

Considérant que le présent arrêté ne fait pas l'objet d'une délibération au Conseil des ministres et qu'il relève donc de la catégorie de dispense prévue par l'article 2, 9°, de l'arrêté royal du 20 septembre 2012 portant exécution de l'article 19/1, § 1^{er}, deuxième alinéa, du chapitre V/1 de la loi du 5 mai 1997 relative à la coordination de la politique fédérale de développement durable;

Sur la proposition de la Ministre de l'Emploi,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Dans l'article 46, § 3, de l'arrêté royal du 30 mars 1967 déterminant les modalités générales d'exécution des lois relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés, inséré par la loi-programme (I) du 27 décembre 2006 et modifié par les arrêtés royaux du 30 décembre 2009 et du 4 mars 2012, l'alinéa 1^{er} est remplacé par les alinéas suivants :

« Lorsqu'un employé occupé chez un même employeur diminue le nombre moyen d'heures hebdomadaires prestées, cet employeur procède, avec le paiement de la rémunération afférente au mois de décembre de l'année de vacances, à la liquidation du pécule de vacances comme indiqué aux alinéas suivants.

L'employeur paie à l'employé le simple pécule de vacances correspondant aux jours de vacances non pris. Ce simple pécule de vacances est égal à 7,67 pc. des rémunérations brutes gagnées chez cet employeur durant l'exercice de vacances, éventuellement augmentées d'une rémunération fictive pour les jours d'interruption de travail assimilés à des journées de prestations effectives de travail, diminuées du simple pécule de vacances que l'employé a déjà reçu et qui a été calculé sur base du régime de travail de l'employé au moment où il a pris ses vacances.

L'employeur paie également avec le paiement de la rémunération du mois de décembre de l'année de vacances le double pécule de vacances. Ce double pécule de vacances est égal à 7,67 pc. des rémunérations brutes gagnées chez cet employeur durant l'exercice de vacances, éventuellement augmenté d'une rémunération fictive pour les jours d'interruption de travail assimilés à des jours de prestations effectives, diminuées du double pécule de vacances que l'employé a déjà reçu et qui a été calculé sur base du régime de travail de l'employé au moment où il a pris ses vacances ».

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

Art. 3. Le ministre qui a l'Emploi dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 7 novembre 2013.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre de l'Emploi,
Mme M. DE CONINCK.

Overwegende dat dit besluit niet het voorwerp moet uitmaken van overleg in de Ministerraad en dat het bijgevolg onder de vrijstellingscategorie valt van artikel 2, 9°, van het koninklijk besluit van 20 september 2012 houdende uitvoering van artikel 19/1, § 1, tweede lid van hoofdstuk V/1 van de wet van 5 mei 1997 betreffende de coördinatie van het federale beleid inzake duurzame ontwikkeling;

Op de voordracht van de Minister van Werk,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 46, § 3, van het koninklijk besluit van 30 maart 1967 tot bepaling van de algemene uitvoeringsmodaliteiten van de wetten betreffende de jaarlijkse vakantie van de werknemers, ingevoegd bij de programmawet (I) van 27 december 2006 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 december 2009 en 4 maart 2012, wordt het eerste lid vervangen door de volgende leden :

“Wanneer een bediende, die tewerkgesteld is bij een zelfde werkgever, zijn gemiddeld aantal te presteren uren per week verlaagt, behandelt deze werkgever, met de uitbetaling van de maand december van het vakantiejaar, de betaling van het vakantiegeld zoals vermeld in de volgende leden.

De werkgever betaalt de bediende het enkel vakantiegeld met betrekking tot de niet opgenomen vakantiedagen. Dit enkel vakantiegeld is gelijk aan 7,67 pct. van de bij deze werkgever gedurende het vakantiedienstjaar verdiende brutowedden, eventueel verhoogd met een fictieve wedde voor met dagen normale werkelijke arbeid gelijkgestelde dagen van arbeidsonderbreking, verminderd met het enkel vakantiegeld dat de bediende reeds ontvangen heeft en dat berekend werd op basis van het arbeidsregime waarin de bediende is tewerkgesteld op het ogenblik dat hij zijn vakantie opneemt.

De werkgever betaalt eveneens met de uitbetaling van de maand december van het vakantiejaar, het dubbel vakantiegeld. Dit dubbel vakantiegeld is gelijk aan 7,67 pct. van de bij deze werkgever gedurende het vakantiedienstjaar verdiende brutowedden, eventueel verhoogd met een fictieve wedde voor met dagen normale werkelijke arbeid gelijkgestelde dagen, verminderd met het dubbel vakantiegeld dat de bediende reeds ontvangen heeft en dat berekend werd op basis van het arbeidsregime waarin de bediende is tewerkgesteld op het ogenblik dat hij zijn vakantie opneemt.”.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2014.

Art. 3. De minister bevoegd voor Werk is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 7 november 2013.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Werk,
Mevr. M. DE CONINCK.

