda & W. Bukoski, J. (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science, and practice*. New York: Kluwer Academia.
- Kinnunen, A. (2003). Intensified police drug control in the metropolitan Helsinki area. In E. H. Pedersen & C. Tigerstedt (Eds.), *Regulating drugs - between users, the police and social workers* (Vol. 43). Helsinki: NAD Publication.
- Klein Haarhuis, C., van Ooyen-Houben, M., Kleemans, E., & Leeuw, F. (2005). Rechtshandhaving geëvalueerd. Een synthese van 31 beleidsevaluaties. *Justitiële Verkenningen. Beleidsevaluatie*, 31(8), 54-71.
- Kloeck, K. (2001). Over netwerkvorming tussen welzijnswerk en strafrechtsbedeling. *Panopticon*, 21-53.
- Koeter, M. W. J., & Bakker, M. (2007). *Effectevaluatie van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)*. WODC, Ministerie van Justitie
- Koninklijk Besluit tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen, *B.S.*, 30 april 2004, blz 35927.
- Koninklijk Besluit tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 19 maart 2004 tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen, *B.S.*, 21 november 2006, blz 62152.
- Kübler, D. (2007). *Infodrog: Evaluation of Swiss federal and cantonal cooperation in drug policy*. Document relative à une évaluation prévue entre octobre 2007 et avril 2008, Université de Zurich, Suisse.
- Kumpfer, K., L., & Alder, S. (2003). Dissemination of research-based family interventions. In Z. Sloboda & W. Bukoski, J. (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science, and practice*. New York: Kluwer Academic.
- Lajudie, B. (2007). Les évaluations réalisées en Limousin (1994-1998), un exemple de méta-évaluation. In S. Jacob, F. Varone & J.-L. Genard (dir.), *L'évaluation des politiques au niveau régional* (pp. 123-130). Bruxelles : P.I.E. Peter Lang.
- Ledoux, Y. et al (2007). *Nationale registratie van substitutiebehandelingen*. Jaarrapport 31 december 2007.
- Leeuw, F. L. (2005). Trends and developments in program evaluation in general and criminal justice programs in particular. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 11, 223-258.
- Legrand, J.C., Dufour, D., Przulucky, F. (2006). Dépistage de l'hépatite C chez les usagers de drogues. L'expérience du comptoir d'échange de seringues de Charleroi, *Education Santé*, 211.
- Lewins, A., & Silver, C. (2007). *Using software in qualitative research. A step-by-step guide*. London: Sage Publications.
- Lievens, J. (2003). Werken met secundaire kwantitatieve data. In Billiet, J. & Waeye, H. (Eds.), *Een samenleving onderzocht. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. (pp. 390): Uitgeverij de boeck.
- Lo, C. C. & Stephens, R. C. (2000). Drugs and prisoners: Treatment needs on entering prison. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(2), 229-245.
- Loi du 11 mai 2003 portant assentiment à l'accord de coopération entre l'Etat fédéral, les Communautés, la Cocom, la Cocof et les Régions, pour une politique de drogues globale et intégrée.
- Loosveldt, G. (2001). Experimentele designs. In J. Billiet & H. Waeye (Eds.), *Een samenleving onderzocht. methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek* (pp. 157-179). Antwerpen: Standaard Uitgeverij.
- Loosveldt, G. (2003). Experimentele designs. In Billiet, J. & Waeye, H. (Eds.), *Een samenleving onderzocht. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. (pp. 390): Uitgeverij de boeck.
- Mair, G., & Barton, A. (2001). Drugs Throughcare in a local prison: a process evaluation. *Drugs: education, prevention and policy*, 8(4), 335-345.
- Mairate, A. (2007). La Commission européenne, acteur de développement de l'évaluation au niveau régional. In S., Jacob, F., Varone & J.-L., Genard (dir.). *L'évaluation des politiques au niveau régional* (pp. 27-38). Bruxelles: P.I.E. Peter Lang.
- Marceau, R. (2007). L'expérience québécoise des trente dernières années en évaluation. In S., Jacob,

- F., Varone & J.-L., Genard (dir.), *L'évaluation des politiques au niveau régional* (pp. 143-156). Bruxelles: P.I.E. Peter Lang.
- Mazerolle, L., Soole, & D., Rombouts, S. (2005). *Drug policy modelling project Monograph 05 – Drug law enforcement: the evidence*. Australia: Griffith University.
- Mazerolle, L., Soole, D., & Rombouts, S. (2007). Drug law enforcement. A review of the evaluation literature. *Police Quarterly*, 10(2), 115-153.
