

Consommation de stupéfiants – Traitement de substitution Une approche judiciaire différentes pour les mineurs ?

La présente contribution se veut un éclairage sur les mécanismes et les moyens d'intervention qu'offre la loi face à un jeune qui consomme des stupéfiants. Mon propos n'est pas d'apporter "la" ou "une" solution mais simplement de décrire ce qui se trouve sur la table et qui peut être mobilisé.

J'aborderai la problématique du mineur consommateur de produits stupéfiants et de la "réaction" face à cette consommation au regard des législations en vigueur :

- 1°) celles relatives à l'intervention médicale proprement dite et aux traitements de substitution,
- 2°) celles relatives au mineur en conflit avec la loi ou en danger.

Le terme de mineur ou de jeune qui sera utilisé ci-après vise le jeune de moins de 18 ans.¹

I. – Législation relative à l'intervention médicale et aux traitements de substitution.

A. Loi du 24 février 1921

Le titre de la loi "*Loi 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*" n'incite sans doute pas le praticien de l'art de guérir à s'y plonger. Elle pose cependant des balises qu'il convient de mettre en exergue.

a) Interdiction de création et entretien d'une dépendance

Seront punis des peines prévues à l'article 2bis, et selon les distinctions qui y sont faites, les praticiens de l'art de guérir, de l'art vétérinaire ou d'une profession paramédicale qui auront abusivement prescrit, administré ou délivré des médicaments contenant des substances soporifiques, stupéfiantes ou psychotropes de nature à créer, entretenir ou aggraver une dépendance (art. 3 § 3 de la loi du 24 février 1921)

b) Traitement de substitution

Ne peuvent être sanctionnés, en vertu du paragraphe précédent, les traitements de substitution dispensés par un médecin.

On entend par « traitement de substitution » tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane des substances stupéfiantes sous forme

¹ la loi sur la protection de la jeunesse et le décret de l'aide à la jeunesse, prévoient la possibilité de prolonger les mesures ou l'aide jusque 20 ans voire 23 ans pour la loi, même si cette dernière possibilité n'est pas encore en vigueur, attendant un improbable accord des Communautés Française et Flamande.

médicamenteuse, visant, dans le cadre d'une thérapie, à améliorer sa santé et sa qualité de vie, et à obtenir si possible le sevrage du patient. (art. 3 § 4 3 de la loi du 24 février 1921)

B. Arrêtés royaux relatifs au traitement de substitution

Pour régler la mise en pratique de l'autorisation de traitement de substitution, deux arrêtés royaux ont été pris et publiés au Moniteur belge, l'un date du 19 mars 2004, il régleme le traitement de substitution et l'autre, daté du 6 octobre 2006, vient modifier et compléter le premier arrêté royal. Ces deux textes légaux définissent les conditions auxquelles doivent répondre les traitements de substitution en Belgique.

Il est à noter qu'aucun de ces 2 arrêtés royaux ne vise spécifiquement ou même ne fait référence au mineur. Il en est d'ailleurs de même de la loi du 24 février 1921 qui n'aborde la problématique du mineur que comme une circonstance aggravante de certaines infractions. Dans la loi, le mineur, quand il est visé, n'apparaît pas comme sujet agissant.

Mon propos n'est pas d'être exhaustif par rapport à la problématique des traitements de substitution n'y de fournir une vision critique. De nombreux articles et études ont été écrits à ce sujet. Je renverrai à cet égard au mémento relatif aux stupéfiants² dans lequel l'auteur, Monsieur le 1^{er} Substitut Jean-Bernard CAMBIER, aborde en des termes clairs et synthétiques tant les questions que soulèvent les traitements de substitution que les perspectives historiques et enjeux en termes de politique criminelle.

De manière schématique, il me paraît important de pointer dans ces arrêtés royaux, les principes suivants :

a) quant aux conditions pesant sur le médecin :

Tout médecin qui prescrit des traitements de substitution doit :

- 1°) prescrire les médicaments de substitution de manière conforme aux recommandations scientifiques en vigueur;
- 2°) veiller à l'accompagnement psychosocial du patient;
- 3°) noter dans son dossier médical différents renseignements³.

Si le médecin prescrit des traitements de substitution à plus de 2 patients simultanément, il doit en outre avoir suivi une formation spécifique à la prise en charge d'usagers de drogue par traitement de substitution, ou devait disposer, lors de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal de 2004, d'expertise en cette matière.

