

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

16 juni 2015

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende maatregelen voor het
tegengaan van gezondheidsschade bij
overmatig en problematisch alcoholgebruik
en alcoholisme**

(ingediend door mevrouw Karin Jiroflée c.s.)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

16 juin 2015

PROPOSITION DE RÉOLUTION

**relative à des mesures visant à lutter
contre les dommages pour la santé liés à la
consommation abusive et problématique
d'alcool et à l'alcoolisme**

(déposée par Mme Karin Jiroflée et consorts)

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
FDF	:	Fédéralistes Démocrates Francophones
PP	:	Parti Populaire

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000:	Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV:	Beknopt Verslag
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000:	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV:	Compte Rendu Analytique
CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN:	Séance plénière
COM:	Réunion de commission
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
courriel : publicaties@lachambre.be

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Probleembeschrijving

Alcoholgebruik is wijdverspreid in onze samenleving en inherent aan onze cultuur. De overgrote meerderheid van de Belgen consumeert alcohol zonder noemenswaardige risico's of schade. Alcohol kan echter ook worden gebruikt op een risicovolle en schadelijke manier. De gevolgen hiervan zijn aanzienlijk voor de betrokkene, zijn of haar omgeving, maar ook voor de samenleving.

Enkele vaststellingen:

A) Slechts 38,3 % van de wereldbevolking consumeert alcohol (61,7 % van de bevolking van 15 jaar en ouder gebruikt géén alcohol). Niettemin vormt alcoholgebruik wereldwijd de derde belangrijkste oorzaak van ziekte en vroegtijdig overlijden, na te laag geboortegewicht en onbeschermd seksuele contacten (waarvoor alcohol bovendien een belangrijke risicofactor is), en vóór tabaksgebruik. Alcohol ligt mee aan de basis van meer dan 200 ziekten en kwetsuren beschreven in de iCD10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*).¹

B) Uit een recente OESO-studie blijkt dat:

- de voorbije twintig jaar de alcoholconsumptie in het Westen over het algemeen daalt, in België over de periode 1992-2012: - 17 %;

- ons land inzake alcoholconsumptie bij de +15 jarigen boven het OESO-gemiddelde scoort; landen als Italië, Noorwegen, IJsland China en Mexico gebruiken gemiddeld beduidend minder alcohol per hoofd;

- hoger opgeleide vrouwen overal een “inhaalbeweging” maken op mannen wat betreft problematisch drinkgedrag;

- problematisch gebruik bij jongeren blijft pieken (ook in ons land);

- in alle Westerse landen alcoholgebruik bij kinderen onder de 15 jaar toeneemt, van deze jongeren waren

¹ WHO, 2014, *Global Status Report on Alcohol and Health*.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. Description du problème

La consommation d'alcool est largement répandue dans notre société et est inhérente à notre culture. La grande majorité des Belges consomme de l'alcool sans risques ou dommages notables. L'alcool peut toutefois également être consommé de manière risquée et nocive. Les effets d'une telle consommation sont considérables pour l'intéressé et son entourage, mais aussi pour la société.

Quelques constats:

A) Seuls 38,3 % de la population mondiale consomment de l'alcool (61,6 % de la population âgée de 15 ans et plus ne consomment pas d'alcool). La consommation d'alcool constitue néanmoins la troisième cause principale de maladie et de décès prématuré, après le poids trop faible à la naissance et les contacts sexuels non protégés (pour lesquels l'alcool est de plus un facteur de risque important), et avant le tabagisme. L'alcool est une des causes de plus de 200 maladies et blessures décrites dans l'ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*).¹

B) Une étude récente de l'OCDE révèle ce qui suit:

- depuis les vingt dernières années, la consommation d'alcool baisse de manière générale en Occident; en Belgique, on constate pour la période 1992-2012 une baisse de 17 %;

- en ce qui concerne la consommation d'alcool des plus de 15 ans, notre pays dépasse la moyenne de l'OCDE; dans des pays comme l'Italie, la Norvège, l'Islande, la Chine et le Mexique, la consommation moyenne par habitant est nettement inférieure;

- les femmes hautement qualifiées “rattrapent” les hommes en termes de consommation problématique;

- la consommation problématique chez les jeunes se maintient à un niveau record (y compris dans notre pays);

- dans tous les pays occidentaux, la consommation d'alcool chez les enfants de moins de 15 ans augmente;

¹ OMS, 2014, *Global Status Report on Alcohol and Health*.

vroeger 30 % “al eens dronken”, nu is dat gestegen naar 43 % voor jongens en bij meisjes stijgt het nog spectaculairder: van 26 % naar 41 %.²

C) In Europa worden wereldwijd de meeste alcoholhoudende dranken geconsumeerd. Alcoholgerelateerde mortaliteit en ziekten zijn er hoger bij mannen dan bij vrouwen. In de leeftijdsgroep van 15 tot 64 jaar is 1 op 7 sterfgevallen bij mannen en 1 op 13 bij vrouwen te wijten aan alcoholconsumptie.³

D) De Gezondheidsenquête per interview uit 2013 geeft specifieke informatie over het alcoholgebruik van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder.⁴

Hieruit blijkt het volgende:

- in België gebruikt de helft van de bevolking (49 %) geen of niet elke week alcohol; 27 % drinkt 1 tot 7 glazen per week, 13 % tussen de 8 en 14 glazen, 6 % tussen de 15 en 21 glazen en 5 % meer dan 21 glazen per week, wat dus overeenkomt met gemiddeld meer dan 3 glazen per dag. We noteren een zekere verbetering in vergelijking met 2008, vooral omdat er in 2013 minder wekelijkse alcoholgebruikers zijn dan in 2008 (51 % in 2013 tegenover 59 % in 2008). Wekelijkse alcoholgebruikers drinken gemiddeld 11 glazen alcohol per week;

- overmatig alcoholgebruik (meer dan 14 glazen alcohol per week bij vrouwen, meer dan 21 glazen alcohol per week bij mannen) komt voor bij 6 % van de bevolking en 13 % van de wekelijkse alcoholgebruikers;

- 8 % van de bevolking drinkt minstens één keer per week 6 glazen of meer bij dezelfde gelegenheid. 54 % van de personen die 6 of meer glazen alcohol drinken bij dezelfde gelegenheid, doet er langer dan 5 uur over, maar 11 % hiervan doet aan piekdrinken (drinkt 6 glazen alcohol binnen de 2 uur);

- jongeren van 15 tot 24 jaar, vooral jonge mannen, vormen een belangrijke risicogroep. Deze vaststelling is gebaseerd op het percentage wekelijkse drinkers van 15 tot 24 jaar met een overmatig alcoholgebruik (14 %),

² Sassi, //F.(ed.) (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>

³ WHO, 2013, *Status report on alcohol and health in 35 European countries*.