- Michon, H., Rondez, M., & van Weeghel, J. (2000). *Een werkend middel. Evaluatie van Baanberekend. Arbeidstoelidingsproject voor mensen met een verslavingsachtergrond*. Utrecht: Trimbos-instituut. Ministerie van Justitie (2006).
- Ministère de la santé du Grand Duché de Luxembourg. Rapport d'activités 2006, [en ligne]. <http://www.ms.etat.lu> (page consultée le 11 mars 2008) 210- 224.
- Ministerie van Sociale Zaken Volksgezondheid en Leefmilieu (2001). Protocolakkoord voor een geïntegreerd gezondheidsbeleid inzake drugs. Ministerie van Sociale Zaken Volksgezondheid en Leefmilieu. Brussel, Ministerie van Sociale Zaken Volksgezondheid en Leefmilieu.
- Ministerie van Volksgezondheid en leefmilieu (1994). *Substitutiebehandeling met methadon: Consensusconferentie 8 oktober 1994*.
- Ministeriele omzendbrief van 18 juli 2006 betreffende de drugproblematiek in de penitentiaire inrichtingen. M. v. Justitie. Ministerie van Justitie, Ministerie van Justitie.
- Ministeriële Omzendbrief OOP30 van 2 mei 2001 aangaande de uitvoering van de wet van 13 mei 1999 betreffende de invoering van de gemeentelijke administratieve sancties, Belgisch Staatsblad. (23 mei 2001).
- Ministeriele omzendbrief van 18 juli 2006 betreffende de drugproblematiek in de penitentiaire inrichtingen, (2006).
- Mornington Peninsula Shire. (2008). Summary of the draft healthy neighbourhoods school survey in the Mornington Peninsula Shire Mornington Peninsula Shire: Communities that Care, Mornington Peninsula Shire.
- Mortelmans, D. (2007). *Handboek Kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco uitgeverij.
- Mutatayi, C. (2008). Evaluation de l'efficacité de politiques intégrales et intégrées en France. Un terrain peu développé. Note non officielle remise à M. Mathieu Chapeau, OFDT, France.
- Nouwynck, L. (2008). *Les stupéfiants - Le cadre normatif applicable aux stupéfiants en droit interne*. Formation des magistrats, stagiaires judiciaires et juristes de parquet, Bruxelles, Belgique.
- Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies, Etat du phénomène de la drogue en Europe, Rapport annuel 2007, 104 p.
- Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT). European Legal Database on Drugs, Treatment as an alternative to prosecution or imprisonment for adults, [en ligne] <http://www.emcdda.europa.eu> (page consultée le 11 janvier 2008).
- OICS. (Page consultée le 13 août 2008). *Site de l'Organe international de contrôle des stupéfiants*, [En ligne]. <http://www.incb.org/incb/fr/index.html>.
- Oetting, E., R., & Lynch, R., S. (2003). Peers and prevention of adolescent drug use. In Z. Slobada & W. Bukoski, J. (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science, and practice*. New York: Kluwer Academic.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Département fédéral de l'intérieur (DFI). (2006). La politique suisse en matière de drogue. Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006-2011, version abrégée, 32 pages
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2004). Intervention précoce auprès des jeunes en situation de risque. Résultats intermédiaires de la recherche supra-f, Suisse, 26 pages.
- ONU DC (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime) (2006). *Rapport mondial sur les drogues*.
- Ordre des médecins. (Page consultée le 17 juillet 2008). *Site de l'Ordre des médecins*, [En ligne]. <http://195.234.184.64/frame-totaal-f.htm>.
- Papadopoulos, Y., Walti, S., Kubler D. (2001). Gouvernance et légitimité: la politique de la drogue en Suisse comme cas exemplaire, *Droit et Société*, 47, 205-235.
- Parsons, W. (2002). From Muddling Through to Muddling Up - modernisation of British Government. *Public Policy and Administration*, 17(3), 43-60.

- Pauwels, L., Goethals, J. (Eds). (2008). *Kwantitatieve en kwalitatieve criminologische onderzoeksmethodes: een introductie*. Gent/Leuven: Acco
- Pavis, S., Constable, H., & Masters, H. (2003). Multi-agency, multi-professional work: experiences from a drug prevention project. *Health Education Research. Theory & Practice.*, 18(6), 717-728.
- Pechnik, R.N., Glasner-Edwards, S., Hrymoc, M. & Wilkins, J.N. (2007). Preclinical Developments and Clinical Implementation of Treatments of Substance Abuse Disorders. *Focus*, 5(2), 151-162.