De même,

- il doit :

- a) suivre une formation continue et participer aux activités d'un centre d'accueil, d'un réseau de prise en charge pour usagers de drogue ou d'un centre spécialisé,
- b) être enregistré auprès d'un centre d'accueil agréé, d'un réseau de prise en charge pour usagers de drogue agréé ou d'un centre spécialisé agréé.

² Mémento 2011 relatif aux stupéfiants, Kluwer, 2011, par J-B. CAMBIER

³ l'article 2 § 1^{er}, 3° précise les données qui doivent être reprises dans le dossier médical, le praticien s'y référera

- il ne peut prendre en charge par traitement de substitution plus de 120 patients simultanément sauf s'il prescrit les traitements de substitution dans un centre d'accueil ou un centre spécialisé.

b) quant aux médicaments de substitution :

Les médicaments de substitution sont :

- la Méthadone;
- la Buprénorphine.

c) conditions quant à la nationalité des patients :

Les dispositions légales n'ont pas abordé le problème sous l'angle de la nationalité du patient mais sous celui du lieu de résidence du patient. Si sa résidence est située en dehors du territoire belge, il est possible de donner un traitement de substitution mais cette autorisation est conditionnée par la présence dans le dossier médical d'une attestation émise par un centre ou réseau compétent du pays de résidence du patient d'où il ressort que celui-ci a effectivement consulté ce centre ou réseau.

d) divers :

Des dispositions particulières visent la problématique de la délivrance et de l'administration du médicament de substitution. Le législateur a ainsi prévu des dispositions (surtout depuis l'arrêté de 2006) dont le but est de s'assurer du suivi des ces traitements, de l'enregistrement des patients, de mettre fin aux doubles prescriptions, y compris pour les patients étrangers. L'Institut Pharmaco-Epidémiologique doit notamment collecter les données envoyées par les médecins et les pharmacies. Ces données devant être traitées de façon anonyme. L'I.P.H.E.B. devant alerter les médecins en cas de double prescription.

C'est là, la théorie et ce devrait être, à mon estime, la pratique. Cela étant les arrêtés d'exécution ont été pris dans la douleur, des écoles de pensée se sont affrontées et les difficultés pratiques et juridiques restent nombreuses. Interpellée devant le Parlement quant à la mise en exécution pratique, la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale précisera « ...le groupe de travail (qui devait se réunir à l'initiative de l'Agence Fédérale pour les médicaments et les Produits de Santé) m'a fourni un résumé des problèmes rencontrés et a, sur base d'une consultation large où figurent notamment des représentants des Secteurs de soins aux toxicomanes, rédigé un projet d'arrêté royal qui me sera transmis officiellement très prochainement. Néanmoins, au vu de la période d'affaires courantes, je ne peux m'engager en ce qui concerne le suivi qui doit être réservé à ce projet ».⁴ Un an et demi plus tard et bien que nous ayons à l'heure actuelle un gouvernement de plein exercice, l'arrêté correctif ou fédérateur se fait toujours attendre. Les deux arrêtés royaux dits "d'exécution" sont donc restés lettres mortes et nous replongent dans une certaine incertitude judiciaire. Les praticiens auront cependant tout intérêt à respecter l'esprit de ces dispositions et de l'article 37 du code de déontologie médicale, ainsi rédigé :

- 1) *le médecin s'emploie à prévenir toute forme d'assuétude. Il attire l'attention du patient notamment sur le mauvais usage et l'abus de substances qui peuvent conduire à une assuétude, et lui indique les risques d'une consommation de longue durée,*

⁴ Question écrite n° 5-189 de G. DE PADT du 21 septembre 2010 et réponse de la ministre du 13 juillet 2011