⁴ Gisle L, Demarest S (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. WIV-ISP, Brussel, 2014.

alors qu’auparavant, 30 % de ces jeunes avaient déjà été “ivres une fois”, ce pourcentage est passé à 43 % chez les garçons et la hausse est encore plus spectaculaire chez les filles: de 26 % à 41 %.²

C) C’est en Europe que l’on consomme le plus de boissons alcoolisées au monde. La mortalité et les maladies liées à la consommation d’alcool y touchent davantage les hommes que les femmes. Dans la tranche d’âge de 15 à 64 ans, un décès sur 7 chez les hommes et un décès sur 13 chez les femmes est dû à la consommation d’alcool.³

D) L’enquête de santé par interview de 2013 fournit des informations spécifiques sur la consommation d’alcool de la population belge âgée de 15 ans et plus.⁴

Voici ce qui ressort de cette étude:

- En Belgique, la moitié de la population (49 %) ne boit pas d’alcool ou pas chaque semaine; 27 % boivent 1 à 7 verres par semaine, 13 % entre 8 et 14 verres, 6 % entre 15 et 21 verres, et 5 % plus de 21 verres par semaine, ce qui correspond à une moyenne de plus de 3 verres par jour. On observe une certaine amélioration par rapport à 2008, surtout en raison du fait qu’en 2013, on compte un moins grand nombre de consommateurs hebdomadaires de boissons alcoolisées (51 % en 2013, contre 59 % en 2008). Les consommateurs hebdomadaires boivent en moyenne 11 verres d’alcool par semaine;

- la consommation excessive d’alcool (plus de 14 verres par semaine pour les femmes et plus de 21 verres par semaine pour les hommes) concerne environ 6 % de la population et 13 % des consommateurs hebdomadaires d’alcool;

- 8 % de la population boivent au moins une fois par semaine 6 verres ou plus lors de la même occasion. 54 % des personnes qui boivent au moins 6 verres d’alcool lors de la même occasion étalent leur consommation sur plus de 5 heures, mais 11 % pratiquent le “binge drinking” ou alcoolisation ponctuelle importante (6 verres d’alcool en 2 heures);

- les jeunes de 15 à 24 ans, surtout les jeunes hommes, constituent un important groupe à risques. Cette constatation est basée sur le pourcentage de consommateurs hebdomadaires âgés de 15 à 24 ans

² Sassi, //F.(ed.) (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OCDE Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>

³ OMS, 2013, *Status report on alcohol and health in 35 European countries*.

⁴ Gisle L, Demarest S (ed.). Enquête de santé 2013. Rapport 2: Comportements de santé et style de vie. WIV-ISP, Bruxelles, 2014.

het wekelijks drinken bij deze leeftijdsgroep van minstens 6 glazen alcohol bij dezelfde gelegenheid (14 %) en piekdrinken (20 % van deze laatste groep);

- het problematisch⁵ alcoholgebruik stijgt gestaag: 7 % in 2001, 8 % in 2004 en 10 % in 2008 en 11 % in 2013. Bij personen van 15-24 jaar vertoont 6 % al een problematisch gebruik; dit percentage is dubbel zo hoog bij volwassenen tussen 35 en 64 jaar (12 tot 13 % volgens de leeftijd). Problematisch alcoholgebruik daalt vervolgens tot 4 % bij 75-plussers;

- in 2013 belandden in ons land 2 376 jongeren tussen 12 en 17 jaar met een vermoeden van alcoholintoxicatie op de spoeddienst of ze werden één nacht opgenomen in het ziekenhuis. In 2008 ging het nog om 2 209 tieners. Het zogenaamde “comadrinken” komt meer voor bij jongens dan bij meisjes. Zeven procent van de gevallen wordt jaarlijks meer dan een keer opgenomen omdat hij/zij te veel gedronken heeft. Tussen 2008 en 2013 stelt men een lichte daling vast bij de 12-14-jarigen maar anderzijds een stijging bij de 15-17-jarigen.⁶

E) De maatschappelijke kosten van alcoholmisbruik zijn zeer hoog. In 2008 bedroegen de overheidsuitgaven voor de behandeling van personen met een alcoholprobleem in de ziekenhuissector in totaal 553 217 388 € (Van der Laenen, 2011).⁷ De totale sociale kost ten gevolge van alcoholgebruik bedroeg in 2010 voor de hele WHO Europese regio 155,8 miljard EUR (Rehm, 2012), het grootste deel ervan (82,9 miljard EUR) ligt buiten het gezondheidssysteem.⁸

⁵ Indien de persoon positief heeft geantwoord op minstens 2 van de 4 volgende vragen (de “CAGE tool”):
o Voelde u ooit de behoefte om uw alcoholverbruik te verminderen?
o Voelde u zich ooit geïrriteerd door kritiek op uw alcoholverbruik?

o Voelde u zich ooit schuldig over uw alcoholverbruik?

o Hebt u ooit, bij het ontwaken, behoefte gehad aan alcohol om u echt wakker te voelen (om u weer beter te voelen)?

⁶ Intermutualistisch Agentschap, IMA-Atlas, 2015

⁷ VAN DER LAENEN, F., DE RUYVER, B., CHRISTIAENS, J., LIEVENS, D., *Drugs in cijfers III. Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid in België*, 2011, Brussel, Belspo.

⁸ EHM, J. ET.AL. (2012), *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence*, Center for Addiction and Mental Health, Canada.

dont la consommation d'alcool est excessive (14 %), le pourcentage de ceux qui, dans cette tranche d'âge, boivent au moins 6 verres d'alcool lors de la même occasion (14 %) et ceux qui, parmi ces derniers, pratiquent le “binge drinking” (20 %);

- la consommation problématique⁵ d'alcool est en constante augmentation: 7 % en 2001, 8 % en 2004, 10 % en 2008 et 11 % en 2013. Dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans, 6 % présentent déjà un profil de consommateur “problématique”; ce taux est deux fois plus élevé chez les adultes âgés de 35 à 64 ans (12 à 13 % selon l'âge). La consommation problématique d'alcool diminue ensuite jusqu'à 4 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus;

- en 2013, en Belgique, 2 376 jeunes âgés entre 12 et 17 ans ont été admis aux urgences ou ont passé une nuit à l'hôpital suite à une intoxication présumée à l'alcool. En 2008, ils n'étaient encore de 2 209. La pratique du “binge drinking” est plus fréquente chez les garçons que chez les filles. Sept pour cent des jeunes concernés sont admis plus d'une fois par an à l'hôpital pour consommation excessive d'alcool. Entre 2008 à 2013, on observe une légère baisse du nombre d'admissions chez les 12 à 14 ans, mais une hausse, en revanche, chez les 15 à 17 ans.⁶

E) Les coûts sociaux de l'abus d'alcool sont très élevés. En 2008, les dépenses publiques destinées au traitement hospitalier de personnes présentant un problème d'alcool ont atteint un total de 553 217 388 euros (Van der Laenen, 2011).⁷ En 2010, le coût social total de la consommation d'alcool dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS a atteint 155,8 milliards d'euros (Rehm, 2012), dont la majeure partie (82,9 milliards d'euros) se situe en dehors du système de santé.⁸

⁵ À partir du moment où la personne a répondu par l'affirmative à au moins deux des quatre questions suivantes (test “CAGE”):
o Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool?

o Vous êtes-vous déjà senti(e) irrité(e) par des critiques à l'égard de votre consommation d'alcool?

o Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable à propos de votre consommation d'alcool?

o Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour être vraiment réveillé(e) (pour vous sentir mieux)?

⁶ Agence InterMutualiste, Atlas AIM, 2015

⁷ VAN DER LAENEN, F., DE RUYVER, B., CHRISTIAENS, J., LIEVENS, D., *Drugs in cijfers III. Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid in België*, 2011, Bruxelles, Belspo.