- Pentz, M., A. (2003). Anti-drug-abuse policies as prevention strategies. In Z. Slobada & W. Bukoski, J. (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science, and practice*. New York: Kluwer Academia.
- Peters, M., Wapf, B. (septembre 2006). Efficacité de l'approche communautaire dans la prévention des problèmes de dépendance et de drogue. Résultats internationaux et conclusions pour la Suisse. Zurich : e-concept sur mandat de l'OFSP.
- Piette, D., Lonfils, Ch. (2002) La prévention des drogues en Communauté française de Belgique : fonctions. *Fiche technique 6* (éditeur inconnu).
- Pires, A. (1983). *Stigmate pénal et trajectoire social*. Niet gepubliceerde doctoraatsverhandeling. Montréal: Université de Montréal.
- Police fédérale. (2008). *Statistiques policières de criminalité 2000-2007*. Page consultée le 1^{er} août 2008 sur http://www.polfed-fedpol.be/crim/crim_statistieken/stat_2007_fr.php.
- Politique scientifique fédérale - Publications (Page consultée le 14 juillet 2008). *Site de la Politique scientifique fédérale*, [En ligne]. http://www.belspo.be/belspo/home/publ/rappdrug1_fr.stm.
- Polkinghorne, D.E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145.
- Porporino, F., Robinson D., Millson, B., Weekes, J. (2002). An outcome evaluation of prison based treatment programming for substance users. *Substance Use and Misuse*, 37, 8-10, 1047-1077.
- Portaal belgium.be. Informatie en diensten van de overheid. Over België: provincies. from http://www.belgium.be/nl/over_belgie/overheid/provincies/
- Présentation du projet pilote liégeois Traitement Assisté par DiAcétylMorphine (héroïne à usage médical). (2008). 5 pages.
- Prospective-Jeunesse. (Page consultée le 14 juillet 2008). *Site de Prospective Jeunesse ASBL*, [En ligne]. <http://www.prospective-jeunesse.be/>.
- Protocole d'accord du 30 mai 2001 concernant la création d'une politique de santé intégrée en matière de drogues.
- Provincie Antwerpen. (2008). Verslag WODCA-project 2007. Provincie Antwerpen.
- Raad van de Europese Unie. (2004). EU-drugstrategie (2005-2012) Raad van de Europese Unie.
- Raad van de Europese Unie. (2005). EU-drugsactieplan (2005-2008): Raad van de Europese Unie.
- refLex - Chrono. (Page consultée le 11 juillet 2008). *Site reflex bases de données, la législation au Conseil d'état*, [En ligne]. <http://reflex.raadvst-consetat.be/reflex/index.reflex?page=chrono>.
- REITOX (2005). *Rapport National Belge sur les drogues*.
- Reuband, K-H. (2008). Evolution des modes de consommation des drogues et effets limités des politiques pénales : le cas de l'Allemagne. *Déviance et Société*, Vol. 32, 3, 303-323.
- Rigter, H., van Gageldonk, A., Ketelaars, T., & van Laar, M. (2004). *Hulp bij probleemgebruik van drugs. Stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004. Achtergrondstudie Nationale Drug Monitor*. Utrecht: Trimbos Instituuto. Document Number)
- Ritter, A., Bammer, G., Hamilton, M., Mazerolle, L., & The DPMP Team. (2007). Effective drug policy: a new approach demonstrated in the Drug Policy Modelling Program. *Drug and Alcohol Review*, 26, 265-271.
- Roose, N. (2004). Afstemming tussen justitiële medewerkers en drughulpverleners in het belang van iedereen! *Orde van de dag. Criminaliteit en samenleving*, 26, 19-26.
- Saunders, P. (1998). The good practice of the police: an alternative approach in dealing with offenders who abuse/misuse alcohol. *Alcohol & Alcoholism*, 33(1), 73-77.
- Schardt, S. (2001). Co-operation and community consensus - The multi-agency approach to effective local drug policies.: European Cities on Drug Policy.

- Scottish Executive Effective Interventions Unit. (2004). Reducing the impact of local drug markets. A research review.: Scottish Executive Effective Interventions Unit.
- Seeling, C., King, C., Metcalfe, E., Tober, G., & Bates, S. (2001). Arrest Referral-a proactive multi-agency approach. *Drugs: education, prevention and policy*, 8(4), 327-333.
- Seivewright, N. (2000). *Community treatment of drug misuse: more than methadone*. University Press, Cambridge.