- 2) *le médecin s'efforce d'aider les patients qui souffrent d'assuétude ou qui abusent de telles substances. Il opte pour une approche multifactorielle de la problématique, tant sur le plan physique, psychique que social.*
Si le traitement du patient requiert une compétence que le médecin ne possède pas suffisamment, celui-ci fait appel à un confrère ou une équipe pluridisciplinaire qui en disposent.
Lors d'un traitement avec des médicaments de substitution, le médecin vérifie régulièrement si ceux-ci peuvent être diminués ou supprimés.
- 3) *Tout médecin qui prend en charge les assuétudes à l'aide de moyens de substitution doit être enregistré auprès d'un centre ou d'un réseau agréé pour l'accueil d'usagers de drogues ou auprès d'un centre spécialisé agréé à cette fin.*
Le médecin est tenu de suivre une formation continue en la matière et de prendre part aux activités d'une des structures précitées.
Dans l'objectif d'une efficacité thérapeutique optimale, le médecin, avant d'initier un traitement à l'aide de médicaments de substitution, peut imposer au patient des conditions supplémentaires telles que l'enregistrement auprès de la commission médicale provinciale.
Si le médecin qui prescrit des médicaments de substitution estime qu'il y a des raisons de déroger au mode d'administration d'un médicament de substitution fixé par les dispositions légales (sous forme orale et sous contrôle quotidien), il est tenu de noter au dossier médical le mode dérogatoire de délivrance et d'administration ainsi que sa motivation.
- 4) *Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas à d'autres traitements médicalement justifiés et susceptibles d'induire une dépendance.*

C. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

Aucune distinction n'étant faite dans les législations abordées ci-avant quant à l'état de minorité ou de majorité de l'auteur de l'infraction ou du patient, cela signifie-t-il que le mineur et le majeur sont sur le même pied ?

De même, on ne peut manquer de se poser la question "A qui appartient le pouvoir de décider ou de refuser d'entreprendre un traitement de substitution pour un mineur ? Le mineur ou ses parents ?"

Des éléments de réponse me paraissent devoir être trouvés dans la loi relative aux droits du patient, loi s'applique *aux rapports juridiques ... dans le domaine des soins de santé dispensés par un praticien professionnel à un patient* (art. 3, 6 1^{er}).

Mon propos n'est évidemment pas de faire ici une analyse de la loi mais bien, à nouveau, de pointer les éventuelles dispositions utiles à rappeler ou ce qui devrait permettre, notamment, de répondre à la question : « Qui du parent ou du mineur peut prendre la décision quant à la prise d'un traitement de substitution ? » Si la réponse, comme souvent en droit, ne peut être péremptoire, il convient de permettre au praticien d'y voir clair et de préciser les éléments à prendre en compte.

Je m'arrêterai tout d'abord à certaines définitions :

- le patient est la *personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non* (art. 2, 1^o),

Cette définition permet d'englober tant les soins sollicités par le mineur que ceux dispensés à la demande du représentant légal du mineur,

- les soins de santé sont définis de manière large, il s'agit des *services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie* (art. 2, 2°),
- le dispensateur de soins est le *praticien visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ainsi que le praticien professionnel ayant une pratique non conventionnelle, telle que visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales* (art. 2, 3°),

Cela étant posé, certains principes doivent encore être rappelés :

a) le droit au libre choix du prestataire de soins (art. 6)

L'article 6 de la loi du 22 août 2002 consacre le principe du libre choix du praticien professionnel ainsi que celui de modifier ce choix, sous réserve des limites que la loi impose.

b) le droit à l'information (art. 7)

Le patient a le droit d'obtenir de la part du praticien professionnel toutes les informations qui peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé ainsi que son évolution probable. Cette information doit être faite dans « un langage clair », ce qui signifie adaptée à son âge, à son état mental et à sa capacité de compréhension.

Cette information vise tant son état de santé actuel que l'évolution de celui-ci au regard des éventuels soins prodigués ou de l'absence de soins adéquats.

Nous n'aborderons pas la problématique du droit de ne pas être informé et l'exception thérapeutique, le lecteur intéressé pourra avec profit se référer au commentaire d' Yves-Henry LELEU rédigé en termes clairs et intelligibles dans le Journal des Tribunaux.⁵

c) le droit au consentement éclairé (art. 8)

Hors les cas où cela n'est matériellement pas possible, le praticien professionnel ne peut prodiguer des soins à un patient qu'après que celui-ci y ait expressément et librement consenti. Ce consentement, pour être valable doit être précédé d'une information quant à « *l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières.* »

⁵ "La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient" in le Journal des tribunaux, 2003, p. 649 et suivantes

Cette information doit également portée sur : « *les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le praticien professionnel, le cas échéant en ce compris les dispositions légales devant être respectées en ce qui concerne une intervention* ».