⁸ EHM, J. et al. (2012), *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence*, Center for Addiction and Mental Health, Canada.-

2. Beleid

In 2008 hebben de ministers die volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben, een gemeenschappelijke verklaring ondertekend inzake het toekomstige alcoholbeleid.

De ministers deden hierin toezeggingen om:

- alcoholgerelateerde schade te voorkomen en te verminderen;
- onaangepast, buitensporig, problematisch en risikant alcoholgebruik te bestrijden en niet uitsluitend de afhankelijkheid;
- een beleid te voeren dat is gericht op risicodoelgroepen en risicosituaties.

Deze verklaring is het eerste beleidsdocument in ons land waarin de federale overheid, samen met de gemeenschappen en gewesten, een duidelijke en gemeenschappelijke lijn uittekenen inzake het alcoholbeleid. De verklaring heeft ook aanleiding gegeven tot beleidsmaatregelen, waaronder een wetwijziging over de verkoop en het aanbieden van alcoholische dranken aan minderjarigen.

In december 2012 hebben deze ministers geoordeeld dat de verklaring toe is aan actualisering en uitbreiding omwille van nieuwe data, wetenschappelijke ontwikkelingen, maatschappelijke evoluties en de multidimensionaliteit van het onderwerp. Immers, een beleid rond schadelijk alcoholgebruik beperkt zich niet tot gezondheidskwesaties, maar betreft evenzeer economie, publiciteit, prijs, mobiliteit, onderwijs, werkgelegenheid, als het middenveld. Echter, de verklaring uit 2008 betrof uitsluitend de ministers die de Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben. Het is primordiaal om een globaal en geïntegreerd beleid te kunnen voeren. De gemeenschappelijke verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs (25 januari 2010) bevestigt de noodzaak van een globaal en geïntegreerd beleid over psychoactieve stoffen, waaronder alcohol. Inderdaad, de verklaring *“beschouwt het gebruik van drugs prioritair als een volksgezondheidsfenomeen. Niettemin moet een goed begrip van dit gebruik in een globale context worden gezien met inbegrip van essentiële domeinen zoals onderwijs, welzijn, maatschappelijke integratie, veiligheid en justitie, en andere domeinen zoals economie. Deze inclusie van alle relevante domeinen in een beleid, waarin tevens alle acties op elkaar worden afgestemd, wordt een “globaal en geïntegreerd beleid” genoemd. Dit concept vormt de kern van het Belgisch drugsbeleid. Een globaal en geïntegreerd beleid vraagt om preventie, vroegdetectie en vroeginterventie,*

2. Politique

En 2008, les ministres ayant la santé publique dans leurs attributions ont signé une déclaration conjointe sur la politique future en matière d'alcool.

Dans cette déclaration, les ministres se sont engagés:

- à prévenir et limiter les dommages liés à l'alcool;
- à lutter contre la consommation d'alcool inadaptée, excessive, problématique et risquée et non uniquement contre la dépendance à l'alcool;
- à mener une politique visant les groupes cibles et les situations à risque.

Cette déclaration est le premier document politique de notre pays dans lequel l'autorité fédérale définit, en accord avec les Communautés et les Régions, une ligne claire et commune pour la politique en matière d'alcool. Cette déclaration a également entraîné la prise de mesures politiques, dont une modification de la loi concernant la vente et l'offre de boissons alcoolisées aux mineurs.

En décembre 2012, ces ministres ont estimé qu'il s'indiquait d'actualiser et d'étendre la déclaration par suite de nouvelles données, de développements scientifiques, d'évolutions sociétales et du caractère multidimensionnel du sujet. En effet, une politique relative à la consommation nocive d'alcool ne se limite pas aux questions de santé, mais concerne tant l'économie, la publicité, le prix, la mobilité, l'enseignement et l'emploi que la société civile. La déclaration de 2008 n'impliquait toutefois que les ministres ayant la Santé publique dans leurs attributions. Il est primordial de pouvoir mener une politique globale et intégrée. La déclaration conjointe de la Conférence interministérielle Drogues (25 janvier 2010) confirme la nécessité d'une politique globale et intégrée en matière de substances psychoactives, dont l'alcool. En effet, la déclaration *“considère la consommation des drogues prioritairement comme un problème de santé publique. Or, une bonne compréhension de cet usage doit être vue dans un contexte global, incluant des domaines essentiels comme l'enseignement, le bien-être, l'intégration sociale, la sécurité et la justice, et d'autres domaines comme l'économie. L'inclusion de tous les domaines pertinents dans une politique, dans laquelle toutes les actions sont également mises en concordance, est nommée “politique globale et intégrée”. Ce concept constitue la base de la politique belge en matière de drogues. Une politique globale et intégrée a besoin de prévention,*

hulpverlening met inbegrip van risicobeperking, en repressie, en baseert zich maximaal op objectieve en wetenschappelijke gegevens, die voldoende verankerd en teruggekoppeld zijn in de praktijk.” Deze verklaring vermeldt meerdere acties die momenteel lopen met betrekking tot alle drugs, inclusief alcohol. Echter, door de impact op de gezondheid en de samenleving van schadelijk alcoholgebruik dient hieraan een specifieke en bijkomende aandacht te worden besteed.

De Interministeriële Conferentie Drugs nam de taak op zich om een alcoholplan 2014-2018 op te maken. Dit plan moest zich baseren op binnenlandse en buitenlandse visies en ervaringen, en op de meest recente wetenschappelijke bevindingen. Het moest bovendien, waar relevant, de doelstellingen, de basisprincipes, de actiedomeinen, en de tien actiedomeinen bevatten die worden vooropgesteld door de “*Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*” (2010) en het “*European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*” van de Wereldgezondheidsorganisatie. Dit plan moest worden gezien als een aanvulling op de reeds lopende initiatieven en beleidslijnen van de verschillende overheden op het vlak van alcohol. Zoals vooropgesteld werd in juni 2013 een ontwerp van gemeenschappelijke verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs over het Alcoholplan 2014-2018 ter bespreking voorgelegd. Door onenigheid binnen de toenmalige regeringsmeerderheden werd dit ontwerp in de IMC verworpen en is er tot op vandaag geen verdere uitvoering meer gegeven aan de opdracht van de Interministeriële Conferentie Drugs.

Nochtans presteert België slecht op het vlak van maatregelen inzake het tegengaan van gezondheidsschade bij overmatig en problematisch alcoholgebruik en alcoholisme. Cijfers van de Wereldgezondheidsorganisatie tonen aan dat België onderaan bengelt in de Europese ranglijst van maatregelen tegen alcoholmisbruik. Alleen Armenië, Georgië, San Marino en Andorra doen het nog slechter.⁹

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen stelt in een memorandum naar aanleiding van de verkiezingen van 2014 dat een nationaal alcoholplan essentieel is om de complexe en veelzijdige alcoholproblematiek aan te pakken. Dit plan moet investeren in strategieën die zowel zijn gericht op het aanbod als op de vraag, moet voldoende controle omvatten op de regelgeving en aandacht hebben voor monitoring en evaluatie. Een nationaal plan is pas effectief als het

de détectie et intervention précoces, d’offre d’aide y compris la réduction des risques, et de répression et se base le plus que possible sur des données objectives et scientifiques, qui sont suffisamment enracinées et soumises dans la pratique.” Cette déclaration fait état de plusieurs actions actuellement en cours concernant toutes les drogues, y compris l’alcool. Compte tenu des répercussions de la consommation nocive d’alcool sur la santé et la société, il s’impose toutefois d’y accorder une attention spécifique et accrue.