- Service de la Politique criminelle. (Page consultée le 15 juillet 2008). *Site du Service de la Politique criminelle*, [En ligne]. <http://www.dsb-spc.be/>.
- Service de la Politique Criminelle (1999). Politique en matière de stupéfiants. *Rapport d'activités 1998-1999*, pp. 70-74.
- Service de la Politique Criminelle (1998). Politique en matière de stupéfiants. *Rapport d'activités 1997-1998*, pp. 78-89.
- Service de la Politique Criminelle (1997). Politique en matière de stupéfiants. *Rapport 1996-1997*, pp. 135-149.
- Service De La Politique Criminelle (1996). Evaluation de la directive générale du Collège des procureurs généraux réunis sous la présidence du ministre de la Justice relative à la politique criminelle commune en matière de toxicomanie du 26 mai 1993. *Rapport d'activités 1995-1996*, pp. 178-186.
- Service public fédéral Justice. (Page consultée le 14 juillet 2008). *Site du Service public fédéral Justice*, [En ligne]. http://www.just.fgov.be/index_fr.htm.
- Setbon, M., Guérin, O., Karsenty, S., Kopp, P. (sous la direction de). (2003). Evaluation du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002) - Rapport général, *Observatoire français des drogues et toxicomanies* (OFDT), 380 pages.
- SFE. (Page consultée le 25 août 2008). *Site de la Société Française de l'Evaluation*, [En ligne]. <http://www.sfe.asso.fr/fr/l-evaluation-france.html>.
- Sherman, L. W., Gottfredson, D. C., Mackenzie, D. L., Eck, J., Reuter, P., & Bushway, S. D. (1998). *Preventing crime: what works, what doesn't, what's promising*: National Institute of Justice.
- Sherman, L. W., Farrington, D. P., Welsh, B. C., & Mackenzie, D. L. (Eds.). (2002). *Evidence-based crime prevention*. London: Routledge.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., Chatham, L.R. & Dansereau, D.F. (1997). Strategies for Improving Methadone Treatment Process and Outcomes. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 239-260.
- Skodbo, S., Brown, G., Deacon, S., Cooper, A., Hall, A., & Millar, T. (2007). The Drug Interventions programme (DIP): addressing drug use and offending through 'Tough Choices'. Home Office, Research Development and Statistics Directorate.
- Snippe J., Bieleman, B., Kruize, A., & Naayer, H. (2005). *Eindevaluatie: inspanningen, proces en resultaten 2001-2004. Hektor in Venlo*. Groningen: IntraVal.
- Snippe, J., Naayer, H., & Bieleman, B. (2006). *Hektor in 2005. Evaluatie aanpak drugsoverlast in Venlo*. Groningen: IntraVal.
- Spijkerman, R., Biesma, S., Meijer, G., van der Poel, A., van den Eijnden, R., & Bieleman, B. (2002). *Vier jaar verantwoord schoon. Evaluatie van Verantwoord Schoon: programma voor aanpak van drugsoverlast in Rotterdamse deelgemeenten*. Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO) /Stichting INTRAVAl.
- Spinatsch, M. (2004). *Une nouvelle politique en matière de dépendances pour la Suisse? Bases et prémisses pour une politique fédérale plus intégrée en matière de dépendances*. Résumé d'un rapport à l'attention de l'Office fédéral de la santé publique, Berne, Suisse.
- Stallwitz, A., Heino, S. (2007). The impact of substitution treatment in prisons – A literature review, *International Journal of Drug Policy*, 18.
- Stang, J. & Sheridan, J. (2001). Methadone prescribing to opiate addicts by private doctors: comparison with NHS practice in south east England. *Addiction*, 96(4), 567-576.
- Stevens, A. (2008, 16/06). *Problems and potentials for a coordinated drug policy*. Paper presented at the Seminaire 'Do's en don'ts in een integraal en geïntegreerd drugbeleid', Brussel
- Stevens, A., Trace, M., & Bewley-Taylor, D. (2005). *Reducing drug related crime: an overview of the global evidence*. Report Five.: The Beckley Foundation.

- Stevenson, J. F., & Mitchell, R. E. (2003). Community-level collaboration for substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 23(3), 371-404.
- Stimmel, B., Cohen, M. & Hanbury, R. (2006). Alcoholism and polydrug abuse in persons of methadone maintenance. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 311, 99-109.
- Stöver, H., Hennebel, L.C. & Casselman, J. (2004). *Substitution treatment in European Prisons*. ENDSP, London, 88-105.