Cette information doit, comme cela est prévu ci-avant sub b), être adaptée au patient.

Nous pouvons dès lors en arriver au cœur de notre interrogation. Que prévoit la loi en ce qui concerne les patients mineurs ?

On se réfèrera ici à l'article 12 de la loi. : « *Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur.* » Ce faisant, le législateur ne fait que reprendre le droit commun : le patient mineur est un « *incapable* », placé sous l'autorité de ses parents ou représentants légaux. C'est donc eux qui sont titulaires des droits ci-avant exposés.

Il apparaît immédiatement que ce principe paraît peu adapté aux évolutions que connaît notre société et à la place revendiquée et de plus en plus reconnue, en droit interne et dans les conventions internationales, au mineur.

Le paragraphe 2 de l'article 12 stipule que le patient est associé à l'exercice de ses droits suivant son âge et sa maturité. Il va même plus loin puisqu'il précise que les droits énumérés dans la loi peuvent être exercés de manière **autonome** par le patient mineur si on peut estimer qu'il est « *apte à apprécier raisonnablement ses intérêts* ».

| C'est évidemment ici qu'apparaît l'impossibilité de répondre en droit de manière catégorique à la question posée ci-avant : « Qui du parent ou du mineur peut prendre la décision quant à la prise d'un traitement de substitution ? »

Il appartiendra en effet au praticien professionnel de déterminer, au cas par cas, si et comment le patient mineur doit être associé au choix du prestataire de soins, à l'information et à la décision quant aux soins, voire même à décider **seul** d'y consentir ou non. Comme le relève A. NOTTET⁶, en matière médicale, les conflits potentiels sont nombreux.

Cette question n'interfère en rien sur les obligations financières découlant du traitement, celles-ci restant à charge des parents ou tuteurs légaux.

En conclusions, on peut affirmer que l'état de minorité complique le débat pluridisciplinaire tendant à instaurer ou non un traitement de substitution. Ce paramètre se superpose aux autres : durée de l'assuétude, nature du produit, fréquence des prises, sens de la consommation,... Mais la minorité ne doit pas constituer un obstacle dirimant au traitement de substitution.

⁶ Mineurs et droits personnels, R.T.D.F. 1/2010

II. - La loi du 8 avril 1965 et le décret du 4 mars 1991

Qu'en est-il de la réaction judiciaire ou communautaire (au sens des institutions créées par le décret du 4 mars 1991 sur l'aide à la jeunesse) face à un mineur en conflit avec la loi ou en danger par son propre comportement, par sa consommation des substances stupéfiantes ?

La question de l'usage de drogues est complexe et bien souvent les adultes estiment que cette responsabilité doit être portée par d'autres : juges, policiers, professeurs, médecins... C'est parce qu'ils doutent de leurs compétences à agir, qu'ils finissent par se convaincre que la prévention ne peut pas reposer sur eux, surtout si cela risque de les exposer à des conflits avec leurs enfants.⁷

La réponse qui y est apportée par la loi de 1965 « relative à la protection de la jeunesse »⁸ et le décret sur l'aide à la jeunesse est elle aussi complexe.

La « problématique » du jeune qui consomme des stupéfiants peut être abordée sous l'angle de l'infraction commise ou sous l'angle protectionnel, du mineur en danger.

A. **Détention ou consommation de stupéfiants considérée comme un fait qualifié infraction.**

Le législateur, pour marquer la différence entre les majeurs et les mineurs va utiliser un terme différents pour viser l'infraction commise ou dont est suspecté un mineur⁹. S'agissant d'un majeur, on parlera d'infraction (avec la distinction : contravention, délit et crime)¹⁰ et pour un mineur on utilisera exclusivement l'expression : « fait qualifié infraction ». La distinction n'est pas simplement sémantique, elle est d'importance et tend à souligner qu'à l'égard des mineurs, on ne parle que de mesures éducatives¹¹ et non de mesures répressives. Ce subtil distinguo est parfois difficilement compris par le mineur qui est confronté à des mesures qui s'apparente pour lui à de réelles privations de liberté, tel le placement en I.P.P.J. (Institution publique de protection de la jeunesse).