La Conférence interministérielle Drogues s’est engagée à élaborer un “plan Alcool 2014-2018”. Ce plan devait se fonder sur les conceptions et les expériences nationales et internationales, ainsi que sur les données scientifiques les plus récentes. Il devait en outre contenir, lorsque c’était pertinent, les objectifs, les principes fondamentaux et les dix domaines d’action proposés par la “Stratégie mondiale visant à réduire l’usage nocif de l’alcool” (2010) et par le Plan d’action européen visant à réduire la consommation nocive d’alcool 2012-2020 de l’Organisation mondiale de la santé. Ce plan devait être considéré comme un complément aux initiatives en cours et aux lignes politiques des différentes autorités en matière d’alcool. Comme prévu, un projet de déclaration commune de la Conférence interministérielle Drogues concernant le Plan alcool 2014-2018 a été soumis en juin 2013. En raison de désaccords au sein de la majorité gouvernementale de l’époque, ce projet a été rejeté par la CIM et la mise en œuvre de la mission de la Conférence interministérielle Drogues a été suspendue depuis lors.

La Belgique fait toutefois piètre figure en termes de mesures de lutte contre les dommages de santé entraînés par la consommation excessive et problématique d’alcool et par l’alcoolisme. Il ressort des chiffres de l’Organisation mondiale de la santé que la Belgique est en queue de peloton dans le classement européen des mesures contre l’abus d’alcool. Seuls l’Arménie, la Géorgie, Saint-Marin et Andorre obtiennent de moins bons résultats.⁹

L’Association flamande pour les problèmes d’Alcool et autres drogues (VAD) affirme, dans un memorandum réalisé à l’occasion des élections de 2014, qu’un plan d’action national en matière d’alcool est essentiel pour faire face à la problématique complexe et multiple de l’alcool. Ce plan doit investir dans des stratégies axées tant sur l’offre que sur la demande, prévoir suffisamment de contrôles de la réglementation et s’intéresser au monitoring et à l’évaluation. Un plan national n’est

⁹ De Standaard, zaterdag 27 september 2014, pagina 10.

⁹ De Standaard, samedi 27 septembre 2014, page 10.

wordt onderschreven door alle betrokken ministers, en niet enkel de ministers van volksgezondheid.¹⁰

De FOD Volksgezondheid pleitte er in 2014 voor om een nieuw alcoholplan op te stellen, samen met de gemeenschappen, die bevoegd zijn voor preventie. Alleen met een globaal plan kunnen alle maatregelen op elkaar worden afgestemd. Preventie is onmisbaar bij het nemen van maatregelen en het verbreden van het maatschappelijk draagvlak voor zo'n alcoholplan begint bij een goede preventie.¹¹

Een resolutie van het Europees Parlement van 29 april 2015 verzoekt de Commissie om onmiddellijk te werken aan een nieuwe EU-alcoholstrategie voor de periode 2016-2022 en hierbij rekening te houden met het CNAPA-actieplan en de conclusies van de onafhankelijke evaluatie van het EU Alcohol gerelateerde Schade Strategie, om zo een blijvende impact te garanderen van de tot dusver behaalde resultaten en nationale regeringen te blijven steunen bij de aanpak van gezondheidsschade door langdurig alcoholgebruik. De resolutie benadrukt dat de complementariteit tussen wetgeving en gedragscodes voor de bescherming van minderjarigen tegen de negatieve gevolgen van gevaarlijk alcoholgebruik noodzakelijk is om de effectieve bescherming van minderjarigen te waarborgen. Ze roept de lidstaten op:

- tot een strikte handhaving van de bestaande nationale wetgeving inzake leeftijdsgrenzen voor alcoholgebruik en tot de evaluatie van de noodzaak van verdere wettelijk bindende eisen voor de effectieve bescherming van minderjarigen;

- om beleidsmaatregelen en behandelingen die alcoholverslaving tegengaan te implementeren in hun respectievelijke gezondheidszorgsystemen;

- tot versterking van de inspanningen om de bevolking te informeren, in het bijzonder minderjarigen en zwangere vrouwen, over de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik en, voor zover vereist, dienovereenkomstig wetten uit te vaardigen.

3. Engagement inzake de doelstellingen en basisprincipes van de Wereldgezondheidsorganisatie en de resolutie van het Europees parlement

De indieners van deze resolutie willen de draad weer opnemen en de federale regering vragen om de beloften na te komen die werden gedaan in december 2012.

¹⁰ VAD, Memorandum over de aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen, 2014.

¹¹ De Standaard, *ibid.*

efficace qu'à condition d'être porté par tous les ministres concernés, et pas uniquement par les ministres de la Santé publique.¹⁰

En 2014, le SPF Santé publique a préconisé la rédaction d'un nouveau plan Alcool de concert avec les communautés, qui sont compétentes en matière de prévention. Seul un plan global permet de coordonner l'ensemble des mesures. Les mesures doivent nécessairement comporter un volet prévention, et le renforcement de l'adhésion sociale en faveur de ce plan Alcool commence par une bonne prévention.¹¹

Une résolution du Parlement européen du 29 avril 2015 invite la Commission à entamer immédiatement les travaux sur une nouvelle stratégie de l'Union en matière d'alcool pour la période allant de 2016 à 2022, en tenant compte du plan d'action du CNAPA et des conclusions de l'évaluation indépendante de la stratégie de l'Union contre les dommages liés à l'alcool, afin de pérenniser les résultats atteints à ce jour, et à continuer de soutenir les gouvernements nationaux à prévenir les dommages liés à l'alcool sur le long terme. La résolution souligne que la complémentarité entre la législation et les codes de conduite relatifs à la protection des mineurs contre les conséquences néfastes de l'abus d'alcool est indispensable à une réelle protection des mineurs. Elle invite les États membres:

- à appliquer strictement la législation nationale en vigueur concernant les limites d'âge afférentes à la consommation d'alcool et à évaluer la nécessité de nouvelles exigences juridiquement contraignantes, indispensables à une réelle protection des mineurs;

- à mettre en œuvre des stratégies et des traitements qui réduisent l'alcoolisme, dans le cadre de leurs systèmes de soins de santé;

- d'intensifier leurs efforts d'éducation du grand public, en particulier des jeunes et des femmes enceintes, sur les méfaits de la consommation d'alcool, et, en cas de besoin, d'adopter des lois en conséquence

3. Engagement relatif aux objectifs et aux principes de base de l'Organisation mondiale de la santé et de la résolution du parlement européen

Nous souhaitons repartir de l'avant et demander au gouvernement fédéral de tenir les promesses faites en décembre 2012.

¹⁰ VAD, Memorandum over de aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen, 2014.

¹¹ De Standaard, *ibid.*

Deze resolutie vraagt de federale regering om de nodige stappen te ondernemen die ertoe leiden, onder meer via de bevoegde Interministeriële Conferenties, dat het beleid en de toekomstige acties worden afgestemd op de “*Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*” en het “*European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*” van resp. de Wereldgezondheidsorganisatie en de Wereldgezondheidsorganisatie Europese Regio, evenals van de resolutie van het Europees Parlement van 29 april 2015.

In het licht hiervan moet het accent worden gelegd op het verbeteren van de gezondheids- en sociale situatie voor individuen, families en gemeenschappen. Een wezenlijke daling in de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van schadelijke alcoholgebruik vormt een prioriteit.