- Supromobil Foundation Maria Ebene. (2003). Supromobil. Secondary prevention of the Foundation Maria Ebene. Retrieved 18 januari, 2008, from <http://eddra.emcdda.europa.eu/>
- Swanborn, P. G. (1999). *Evalueren*. Amsterdam: Boom.
- Swanborn, P.G. (2002). *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Thiessen, E.G. (2002). Cadre d'évaluation des stratégies municipales antidrogue. Fédération canadienne des municipalités (FCM), Canada.
- Toulemonde, J. (2007). Appropriation des résultats de l'évaluation. Leçons de la pratique en Région Limousin. In S., Jacob, F., Varone & J.-L., Genard (dir.), *L'évaluation des politiques au niveau régional* (pp. 131-142). Bruxelles: P.I.E. Peter Lang.
- Toumbourou, J. W. (1999). *Implementing communities that care in Australia: a community mobilisation approach to crime prevention*. Retrieved 31/03/08. from <http://www.aic.gov.au/publications/tandi/ti122.pdf>.
- Tremblay, M.A., (1957). The Key Informant Technique: a non-ethnographic application. *American Anthropologist*, 59 (4), 688-701 (692).
- Tucker, J.A. (1999). Reformulating the addictive behaviour change process: Changing addictive behaviour: Historical and contemporary perspectives. In: Tucker, J.A., Donovan, D. & MARLET, A, (eds.), *Changing addictive behaviour, Bridging clinical and public health strategies*. Guildford, New York, 1-44.
- UNIGE - CETEL (Centre d'étude, de technique et d'évaluations législatives). (Page consultée le 19 août 2008). *Site de l'Université de Genève*, [En ligne]. <http://www.unige.ch/droit/cetel/index.html>.
- University of Central Lancashire. An example of best practice regarding any of the following, or a combination of the following: prevention, health education or health promotion services provided to prisoners. Peer education in collaboration with NGO Modus Vivendi, (Bureau régional de l'Europe, WHO health in prisons project, best practice awards 2007), [en ligne]
- Van Cauwenbergh, A. (2004). Wat betekenen welzijn en veiligheid voor een lokaal drugbeleid? *Orde van de dag. Criminaliteit en samenleving*, 26, 63-70.
- Vandenbergh, E. (1998). *Een lokaal alcohol- en drugbeleid: een globale kijk*. Vlaamse Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen. Document Number)
- van 't Land, H., van Duijvenbouden, K., van der Plas, A., & Wolf, J. (2005). *Opgevangen onder dwang. Procesevaluatie strafrechterlijke opvang verslaafden*.: WODC, Ministerie van Justitie.
- van der Poel, A., Barendregt, C., & van de Mheen, D. (2003). Drug consumption rooms in Rotterdam: an explorative description. *European Addiction Research*, 9, 94-100.
- van Gageldonk A, Ketelaars, T., & van Laar, M. (2006). *Hulp bij probleemgebruik van drugs. Wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid of effectiviteit van interventies in de verslavingszorg. Actualisering van de NDM achtergrondstudie uit 2004*. Utrecht: Trimbos Instituuto. Document Number)
- Van Ham, S., & De Wilde, B. (2006). *Onderzoek naar de effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandeling voor patiënten met een dubbeldiagnose : eindrapport* Gent
- Vanhex, M., Van Russelt, J., Zombek, S., et al. (2007). Pour une politique de santé drogues cohérente, *Education santé*, 224.
- van Ooyen-Houben, M. (Ed.). (2008). *Quasi-compulsory treatment in the Netherlands: promising theory, problems in practice*.: Pavilion Publishers UK (in pers).
- van Ooyen-Houben, M. (2008). Usage de substances illicites et politique néerlandaise en matière de drogues: vue d'ensemble et évaluation exploratoire. *Déviance et Société*, Vol. 32, 3, 325-348.
- Van Rompaey, Ch. (2001). De la techno au rêve... et à la drogue ? *En marche*, octobre 2001.
- Vander Laenen, F. (2008). *Drugpreventie bij kwetsbare groepen? Jongeren met een gedrags- en emotionele stoornis aan het woord*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.

- Vanderplasschen, W. (2007). Uitbouw van zorgcircuits en netwerkvorming in de verslavingszorg. In J. Casselman & H. Kinable (Eds.), *Het gebruik van illegale drugs*: UGA.