En matière de stupéfiants, il est important de rappeler que la détention de cannabis est illégale pour tous, majeurs et mineurs. Le système actuellement en vigueur¹² aboutit, malheureusement trop souvent, dans l'esprit des gens à considérer que la détention de cannabis pour son usage personnel est autorisé, légal. Le Journal télévisé de la R.T.B.F., commentant récemment le changement de politique du gouvernement hollandais à l'égard de coffee-shop, n'avait d'ailleurs pas hésité à affirmer, urbi et orbi, que la détention de 3 grammes de cannabis était légale... pour un majeur.

⁷ Vers une approche équilibrée de la prévention de l'usage de drogues chez les mineurs. S. VELLA

⁸ loi dont le nom a été modifié en 2006

⁹ l'état de minorité s'apprécie au moment de la commission de l'infraction

¹⁰ la nature de la peine et sa durée dépendent de la nature de l'infraction

¹¹ à l'exception de la procédure de dessaisissement, constat d'échec du mode éducatif

¹² Voir la directive ministérielle du 16 mai ,2003 et la directive commune de la ministre de la justice et du collègue des procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la poursuite des infractions en matière de détention de cannabis

S'agissant d'un mineur, point de simple enregistrement policier ou de priorité la plus faible dans la politique des poursuites. De même, s'agissant, comme dit ci-avant d'un fait qualifié infraction, l'application de peines, "moins fortes" de police et non correctionnelles, n'a aucune incidence. Le mineur est en conflit avec la loi et comme tel passible de mesures éducatives.

Dans l'intervention judiciaire, il faut distinguer deux acteurs qui ont des missions et des moyens d'action fort différents :

1°) le Procureur du Roi,

2°) le Juge de la jeunesse.

Le Procureur du Roi est en charge de l'information (établir l'existence ou non d'un comportement infractionnel). Il dispose d'un pouvoir d'appréciation qui lui permet de classer sans suite le dossier, de choisir des mesures alternatives ou de saisir le Juge de la jeunesse. Il est le seul à pouvoir saisir le Juge de la jeunesse. Celui-ci, d'autorité ne pourrait se saisir d'un fait.

Comme mesures alternatives, il y a la médiation, la lettre d'avertissement et le rappel à la loi. En matière de stupéfiants, la médiation n'est pas possible. En effet pour que la médiation soit possible, il faut qu'une victime soit identifiée. Même à considérer que le mineur est victime de sa propre consommation, on ne se retrouve que face à une seule personne. Restent donc en la matière la lettre d'avertissement et le rappel à la loi.

On notera que depuis 2006, des criminologues ont été adjoints au Parquet et qu'ils jouent un rôle important dans l'orientation des dossiers, notamment dans les dossiers relatifs à la problématique qui nous occupe. Leur intervention permet, par un entretien avec le jeune et sa famille de mieux contextualiser le comportement et d'apporter une réponse plus adéquate. Pour le Parquet de TOURNAI, la lettre d'avertissement ou le rappel à la loi s'accompagnent d'une orientation vers des structures d'information et d'aide en matière d'assuétude.

Si le comportement paraît devoir appeler une autre réponse que le classement ou les mesures alternatives évoquées ci-avant, il appartient au Procureur du Roi de saisir le Juge de la jeunesse.

L'intervention du Juge se fait en deux temps, le premier temps est celui de l'analyse, on parlera de phase provisoire. Durant cette période - qui suivant la loi ne peut dépasser 6 mois¹³ - le Juge va investiguer non sur les faits, tâche dévolue au Procureur du Roi, mais sur la personnalité du jeune afin de déterminer la mesure la plus adéquate. Quand ces investigations sont terminées, le dossier est communiqué au Procureur du Roi afin de le faire fixer en audience publique. C'est suite à l'audience publique que les faits seront ou non déclarés établis et qu'une mesure « définitive »¹⁴ sera décidée. Aux titres des mesures qui peuvent être prises tant pendant la phase d'investigation que suite à l'audience publique "au fond", la loi de 2006, prise en urgence suite au meurtre de Joe VAN HOLSBEECK, a profondément modifié les dispositions de la loi de 1965, et prévoit en son article 37 § 2bis 4° la possibilité d'imposer au jeune de "suivre les directives pédagogiques ou médicales d'un centre d'orientation éducative ou de santé

¹³ en pratique, le délai de 6 mois n'étant assorti d'aucune sanction, il apparaît plus indicatif que contraignant

¹⁴ en matière de jeunesse, il paraît difficile de prétendre qu'une décision aurait un caractère définitif. Le législateur a voulu que le Juge puisse, même après le jugement tenir compte de l'évolution du mineur et a créé divers mécanismes à cet effet.

mentale".