In dit kader zijn meerdere doelstellingen en basisprincipes vereist. Het is belangrijk om de bevolking meer bewust te maken van de omvang en de aard van de gezondheids-, sociale en economische problemen ten gevolge van schadelijk alcoholgebruik. Brede en grondige kennis over de determinanten van alcohol schade, en over de wijze waarmee deze kan worden verminderd, is dus noodzakelijk. Er moet bijzondere aandacht worden besteed aan de complexe relatie tussen het schadelijk alcoholgebruik en de sociale en gezondheidsongelijkheden, en aan het effect van dit gebruik op kwetsbare groepen, zoals de jongeren. De culturele, sociale, geografische en wetgevende contexten vormen dus cruciale elementen voor de creatie van een efficiënt en realistisch beleid. Schadelijk gebruik van alcohol is, vóór alles, een volksgezondheidsprobleem. Elke aanpak in die richting moet dus worden versterkt. Hiertoe dient de Interministeriële Conferentie Drugs een alcoholplan uit te werken en goed te keuren voor een periode van vier jaar.

4. Alcoholplan – Missie en strategie

De missie van dit alcoholplan is het verminderen van schadelijk alcoholgebruik in België. Over het algemeen verstaan we onder schadelijk alcoholgebruik:

1. de overconsumptie van alcohol;
2. problematisch gebruik van alcohol, waaronder op te jonge leeftijd beginnen drinken en alcoholgebruik voor en tijdens de zwangerschap en de borstvoedingsperiode;
3. binge-drinken en comadrinken, in het bijzonder bij jongeren.

La présente résolution demande au gouvernement fédéral d’entreprendre les démarches nécessaires pour faire en sorte que, notamment par le biais des Conférences interministérielles compétentes, la politique et les actions futures soient alignées sur la “*Stratégie mondiale visant à réduire l’usage nocif de l’alcool*” et le “*Plan d’action européen visant à réduire l’usage nocif de l’alcool 2012-2020*” de, respectivement, l’Organisation mondiale de la santé et l’Organisation mondiale de la santé, Région européenne, ainsi que sur la résolution du Parlement européen du 29 avril 2015.

Dans cette optique, l’accent doit être mis sur l’amélioration de la situation sanitaire et sociale des individus, des familles et des communautés. La priorité est de faire baisser substantiellement la morbidité et la mortalité résultant de l’usage nocif de l’alcool.

Dans ce cadre, il convient de fixer plusieurs objectifs et d’énoncer plusieurs principes de base. Il importe de sensibiliser davantage la population à l’ampleur et à la nature des problèmes sanitaires, sociaux et économiques résultant de l’usage nocif de l’alcool. Une connaissance large et approfondie des déterminants des dommages provoqués par l’alcool, et de la manière dont ceux-ci peuvent être réduits, est donc nécessaire. Il convient d’accorder une attention particulière à la relation complexe entre l’usage nocif de l’alcool et les inégalités sociales et sanitaires, ainsi qu’à l’effet de cet usage sur les groupes vulnérables, comme les jeunes. Les contextes culturel, social, géographique et législatif constituent donc des éléments cruciaux pour l’élaboration d’une politique efficace et réaliste. L’usage nocif de l’alcool est avant tout un problème de santé publique. Toute approche allant dans ce sens doit donc être renforcée. À cet effet, la Conférence interministérielle Drogues doit élaborer et approuver un plan alcool pour une période de quatre ans.

4. Plan Alcool – Mission et stratégie

Ce plan Alcool a pour mission de réduire la consommation nocive d’alcool en Belgique. De manière générale, on entend par “consommation nocive d’alcool”:

1. la consommation excessive d’alcool;
2. la consommation problématique d’alcool, notamment celle qui débute à un âge trop précoce et la consommation d’alcool avant et pendant la grossesse et la période d’allaitement;
3. l’alcoolisation ponctuelle importante (*binge drinking*) et les intoxications alcooliques aiguës (*coma drinking*), en particulier chez les jeunes.

Alcoholgebruik is een fenomeen met veel facetten. Er is dus een diversiteit aan acties nodig. De strategie om deze missie te realiseren is bijgevolg het definiëren van doelstellingen en acties die zijn aangepast aan de kenmerken van de gebruikers of het gebruik en aan de context waarbinnen alcohol wordt geconsumeerd. Voor de implementatie van dit plan is het essentieel dat voor de verschillende acties de bevoegde overheden worden aangewezen. Een monitoring van de resultaten is eveneens belangrijk om de efficiëntie van de acties te evalueren. Daarvoor moeten we per doelstelling indicatoren opstellen.

Karin JIROFLEE (sp.a)
Anne DEDRY (Ecolo-Groen)
Muriel GERKENS (Ecolo-Groen)
Karin TEMMERMAN (sp.a)

La consommation d'alcool est un phénomène aux multiples facettes nécessitant des actions diversifiées. Pour mener cette mission à bien, la stratégie consiste par conséquent à définir des objectifs et des mesures adaptés au profil des consommateurs ou de la consommation et au contexte dans lequel l'alcool est consommé. Pour la mise en œuvre d'un tel plan, il est essentiel de désigner les autorités compétentes pour prendre les différentes mesures. Il importe également de prévoir un suivi des résultats pour évaluer l'efficacité des actions. Pour ce faire, nous devons élaborer des indicateurs par objectif.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS:

Overwegende dat:

A. reclame een aanzienlijke impact heeft op de alcoholconsumptie van de bevolking en het voldoende is aangetoond dat het bestaande akkoord aangaande reclame en marketing voor alcoholische dranken, van toepassing sinds april 2013, gebaseerd op het principe van zelfregeling, onvoldoende impact heeft;

B. consumenten zich niet altijd bewust zijn van de toegevoegde energetische waarde van alcoholische dranken; dat deze informatie een aantal voor dit aspect gevoelige consumenten zou kunnen aanmoedigen om de consumptie van deze producten te beperken;

C. de differentiatie tussen dranken verboden voor jongeren onder de 16 en onder de 18 jaar, met name het wettelijk verbod om alcoholische dranken te verkopen of aan te bieden aan jongeren onder de 16 jaar en sterke drank aan te bieden of te verkopen aan jongeren onder de 18 jaar, slecht wordt toegepast omdat de regels moeilijk zijn uit te leggen aan de toeg en daardoor slecht worden begrepen door jongeren. Bovendien zijn de bestaande regels moeilijk te controleren;

D. de verkoop van alcoholische dranken (met uitzondering van sterke drank) steeds mogelijk is in automaten met een elektronische identiteitskaartlezer; ondanks de versterking van het verkoopverbod van alcohol aan minderjarigen, leidt dit tot toepassingsproblemen: de statistieken van de inspectiediensten tonen aan dat 16 % van de automaten niet in orde is met de wetgeving;

E. dat door de verkoop via automaten, voor volwassenen met een problematische consumptie de sociale controle vervalt in vergelijking met de verkoop in klasieke winkels of horecagelegenheden;

F. verschillende gemeenten en scholen vragen om een aanpak van problemen gelinkt aan de verkoop met automaten;

G. alcoholische dranken in ons land overal beschikbaar zijn, op elk uur van de dag in nachtwinkels en benzinstations; dat dit leidt tot problemen van

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS:

Considérant:

A. que la publicité a un impact considérable sur la consommation d'alcool au sein de la population et qu'il a suffisamment été prouvé que l'accord existant concernant la publicité et le marketing pour les boissons alcoolisées, qui est d'application depuis avril 2013, basé sur le principe de l'autorégulation, a un effet insuffisant;

B. que les consommateurs ne sont pas toujours conscients de l'apport énergétique supplémentaire induit par les boissons alcoolisées; que cette information pourrait encourager un certain nombre de consommateurs sensibles à cet aspect à réduire leur consommation de ce type de produits;

C. que la différence entre les boissons interdites aux jeunes de moins de 16 ans et celles interdites aux jeunes de moins de 18 ans, c'est-à-dire l'interdiction légale de vendre ou de proposer des boissons alcoolisées à des jeunes de moins de 16 ans et celle de proposer ou de vendre des boissons spiritueuses à des jeunes de moins de 18 ans, est mal mise en œuvre parce que les règles sont difficiles à expliquer au comptoir et sont, par conséquent, mal comprises par les jeunes. En outre, les règles existantes sont difficiles à contrôler;

D. que la vente de boissons alcoolisées (à l'exception des boissons spiritueuses) est toujours possible dans des distributeurs avec un lecteur de carte d'identité électronique; malgré le renforcement de l'interdiction de vente d'alcool à des mineurs, cette situation donne lieu à des problèmes d'application: les statistiques des services d'inspection montrent que 16 % des distributeurs ne sont pas conformes à la législation;

E. que la vente par le biais de distributeurs automatiques permet aux adultes qui ont une consommation problématique d'échapper au contrôle social, comparé à la vente dans les magasins classiques ou dans les établissements de l'horeca;

F. que plusieurs communes et écoles demandent que l'on s'attaque aux problèmes liés à la vente via des distributeurs automatiques;

G. que les boissons alcoolisées sont disponibles partout dans notre pays, à toute heure de la journée, dans les magasins de nuit et les stations-services; que

volksgezondheid, overlast op de openbare weg en verkeersveiligheid;

H. het in ons land ontbreekt aan een doordacht en samenhangend geheel van wetenschappelijk onderbouwde interventies in scholen, gezin, vrije tijd, bedrijven en lokale gemeenschappen die aandacht besteden aan alle dimensies: preventie, regels, gezonde omgeving, en omgaan met problemen;

I. met het *Quality Nights Charter* uitgaansgelegenheden en -evenementen zich engageren om gezondheidsservices aan te bieden aan hun publiek (informatie over gevaren overconsumptie alcohol, gratis water, alcoholtester...) en zo bijdragen aan een veiligere en gezondere uitgaansgelegenheden;

J. er belangrijke risico's zijn verbonden aan de blootstelling van ongeboren en pasgeboren kinderen aan alcohol en/of drugs;

K. vroegdetectie en vroeginterventie, waarbij problemen met alcohol worden opgespoord en aangepakt op een moment dat mensen nog geen diagnose van een stoornis of verslaving hebben, maar wel regelmatig gebruiken op een risicovolle manier, doelmatige en kosteneffectieve strategieën zijn om schade door alcohol te beperken;

L. de detectie en de aanpak van patiënten met een alcoholprobleem in de algemene ziekenhuizen moet worden verbeterd;

M. de huisarts een cruciale rol speelt bij de behandeling van riskant en schadelijk alcoholgebruik en dat de toepassing van evidence based-instrumenten die werden uitgewerkt volgens internationale richtlijnen moet worden verhoogd;

N. de opvang in de geestelijke gezondheidszorg van personen in crisis omwille van een alcoholprobleem moet worden verbeterd; dat het pilootproject "Opvang personen in crisis omwille van middelengebruik" van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een onderdeel moet worden van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg zodat de patiënten toegang krijgen tot alle diensten en zorgprogramma's in het kader van deze hervorming;

O. er behoefte is aan informatie en opvang van mensen met een alcoholprobleem via het internet op een anonieme wijze, gericht op een doelgroep die met andere methodieken niet of moeilijk bereikbaar is;

cette facilité d'accès entraîne des problèmes de santé publique, des nuisances sur la voie publique et des dangers sur les routes;

H. qu'il manque dans notre pays un ensemble raisonné et cohérent d'interventions scientifiquement étayées dans les écoles, les ménages, les loisirs, les entreprises et les communautés locales, et englobant toutes les dimensions: prévention, règles, environnement sain et gestion des problèmes;

I. qu'avec le label "Quality Nights", les lieux de sortie et les organisateurs d'événements s'engagent à proposer à leur public des services de santé (informations sur les dangers de la surconsommation d'alcool, eau gratuite, alcootest...), et contribuent ainsi à rendre leur lieu de sortie plus sûr et plus sain;

J. que l'exposition d'enfants à naître et de nouveau-nés à l'alcool et/ou aux drogues comporte des dangers importants;

K. que la détection et l'intervention précoces, qui permettent de déceler et de traiter des problèmes liés à l'alcool à un moment où un diagnostic de trouble ou de dépendance n'a pas encore été établi, mais où les intéressés consomment régulièrement et de manière problématique, constituent des stratégies ciblées financièrement avantageuses pour limiter les dégâts de l'alcool;

L. que la détection et le traitement de patients ayant des problèmes d'alcool dans les hôpitaux généraux doivent être améliorés;

M. que le médecin généraliste joue un rôle crucial dans le traitement de la consommation nocive et risquée d'alcool et que les instruments *evidence based* développés à partir des directives internationales devraient être davantage utilisés;

N. qu'il convient d'améliorer la prise en charge en soins de santé mentale des personnes qui sont en crise à la suite d'un problème d'alcoolisme; que le projet pilote du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement relatif à l'accueil des personnes en crise liée à la consommation de substances doit être intégré dans la réforme des soins de santé mentale, afin que les patients aient accès à l'ensemble des services et programmes de soins dans le cadre de cette réforme;

O. qu'il convient d'organiser l'information et la prise en charge anonyme et par internet des personnes souffrant de problèmes d'alcoolisme, en visant un groupe cible qui est difficile ou impossible à atteindre par d'autres méthodes;

P. er bij de begeleiding van mensen met een alcoholproblematiek te weinig rekening wordt gehouden met de entourage en met name met de kinderen; het is algemeen aanvaard dat de opvang zich meer richt naar de persoon die gebruikt, aangezien het gebruik van alcohol bij een naaste een zodanige schaamte veroorzaakt en aanzet tot ontkenning, geheimhouding en isolement; nochtans zijn de schadelijke gevolgen voor de algemene ontwikkeling van het kind alsook op de entourage duidelijk aanwezig;

Q. de prijs van alcoholische dranken een belangrijke factor is voor de hoeveelheid die wordt geconsumeerd en dat in België momenteel de prijs van enkele alcoholische dranken zeer laag is in vergelijking met andere Europese landen;

R. de invulling van cao 100 (uitwerking van een preventief alcohol- en drugsbeleid door de werkgever) zich voor de ene werkgever kan beperken tot een intentieverklaring (fase 1), terwijl een andere werkgever een doorgedreven preventiebeleid met concrete regels en procedures (fase 2) zal opstellen;

S. cao 100 enkel van toepassing is op werkgevers uit de privésector en dus niet op overheidsdiensten, ook al is elke werkgever uit de private én openbare sector op basis van de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van werknemers bij de uitvoering van hun werk verplicht om risico's inzake welzijn op het werk in zijn onderneming te analyseren en hiervoor preventiemaatregelen op te stellen;