- Vanderplasschen, W., & Lievens, K. (2007). Uitbouw van zorgcircuits en netwerkvorming in de verslavingszorg. In J. Casselman & H. Kinable (Eds.), *Het gebruik van illegale drugs. Multidimensionaal bekeken*. (pp. 233-): Uitgeverij UGA.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K., Bouchaute, J. V., Mostien, B., Claeys, P., & Broekaert, E. (2004). Zorgcoördinatie in de verslavingszorg: De stapsgewijze uitbouw van een zorgcircuit middelenmisbruik. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60(11), 773-787.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. R., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., & Colpaert, K. (2004). Effectiviteit van casemanagement voor druggebruikers. In W. Buisman (Ed.), *Handboek verslaving: hulpverlening, preventie en beleid* (Vol. 5120, pp. 1-34). Houten: Bonh Stafleu Van Loghum, B.
- Venisse, J.L., Bailly, D., Reynaud, M. (2002) *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?* Paris : Coll. Médecine et Psychothérapie.
- VIVID addiction prevention unit of Styria. (2004). Step by step: a programme for early detection and crisis intervention in schools. Retrieved 18 januari, 2008, from <http://eddra.emcdda.europa.eu/>
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2008). Gezondheidsdoelstelling tabak, alcohol en drugs. Retrieved 1 augustus, 2008, from <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=5366>
- Vlaamse overheid. Lokaal sociaal beleid. Retrieved 10/04/08, 2008, from <http://www.wvg.vlaanderen.be/lokaalsociaalbeleid/>
- Vlaamse Overheid. (2008). Samenwerkingsprotocol Alcohol- en andere Drugpreventie (A&D), Vlaamse Overheid, CGG Preventiewerk en VAD.
- Vlaamse Overheid. (2008). Samenwerkingsprotocol Alcohol- en andere Drugpreventie (A&D), Vlaamse Overheid, CGG Preventiewerk en VAD.
- Vlaamse Regering. (2006). Convenant tussen de Vlaamse Gemeenschap en de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen.
- Vormfelde, S.V. & Poser, W. (2001). Death attributed to methadone. *Pharmacopsychiatry*. 34 (6), 217-222.
- Wet van 10 februari 1994 houdende de regeling van een procedure voor de bemiddeling in strafzaken. Belgisch Staatsblad.
- Wet van 19 mei 1999 tot invoering van de gemeentelijke administratieve sancties, Belgisch Staatsblad, (10 juni 1999).
- Wet van 20 juli 1990 betreffende de voorlopige hechtenis (1990). Wet van 20 juli 1990 betreffende de voorlopige hechtenis. B. Staatsblad, Belgisch Staatsblad.
- Wikström, P.-O. H. (2007). In Search of Causes and Explanations of Crime. In R.D. King & E. Wincup (Eds.). *Doing Research on Crime and Justice* (pp.117-141). Oxford: Oxford University Press.
- Wits, E. G., Biesma, S., Garretsen, H. F. L., & Bieleman, B. (1999). *Evaluatie SVO-projecten Rotterdam. Eindrapport*. Rotterdam/Groningen: IVO/Intraval.
- Wyatt, A. (2002). Evidenc based policy making: The view from a centre. *Public Policy and Administration Volume*, 17(3), 12-28.
- X. (2003). The Together Project. Retrieved 18 januari, 2008, from <http://eddra.emcdda.europa.eu/>
- X. (2008a). FreD goes net project. Early Intervention for First Time Drug Offenders. Retrieved 20/11/2008, 2008, from http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english/
- X. (2008b). Therapeutische projecten. Retrieved 26/05/2008, 2008, from http://www.vlabo.be/wat_doen_wij/therapeutische_projecten/
- X. (2008c). Therapeutische Projecten & Transversaal Overleg. Retrieved 26/05/2008, 2008, from <http://www.ggz-overleg.be/content/ggz/site/5696>
- Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U., & Haasen, C. (2003). Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*, 663-688.