Il s'agit ici des grandes lignes de l'intervention des 2 acteurs que sont le Juge et le Procureur du Roi. Ceci mériterait de plus amples renseignements. Je renvoie le lecteur intéressé vers les ouvrages de base du droit de la jeunesse.¹⁵

B. Détention ou consommation de stupéfiants considérée comme révélateur d'un état de danger.¹⁶

Plutôt que de s'attacher à l'aspect "infractionnel", il est possible d'appréhender le problème, ou la situation considérée comme problématique par l'intervenant judiciaire ou social, sous l'angle exclusivement protectionnel. On ne parlera plus ici de mineur en conflit avec la loi mais de mineur en danger.

On vise tant les jeunes en difficulté ou qui mettent leurs parents en difficulté dans l'exercice de leurs obligations parentales que les jeunes dont la santé ou la sécurité est en danger ou dont les conditions d'éducation sont compromises par leur comportement, celui de leur famille ou familiaux.

L'aide peut être apportée à ses jeunes dans le cadre de ce que l'on appelle l'aide de première ligne ou dans le cadre de l'aide spécialisée.

L'aide de première ligne est celle qui peut être apportée par les P.M.S., Centres de santé mentale, A.M.O. (service d'Aide en Milieu Ouvert), Centres de planning familial, médecin de famille....

L'aide spécialisée est définie dans le décret du 4 mars 1991 comme étant "l'aide organisée dans le cadre du décret" (!). Elle comprend l'aide individuelle ainsi que la prévention générale.

L'aide spécialisée peut être divisée en deux parties : l'une que j'appellerai l'aide consentie et l'autre l'aide contrainte. Deux acteurs sont clairement identifiés dans ces parties, le Service d'aide à la jeunesse (S.A.J.) dont le terrain d'action principal est l'aide consentie et l'autre, le Service de protection judiciaire (S.P.J.) dont le terrain d'action principal est l'aide contrainte. Entre ces deux maillons des dispositifs créés afin d'apporter de l'aide au jeune, se trouvent le Parquet et le Tribunal de la jeunesse.

La législation qui concerne l'aide à la jeunesse a suivi le sort de la "fédéralisation" de l'état belge et la loi de 1965 a fait la place aux décrets des différentes communautés ou régions. Cet éclatement à l'aune de la Belgique résulte de la communautarisation de la protection de la jeunesse décidée par le législateur dès 1980 et précisée en 1988. Les raisons qui ont conduit à la communautarisation tiennent pour l'essentiel, aux critiques, fondées ou non, faites à la loi du 8 avril 1965, à savoir, notamment :

- * l'ingérence jugée excessive du judiciaire dans la vie du mineur en danger et de sa famille, au détriment de l'action sociale,
- * le recours, estimé abusif, au placement,

¹⁵ Droit de la jeunesse par F. TULKENS et Th. MOREAU – Les Nouvelles – Mémento de la jeunesse par M. PREUMONT

¹⁶ Les commentaires qui suivent visent la situation des mineurs dont les parents résident en Wallonie, à l'exception de ceux vivant en Communauté germanophone. Depuis la déjudiciarisation, le droit protectionnel est éclaté suivant les frontières linguistiques et aussi de la Région bruxelloise.

* la prévention générale qui aurait été négligée.

Les dernières dispositions en date sont celles de l'ordonnance bruxelloise qui est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2009.

Le mot d'ordre de ces réformes est "déjudiciarisation". Le judiciaire et plus particulièrement le Juge de la jeunesse ne devant intervenir qu'à la marge et uniquement quand il n'est pas possible de faire autrement.

Face à une situation de danger, où une aide spécialisée est requise, c'est vers le S.A.J. qu'il faut se tourner, c'est la Conseillère (ou le Conseiller) de l'aide à la jeunesse qui va prendre en charge la situation et y remédier. On parlera alors d'accord d'aide, véritable feuille de route qui doit permettre de faire disparaître l'état de danger et ainsi de sortir le plus rapidement possible de l'aide consentie.