T. de lange wachtlijsten bij de ambulante categoriale zorgvoorzieningen nefast zijn voor mensen met een alcoholprobleem omdat men de motivatie om een begeleiding op te starten onvoldoende kan benutten;

U. er nood is aan een zorgtraject voor personen met een verslaving om het frequent herval na een ontwenningsskuur tegen te gaan;

VRAAGT DE FEDERALE REGERING:

1. de nodige acties te ondernemen om een vierjarig alcoholplan te laten opstellen door de Algemene Cel Drugsbeleid;

P. que l'entourage – c'est en particulier le cas des enfants – n'est pas suffisamment associé à l'accompagnement des personnes souffrant de problèmes d'alcoolisme; il est généralement admis que la prise en charge se focalise davantage sur le consommateur, qui a tellement honte de son comportement qu'il reste dans le déni, cache son problème à ses proches et a tendance à s'isoler; les effets nocifs sur le développement général de l'enfant, ainsi que sur l'entourage, sont pourtant manifestes;

Q. que la quantité consommée dépend en grande partie du prix des boissons alcoolisées et qu'à l'heure actuelle, le prix de certaines de ces boissons est bien plus bas en Belgique que dans d'autres pays européens;

R. que la mise en œuvre de la CCT 100 (élaboration par l'employeur d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues) peut varier, selon les employeurs, d'une déclaration d'intention (première phase) à la mise en place d'une politique de prévention poussée prévoyant des règles et procédures concrètes (deuxième phase);

S. que la CCT n° 100 s'applique uniquement aux employeurs du secteur privé et donc pas aux services publics, même si tout employeur des secteurs privé et public est, en vertu de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, tenu d'analyser les risques relatifs au bien-être au travail et d'élaborer des mesures de prévention;

T. que les longues listes d'attente pour bénéficier de structures de soins catégoriels ambulatoires sont néfastes pour les personnes qui ont un problème d'éthylisme dès lors que l'on ne peut pas exploiter suffisamment la motivation à s'engager dans un accompagnement;

U. qu'un trajet de soins est nécessaire pour les personnes souffrant d'une assuétude si l'on veut éviter la rechute, fréquente, après une cure de désintoxication;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. de prendre les mesures qui s'imposent en vue de faire rédiger un Plan Alcool quadriennal par la Cellule générale de Politique en matière de drogues;

2. de missie van dit alcoholplan te formuleren als volgt:

- vermindering van problematisch alcoholgebruik;
- aanpakken van alcoholgebruik op jonge leeftijd;
- vermindering van piekdrinken (“*binge drinking*”);

3. de volgende beleidsacties in het plan te verwerken, in samenspraak met de deelstaten:

a. een jaarlijkse publieke rapportage van de overheidsacties en overheidsuitgaven gedaan voor de aanpak van alcoholproblemen waardoor elke bevoegde autoriteit het globaal en geïntegreerd beleid ter zake kan verbeteren;

b. een studie uit te voeren naar de sociale kosten van alcoholmisbruik, onder meer om na te gaan welke middelen, legale of illegale, de grootste sociale kosten met zich meebrengen. De studie kan ook informatie verzamelen over de private kosten voor patiënten, zodat die ook kunnen worden meegenomen in het debat over de financiering en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Deze studie moet een internationale vergelijking bevatten;

c. maatregelen in te voeren voor de regulering van de reclame voor – en productinformatie van alcoholische dranken door het verplicht maken van duidelijke etikettering op alcoholische dranken met standaardeenheden (SE) voor het alcoholgehalte en de vermelding van de energetische waarde;

d. de bestaande wetgeving inzake het verbieden van de verkoop of het aanbieden van alcoholische dranken te verduidelijken zodat er een betere communicatie en controle mogelijk wordt van de geldende leeftijdsbeperking;

e. om de problemen van schadelijk alcoholgebruik te vermijden, de beschikbaarheid van alcohol te beperken, vooral 's nachts wanneer een groot deel van het schadelijk gebruik zich concentreert, door het verbieden van:

- de verkoop van alcoholische dranken in automaten;
- het stimuleren van lokale en bovenlokale besturen om – in het licht van gezondheidspreventie en veiligheid – een beleid uit te werken dat de verkoop van

2. de formuleren les missions du Plan Alcool comme suit:

- réduire la consommation problématique d'alcool;
- lutter contre la consommation d'alcool à un âge précoce;
- réduire l'alcoolisation ponctuelle importante (“*binge drinking*”);

3. d'intégrer, dans le plan, les mesures stratégiques suivantes, en concertation avec les entités fédérées:

a. dresser, chaque année, un rapport public des mesures prises par l'État et des dépenses faites par ce dernier pour lutter contre les problèmes liés à l'alcool, ce qui permet à chaque autorité compétente d'améliorer la politique globale et intégrée en la matière;

b. étudier les coûts sociaux liés à l'abus d'alcool, en examinant, notamment, quelles substances, légales ou non, engendrent les coûts sociaux les plus élevés. L'étude peut également collecter des informations sur les coûts privés pour les patients, de manière à les intégrer au débat relatif au financement et à l'accessibilité des soins de santé. Cette étude doit inclure une comparaison internationale;

c. instaurer des mesures en vue de réguler la publicité relative aux boissons alcoolisées et les informations sur les produits par l'apposition obligatoire d'un étiquetage clair sur les boissons alcoolisées mentionnant, à l'aide d'unités standard (US), le taux d'alcool et la valeur énergétique;

d. clarifier la législation en vigueur sur l'interdiction de vendre ou d'offrir des boissons alcoolisées afin de permettre une meilleure communication et un meilleur contrôle de la limite d'âge en vigueur;

e. limiter la disponibilité des boissons alcoolisées afin d'éviter les problèmes liés à la consommation nocive de boissons alcoolisées, surtout durant la nuit, au moment où les cas de consommation nocive sont les plus fréquents, en:

- interdisant la vente de boissons alcoolisées dans les distributeurs automatiques;
- encourageant les administrations locales et *supra*locales à élaborer – dans le cadre de la politique de prévention en matière de santé et de sécurité – une

alcoholische dranken 's nachts via nachtwinkels en tankstations ontmoedigt;

f. de verdere uitbouw van alcoholpreventie te ondersteunen, als onderdeel van een algemeen gezondheidsbeleid, in scholen, gezin, vrije tijd, bedrijven en de lokale gemeenschap;

g. de ontwikkeling van het "Quality Nights"-label te ondersteunen (informatie over gevaren van overconsumptie van alcohol, gratis water, alcoholtester...);

h. een campagne uit te werken met als doelstelling:

— professionals beter bewust te maken van de risico's van alcohol- en druggebruik tijdens de zwangerschapsperiode;

— risicosituaties en/of risicogedrag beter te screenen en te begeleiden;

— aanbevelingen te formuleren die gezondheidswerkers kunnen geven aan zwangere vrouwen (of dat wensen te worden), of borstvoeding geven;

i. technieken van vroegdetectie- en interventie te implementeren in de eerstelijnsgezondheidszorg, in het bijzonder wetenschappelijk onderbouwde methodieken en materialen die eerstelijnsprofessionals kunnen gebruiken (voorbeelden van methodieken zijn onder andere ASSIST en me-ASSIST);

j. de functie "liaison alcohol" in de ziekenhuizen uit te breiden en structureel te ondersteunen door een gespecialiseerde ondersteunende cel "alcohol" in te voeren die als taak heeft:

— klinische zorgpaden uit te bouwen in een academisch ziekenhuis;

— bewustmaking van het personeel;

— opleiding door studiedagen en interventies;

— steun bij de opname van complexere gevallen;

— coördinatie van het "alcoholnetwerk";

k. voorzien in de omkadering in de ziekenhuizen voor een geprogrammeerde ontwenningmodule in een somatische eenheid gekoppeld aan de "liaison alcohol";

politique qui décourage la vente de boissons alcoolisées durant la nuit dans les magasins de nuit et dans les stations-services;

f. soutenir la poursuite du développement de la politique de prévention en matière d'alcool dans le cadre de la politique générale de santé dans les écoles, dans les familles, durant les loisirs, dans les entreprises et au niveau local;

g. soutenir le développement du label "Quality Nights" (informations sur les dangers de la consommation excessive d'alcool, eau gratuite, alcootests, etc.)

h. élaborer une campagne visant à:

— mieux sensibiliser les professionnels aux risques liés à la consommation d'alcool et de drogue au cours de la grossesse;

— mieux identifier et accompagner les risques et/ou les comportements à risque;

— formuler des recommandations que les professionnels de la santé pourraient transmettre aux femmes enceintes (ou qui souhaitent l'être), ou aux femmes qui allaitent;

i. mettre en œuvre des techniques de détection et d'intervention précoces dans les soins de santé de première ligne, en particulier des méthodes et du matériel scientifiquement fondés que les professionnels de première ligne pourront utiliser (ASSIST et me-ASSIST, entre autres, sont des exemples de méthodes);

j. élargir la fonction "liaison-alcool" dans les hôpitaux et la soutenir de manière structurelle en mettant en place une cellule d'appui spécialisée "alcool", qui sera chargée:

— d'élaborer des trajets de soins cliniques dans un hôpital universitaire;

— de sensibiliser le personnel;

— d'organiser des formations lors de journées d'étude et d'interventions;

— d'apporter un soutien lors de la prise en charge de cas plus complexes;

— de coordonner le "réseau alcool";

k. prévoir l'encadrement dans les hôpitaux pour un module de sevrage programmé dans une unité somatique liée à la "liaison-alcool";

l. *evidence based*-richtlijnen over het schadelijk gebruik van alcohol beschikbaar te stellen aan de huisarts, door middel van onder andere EBM Practicenet, evenals het uittesten van implementatietools voor deze richtlijnen;

m. maatregelen te nemen om de eigenheid van de gespecialiseerde crisiseenheden “verslavingen” te behouden en een partnerschap uit te bouwen met de regionale netwerken voor geestelijke gezondheidszorg;

n. wetenschappelijk onderbouwde en drempelverlagende onlinetoepassingen op te zetten en te ondersteunen om de toegang naar de klassieke hulpverlening te verbeteren (inlichtingen, zelftests, zelfbehandeling, chat, doorverwijzing naar klassieke opname, opvang via online therapeut cfr. DrugLijn);

o. een opleidingsaanbod op te zetten voor professionals die kunnen worden geconfronteerd met kinderen of familieleden van mensen met een alcoholprobleem;

p. het aantal alcoholcontroles op de weg te verhogen op basis van de aanbeveling van de Staten-Generaal voor de Verkeersveiligheid inzake het rijden onder invloed van alcohol, die luidt dat 1 op 3 bestuurders daarop jaarlijks moet worden gecontroleerd;

q. cao 100 te ondersteunen en te versterken, onder meer op het vlak van een preventief alcohol- en drugsbeleid (veralgemening fase 2) op werkplaatsen en op het vlak van risicovolle functies;

r. een preventief alcohol- en drugsbeleid bij de overheidsdiensten te versterken en dit nader te bepalen in een uitvoeringsbesluit van de welzijnswet, op te stellen naar analogie met de cao 100;

s. het opleidingsaanbod voor professionals in de verslavingszorg verder te zetten met een gediversifieerd vormingsaanbod. Vanuit de departementen die met hulpverlening bezig zijn (zowel federaal als in de gemeenschappen) moet een nieuw initiatief worden genomen om de kwaliteit van de opleidingen te garanderen;

t. maatregelen te nemen voor meer capaciteit en een betere regionale spreiding van de ambulante categoriale hulpverlening;

u. een zorgtraject uit te werken voor alcoholverslaving dat de eerstelijnszorg en de categoriale zorg structureel op elkaar doet aansluiten, waardoor herval doelmatiger kan worden vermeden, dit houdt onder meer in:

l. mettre des directives factuelles (*evidence based*) concernant la consommation nocive d'alcool à la disposition du médecin généraliste, par le biais de l'EBM Practicenet notamment, ainsi que tester les outils de mise en œuvre de ces directives;

m. prendre des mesures afin de maintenir la spécificité des unités de crise spécialisées “addictions” et développer un partenariat avec les réseaux régionaux pour les soins de santé mentale;

n. mettre en place et soutenir des applications en ligne scientifiquement fondées afin d'améliorer l'accès à l'aide classique (renseignements, auto-évaluations, auto-traitement, *chat*, orientation vers la prise en charge classique, accueil via un thérapeute en ligne cf. *DrugLijn*);

o. organiser des formations à l'intention des professionnels pouvant entrer en contact avec des enfants ou des membres de la famille de personnes aux prises avec un problème d'alcoolisme;

p. augmenter le nombre de contrôles d'alcoolémie sur les routes, en se fondant sur la recommandation formulée par les États généraux de la sécurité routière en matière de conduite sous l'influence de l'alcool, selon laquelle un conducteur sur trois devait être contrôlé chaque année sur ce plan;

q. soutenir et renforcer la cct n° 100, notamment en ce qui concerne la politique préventive en matière d'alcool et de drogues (généralisation de la phase 2) sur les lieux de travail et en ce qui concerne les fonctions à risque;

r. renforcer une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans les services publics et d'en fixer les modalités dans un arrêté d'exécution de la loi sur le bien-être, à établir par analogie avec la cct n° 100;

s. développer les formations à l'intention des professionnels de l'aide aux toxicomanes en diversifiant l'offre. Les départements compétents en matière d'aide (tant au niveau fédéral que dans les Communautés) doivent prendre une nouvelle initiative destinée à garantir la qualité des formations;

t. prendre des mesures afin d'augmenter la capacité et d'améliorer la répartition régionale de l'aide catégorielle ambulatoire;

u. développer un trajet de soins pour la dépendance à l'alcool qui assure une meilleure coordination structurelle entre les soins de première ligne et l'aide catégorielle, ce qui permet d'éviter plus efficacement la rechute, impliquant notamment:

— opvolging van patiënten met een chronisch recidiverend alcoholprobleem;

— implementatie van richtlijnen over de vervolghandeling van patiënten na een ontwenningsskuur.

2 juni 2015

Karin JIROFLEE (sp.a)
Anne DEDRY (Ecolo-Groen)
Muriel GERKENS (Ecolo-Groen)
Karin TEMMERMAN (sp.a)

— le suivi des patients présentant un problème d'alcoolisme récidivant chronique;

— la mise en œuvre de directives relatives au traitement de suivi des patients à l'issue d'une cure de désintoxication.

2 juin 2015