DEEL VIII. GLOSSARIUM/GLOSSAIRE

10 Days Off:	Tiendaags muziekfestival van de Gentse Feesten
ADI:	Ambulante Drugzorg Ieper
A Ma Zon:	Centrum voor paarden en persoonlijke groei
Alttox:	Alttox is een deelwerking van VAGGA en werkt specifiek met de alcohol- en drugthematiek, zowel preventief als curatief
ASL:	Arbeitsgemeinschaft für Suchtverbeugung und Lebensbewältigung (Sous point focal pour la Communauté germanophone)
ASO:	Aalsters Sociaal Overleg
ASZ:	Algemeen Stedelijk Ziekenhuis
AWW:	Algemeen Welzijnswerk
AZ:	Algemeen Ziekenhuis
Bassleader:	Jaarlijks harddance-evenement
Basis:	Beschut wonen, Activering/arbeidszorg , Sociale tewerkstelling in Samenspel
B-wonen:	Beschut, Beschermd of Begeleid wonen
BJZ:	Bijzondere Jeugdzorg
Breakline:	Peer-support project van Vagga-Alttox
CAD:	Centra voor Alcohol- en andere Drugproblemen
CAT:	Centrum voor studie, preventie en behandeling van Alcoholisme en andere Toxicomanieën
CAW:	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CBJZ:	Comité Bijzondere Jeugdzorg
CGG:	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
CISS:	Cellule d'Informations Socio-Sanitaires
City Parade:	Evènement de musique techno se déroulant chaque année dans une ville du sud du pays
CLPS:	Centre Local de Promotion de la Santé
CLB:	Centrum voor Leerlingenbegeleiding
CM:	Christelijke Mutualiteit
CMD:	Centra Morele Dienstverlening
COCOF:	Commission Communautaire Française
COCOM :	Commission Communautaire Commune
CPAS :	Centre Public d'Aide Sociale
CPMS:	Centre Psycho Médico Social
CTB / ODB:	Concertation Toxicomanie Bruxelles / Overle Druggebruik Brussel
DBSO:	Deeltijds Beroeps Secundair Onderwijs
DGS:	Direction Générale de la Santé

De Kiem:	Therapeutisch programma voor druggebruikers en hun omgeving
Delta:	Deelwerking van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Waas en Dender, deskundig op het vlak van preventie en begeleiding van alcohol- en andere drugproblemen
De Sleutel:	Preventie-, hulpverlenings- en werkgelegenheidsprogramma binnen het kader van de drugproblematiek
De Spiegel:	Behandelingscentrum voor drugsverslaafden
De Uitdaging:	Stedelijke dienst Genk , gericht op een preventief beleid en het begeleiden van groepstrajecten t.a.v. jongeren met gedrags- en emotionele problemen
Dienst Welzijn en Gezondheid:	Dienst die tussen het lokale en centrale overheidsniveau schakelt en tot doel heeft bij te dragen tot het verbeteren van de levenskwaliteit van de bevolking door enerzijds een inclusief gelijke-kansenbeleid te voeren en anderzijds via netwerkvorming de zorg- en dienstverlening te kneden op maat van de doelgroep
EDPB:	Externe Diensten Preventie en Bescherming
EPSI:	Eenheid voor Psychiatrische Spoedinterventie
FDGG:	Federatie van Diensten Geestelijke Gezondheidszorg
FESAT:	European Foundations of Drug Helplines
Fevlado:	Federatie van Vlaamse Dovenorganisaties
FOD:	Federale Overheidsdienst
Free Clinic:	MSOC Antwerpen
GBJ:	Gemeenschapsinstelling voor Bijzondere Jeugdbijstand
GDA:	Gerechtelijke Dienst van het Arrondissement
GGZ:	Geestelijke Gezondheidszorg
Groep Intro:	Professionele organisatie voor vorming, leerplichtonderwijs, opleiding, arbeidstrajectbegeleiding en werkervaringen
Habbekrats:	Vormingsdienst voor jongeren van 12 tot 25 jaar uit randgroepen
HABO:	Huisartsenkring van Brugge en Omgeving
Het Veerhuis:	MSOC Vlaams-Brabant
HINT:	Onafhankelijke informatiedienst voor vragen die verband houden met handicap.
Huize Triest:	Gemeenschapshuis, opvangcentrum
IDEWE:	Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk
IDPB:	Interne Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk
I Love Techno:	Jaarlijks technofestival
INAMI:	Institut National d'Assurance Maladie - Invalidité
Integrale veiligheid:	Stedelijke dienst die naast eigen initiatieven ook de samenwerking tussen de verschillende diensten op het vlak van veiligheid en leefbaarheid in alle wijken van de stad organiseert
Interparking:	Beheert, exploiteert en ontwikkelt parkeerfaciliteiten in steden en winkelcentra

IWSM:	Institut Wallon de la Santé Mentale
JAC:	Jongeren Advies Centrum, deelwerking van CAW
JRB:	Jeugdrechtbank
Katarsis vzw:	Info- en behandelingscentrum voor verslavingszorg
Kom-ar:	vzw die vooral actief is in scholen, resulterend uit het CAW Amok
Kompas:	Behandelcentrum voor druggebruikers
Leefsleutels:	Ontwikkelt materiaal en vormingen voor scholen om het sociaal-emotioneel welbevinden van kinderen en jongeren te vergroten
Lerende stad:	Organisatie die instaat voor de organisatie van het stedelijk onderwijs, de coördinatie van de stedelijke kinderopvang en het uitwerken van het stedelijk jeugdbeleid.