Si l'état de danger persiste, c'est-à-dire si l'intégrité physique ou psychique d'un enfant est gravement compromise **et** si une des personnes investies de l'autorité parentale ou ayant la garde de l'enfant en droit ou en fait refuse l'aide du conseiller ou néglige de la mettre en œuvre, on aura recours à une "judiciarisation" temporaire.

Le dossier est transmis par la Conseillère (ou le Conseiller) au Procureur du Roi qui, s'il estime les conditions légales réunies, saisira le Tribunal de la jeunesse. Le rôle du Tribunal, pour crucial qu'il soit, reste factuel. Il lui appartient de dire si le mineur est ou se met en danger et si le recours à l'aide contrainte est indispensable. Si ce premier cap est passé, le Tribunal doit mettre le cadre, préciser la notion de danger et tracer les pistes d'intervention.

Le Tribunal dispose, aux termes du décret du 4 mars 1991¹⁷, de trois options s'il estime réunies les conditions pour passer à l'aide contrainte, il peut, :

- 1° soit soumettre l'enfant, sa famille et ses familiers ou l'un deux à des directives ou à un accompagnement d'ordre éducatif;
- 2° soit décider, dans des situations exceptionnelles, que l'enfant sera hébergé temporairement hors de son milieu familial de vie en vue de son traitement, de son éducation, de son instruction ou de sa formation professionnelle;
- 3° soit permettre à l'enfant, s'il a plus de seize ans, de se fixer dans une résidence autonome ou supervisée et de prendre inscription au registre de la population du lieu de cette résidence.

A titre de directive, on pourrait imaginer la nécessité de recourir à un internat la semaine, d'entreprendre un suivi psychologique ou médical...

Cette décision prise, les suites du dossier échappent au Tribunal. La mise en œuvre incombe exclusivement au Directeur de l'aide à la jeunesse (S.P.J.). Le législateur a également voulu que la situation du mineur soit réexaminée dans l'année. Si les conditions restent réunies, le dossier doit, dans l'année de la mise en œuvre de la décision judiciaire, être à nouveau soumise au Tribunal de la jeunesse qui décidera de la poursuite ou non de l'aide contrainte, éventuellement en modifiant la mesure initialement prise.

¹⁷ Article 38 du décret

Voilà brossées, en quelques traits les deux branches de l'alternative qui se présente quand on est face à un jeune en conflit avec la loi ou en besoin¹⁸ d'aide. Lorsque l'on parle d'alternative, il faut nuancer puisque dans certains cas, les 2 voies vont être utilisées en même temps. La question, lancinante, reste, elle, toujours la même : «Quel est le meilleur outil pour éviter la répétition d'un comportement délinquant ou d'une mise en danger par des consommations de stupéfiants, d'alcool, des fugues, de l'absentéisme scolaire, de tentatives de suicide.... ? »

*Il dit non avec la tête
Mais il dit oui avec le cœur
Il dit oui à ce qu'il aime
Il dit non au professeur
Il est debout
On le questionne
Et tous les problèmes sont posés
Soudain le fou rire le prend
Et il efface tout
Les chiffres et les mots
Les dates et les noms
Les phrases et les pièges
Et malgré les menaces du maître
Sous les huées des enfants prodiges
Avec des craies de toutes les couleurs
Sur le tableau noir du malheur
Il dessine le visage du bonheur.*

Jacques Prévert

¹⁸ "besoin" ne voulant pas nécessairement dire "en demande"

En guise de dessert, quelques notions ou définitions intéressantes :

* La liste des substances interdites :

L'arrêté royal du 31 décembre 1930 (mise à jour 13 octobre 2011) détaille la liste des produits stupéfiants et définit les modalités de répression du trafic de substances soporifiques et stupéfiantes.

Il énumère la liste des substances illicites. Cette liste contient des produits aussi divers que : le cannabis, sa résine et sa teinture, la feuille de coca et la cocaïne, l'opium et certains de ses alcaloïdes (morphine, ...) ou ses dérivés semi-synthétiques (héroïne, ...) ou divers stupéfiants synthétiques comme la méthadone.

* Définitions de ce qu'est un médicament :

L'Arrêté royal du 6 juin 1960 (dernière modification 2008) *se rapporte à la fabrication (...) et à la distribution en gros des médicaments et à leur dispensation.*

...Le matériel stérile d'injection, de perfusion, de transfusion ou de drainage ainsi que les sondes et les cathéters, c'est-à-dire tout récipient, tuyauterie, aiguille, stilligoutte et tout objet présenté comme stérile et destiné à l'injection, à la perfusion, à la transfusion au drainage ainsi que tout matériel destiné aux interventions médicales et obstétricales présenté comme stérile.

Les seringues et aiguilles stériles sont donc considérées comme un médicament et leur fabrication et distribution est réglementée.

Cependant, la vente des seringues et aiguilles est libre en pharmacie.

Quelques définitions insérées dans la loi même si elles [ont été annulées par la Cour Constitutionnelle par arrêt du 20 octobre 2004.](#)

* On entend par usage problématique : *un usage qui s'accompagne d'un degré de dépendance qui ne permet plus à l'utilisateur de contrôler son usage, et qui s'exprime par des symptômes psychiques ou physiques*

Autrement dit, l'usage régulier de drogues n'est pas, automatiquement, par définition, problématique mais il y a désormais une référence à son état personnel. La situation socio-économique de l'utilisateur (chômeur, dépendant du Cpas, sans logement, etc...) n'est plus un critère pour déterminer si une consommation est problématique ou non.

* On entend par nuisances publiques : *les nuisances publiques visées à l'article 135, §2, 7°, de la nouvelle loi communale. Conformément à l'article 3.5.g de la Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotrope, est considérée comme une nuisance publique, la détention de cannabis commise dans une institution pénitentiaire, dans un établissement scolaire ou dans les locaux d'un service social, ainsi que dans leur voisinage immédiat ou dans d'autres lieux fréquentés par des mineurs d'âge à des fins scolaires, sportives ou sociales.)*

BIBLIOGRAPHIE

Mémento 2011 relatif aux stupéfiants, Kluwer, 2011, par J-B. CAMBIER

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, Journal des tribunaux, 11.10.2003, p. 649 et svtes, par Y.-H. LELEU

Mineurs et droits personnels, Revue trimestrielle de droit familial, 1/2010, p. 15 et svtes, par A. NOTTET

La capacité des mineurs face aux soins de santé, Actualités de droit familial et de droit médical. Les droits des personnes les plus faibles, Bruxelles, Bruylant, 2007, par N. GALLUS

La loi sur les stupéfiants à l'aune du principe de légalité des incriminations et des peines, Journal des tribunaux, 22.01.2005, p. 63 et svtes, par Ch. GUILLAIN

La réforme de la législation concernant le trafic des stupéfiants: quels changements pour l'usager de drogues?, Revue de droit pénal, 2004, pp. 780 à 797, par D. KAMINSKI

La nouvelle directive à l'égard des usagers de drogue: changement de politiques? Entre pénalisation de l'usage et usages de la pénalisation, Rev. dr. pén., 2000, pp. 534 à 570, par S. DELTENRE. et V. LEBRUN

Chronique de criminologie. — L'application de nouveaux dispositifs socio-pénaux liés aux politiques sécuritaires: des effets voulus aux effets perçus, Rev. dr. pén., 2002, pp. 557 à 574, par V. FRANCIS, Ch. GUILLAIN, M-S. DEVRESSE, H-O HUBERT, C. SCOHIER et C. SCHAUT

Chronique de criminologie - La nouvelle réglementation belge pour le cannabis. Une politique du clair-obscur, Rev. dr. pén., 2001, pp. 1165 à 1186, par J.-F. CAUCHIE. et M-S. DEVRESSE

Droit de la jeunesse, Larcier, 2000, par F. TULKENS et Th. MOREAU

Mémento du Droit de la Jeunesse 2012, KLUWER, 2009, par M. PREUMONT.

Les Nouvelles, Protection de la jeunesse, LARCIER, Bruxelles, 1978

http://www.jeminforme.be/drogues_belgique/infractions.html (dernière consultation 21/04/2012)

Vers une approche équilibrée de la prévention de l'usage de drogues chez les mineurs, par S. VELLA,

http://www.ijjo.org/index.php?cdn=0601&alias=documental_ficha&rel=SI&cod=2979&idiom a=fr&back=pag091203 (dernière consultation 10 avril 2012)