Listel:	Limburgs overleg van Samenwerkingsinitiatieven in de Thuisverzorging en multidisciplinaire navorming in de EersteLijnsgezondheidszorg
Live Nation:	Organisator evenementen
LOGO:	Lokaal Gezondheidsoverleg
LRD:	Lokale Recherche Drugs
MC:	Medisch Centrum
MEGA:	Preventieproject dat staat voor 'Mijn Eigen Goede Antwoord'
Middelpunt:	Preventiedienst van het CGG Middelpunt
MSOC:	Medisch en Sociaal Opvangcentrum
Niemandslaan:	Residentieel welzijnswerk,
OCMW:	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
OEDT:	Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies
OGGPA:	Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Provincie Antwerpen
OLV:	Onze Lieve Vrouwziekenhuis
PAA:	Point d'Appui Assuétudes
PAAZ:	Psychiatrische Afdeling van het Algemene Ziekenhuis
Partywise:	Campagne over gezond en veilig uitgaan
PCO:	Plan Communautaire Opérationnel
PC:	Psychiatrisch Centrum
PdK:	Procureur des Konings
Penitentiair	
Landbouwcentrum:	Half-open gevangenis
PISAD:	Provinciaal Interbestuurlijk Samenwerkingsverband voor Aanpak van Drugmisbruik
PLOT:	Provincie Limburg Opleiding en Training
PopovGGZ:	Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen
PPP:	Plan de Prévention et de Proximité

Pretoriaanse probatie:	Het parket beslist voorlopig afstand te doen van vervolging door de seponering van het dossier te verbinden aan bepaalde voorwaarden t.a.v de cliënt
PSE	Service de promotion de la Santé à l'Ecole
Psynet:	Samenwerking van studentenbegeleiders UA-associatie en privé-therapeuten.
PZ:	Psychiatrisch Ziekenhuis
RCJC:	Regionaal Centrum voor Jongerencultuur
RdR:	Réduction des risques
Reverze:	Muziekevenement dat jaarlijks plaatsvindt in het Sportpaleis Antwerpen
RIZIV:	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
ROBJ:	Regionale Overleggroep Bijzondere Jeugdzorg
Santé et entreprise:	Organisatie die werkzaam is op preventief en beleidsmatig niveau aangaande problemen gerelateerd aan alcohol, tabak en andere drugs in het werkmilieu
SAP:	School Adoptie Plan
SISA:	Stedelijk Instituut voor Sierkunsten en Ambachten
Sociaal huis:	Dienst waar burgers terecht kunnen met vragen rond de sociale dienstverlening in hun gemeente, buurt of wijk
SODA:	Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen
SPIL:	Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg
SVS:	Stichting Vlaamse Schoolsport
TAD:	Tabak, alcohol en drugs
Tama Moana:	Therapeutisch zeezeilproject georganiseerd door het Educatief Centrum voor Gezinnen en Groepen Tronkestik VZW
TG:	Therapeutische Gemeenschap
Traject:	Onthaalcentrum voor alcohol, medicatie- en druggebruik
Triple Diagnose:	Combinatie van een middelengerelateerde stoornis, psychotische problemen, armoede en dakloosheid
TWG:	Thematische Werkgroep
UZ:	Universitair Ziekenhuis
UPSIE:	Universitaire Psychiatrische Spoed Interventie Eenheid
VAD:	Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen
VAGZ:	Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid
VCLB:	Vrije-CLB-koepel
VG:	Vlaamse Gemeenschap
VGC:	Vlaamse Gemeenschapscommissie
VLABO:	Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant
Vlastrov:	Vlaams Straathoekwerk Overleg
VIG:	Expertisecentrum inzake gezondheids promotie
Vooruit:	Gents kunstencentrum met o.a. concert/fuifzaal

VSO-G:	Pluralistische werkgeverskoepel die zich richt tot alle initiatiefnemers in de preventieve, curatieve somatische en geestelijke gezondheidszorg in het Vlaamse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijke Gewest
VSPP:	Vast Secretariaat voor het Preventiebeleid
VVI:	Verbond der Verzorgingsinstellingen
VVP:	Vereniging van de Vlaamse Provincies