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

[C – 2013/24360]

Protocole d'accord 'Plan VIH 2014-2019'

Vu les compétences respectives dont l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, ci-après dénommées 'les Communautés' disposent en matière de politique de santé, en particulier, en ce qui concerne les activités et services de médecine préventive, conformément à l'article 5, § 1^{er}, I, 1°, c) et 2°, de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980;

Considérant que le VIH reste un thème majeur de santé publique en Belgique, qu'au moins 20 000 personnes vivent avec le VIH et qu'entre 1 000 et 1 200 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, que la Belgique compte parmi les Etats européens où le nombre de personnes contaminées au VIH est le plus élevé (10,7 cas pour 100 000 habitants en Belgique, contre 5,7 cas en moyenne en Europe);

Considérant qu'une politique sanitaire intégrée en matière de SIDA/HIV requiert une stratégie coordonnée, dans le respect des compétences de chacun, entre les différents acteurs impliqués dans la lutte contre le SIDA/VIH, que, de cette manière, on pourra satisfaire aux recommandations de l'Europe, des Nations Unies et du Benelux, ainsi qu'aux objectifs stratégiques et opérationnels pour gérer efficacement cette pandémie à l'échelle nationale et internationale;

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

[C – 2013/24360]

Protocolakkoord 'HIV-plan 2014-2019'

Gelet op de specifieke bevoegdheden waarover de Federale overheid en de Overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet, hierna 'de Gemeenschappen' genoemd, beschikken op het gebied van het gezondheidsbeleid in het bijzonder voor wat activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve geneeskunde betreft, overeenkomstig artikel 5, § 1, I, 1°, c) en 2° van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen;

Overwegende dat HIV een belangrijk thema blijft voor de Volksgezondheid in België, dat minstens 20 000 personen leven met HIV en tussen 1 000 en 1 200 nieuwe gevallen gediagnosticeerd worden elk jaar, dat België onder de Europese Staten is met het hoogste aantal met HIV-besmette personen (10,7 gevallen per 100 000 inwoners in vergelijking met een gemiddelde van 5,7 in Europa);

Overwegende dat een geïntegreerd gezondheidsbeleid op het gebied van AIDS/HIV een gecoördineerde strategie vereist, met respect voor de bevoegdheden van eenieder, tussen de verschillende betrokken actoren in de strijd tegen AIDS/HIV, en, dat men zo zal kunnen voldoen aan de richtlijnen van de EU, de Verenigde Naties en de Benelux, alsook aan de strategische en operationele doelstellingen voor het doeltreffende beheer van deze nationale en internationale pandemie;

Le 18 juin 2012, la Conférence interministérielle Santé publique a décidé d'adopter un Plan VIH.

*

Elaboré dans le respect des recommandations internationales, le Plan est le résultat d'un processus d'élaboration qui a impliqué de façon déterminante l'ensemble des acteurs concernés.

*

Le Plan a été élaboré en 4 phases successives en 2012/2013.

Phase 1 : phase d'étude, de collecte des données, d'expérimentation

Au cours de cette phase, de nombreuses études et projets ont été menés en vue d'affiner notre connaissance de l'épidémie et de déterminer les approches les plus pertinentes pour lutter contre le VIH.

Phase 2 : phase de consultation et de conceptualisation

(avril 2012-septembre 2012)

Au cours de cette phase, de nombreuses rencontres, visites de terrain, consultations auprès des acteurs de terrain et des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (PVVIH) ont été organisées, les études et la littérature scientifiques ont été étudiées, afin d'identifier les principaux enjeux et les principales problématiques auxquelles le Plan devait répondre. Cette phase s'est clôturée par un symposium, à l'occasion duquel l'ensemble des acteurs médicaux et associatifs impliqués dans cette lutte, en ce compris des PVVIH, ont pu émettre des recommandations, à l'issue d'ateliers organisés à cet effet.

Phase 3 : phase de lancement et de développement

(septembre 2012-novembre 2012)

Les principaux organes chargés de l'élaboration du Plan ont été mis sur pied. Ces organes garantissent l'efficacité du processus et une implication forte de tous les acteurs : acteurs médicaux et associatifs, PVVIH, etc. Les outils et ressources de support à une élaboration efficace et transparente du Plan ont été mis à disposition. La méthodologie d'élaboration, les objectifs, piliers stratégiques, la structure du Plan, etc. ont été définis à l'occasion de 3 réunions du comité directeur.

Phase 4 : phase d'élaboration (novembre 2012-mai 2013)

Durant la phase d'élaboration, les groupes de travail ont défini les actions stratégiques du Plan. Ces groupes de travail ont réuni tous les acteurs concernés par la lutte contre le VIH (monde associatif et médical, PVVIH, acteurs représentant les groupes-cibles, acteurs de santé publique, de la Justice, de la lutte contre les discriminations, de l'éducation, etc.).

*

L'élaboration du Plan VIH a misé sur une implication forte des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Des PVVIH ont été impliquées dans l'ensemble des organes d'élaboration du Plan : comité directeur, comité des coordinateurs, groupes de travail. Des ateliers de PVVIH ont en outre été mis sur pied, au départ des groupes de patients existants au sein d'associations ou d'hôpitaux. L'ensemble des travaux des groupes ont été soumis à ces ateliers.

*

Le comité d'experts de l'ONUSIDA a également été impliqué dans l'élaboration du Plan, tant dans la définition du processus d'élaboration que dans la validation des actions et objectifs du Plan.

*

Le Plan poursuit les finalités suivantes :

- diminuer les nouveaux cas de contamination au VIH tout en favorisant les conditions d'une sexualité épanouie et responsable;
- favoriser l'accès à des services et programmes de prévention, de dépistage, de soins et d'accompagnement de qualité, spécialisés en matière de VIH, dans le cadre d'un accès universel à la santé en général;
- diminuer toutes formes de stigmatisation et de discrimination, en particulier celles fondées sur le statut sérologique ou l'état de santé.

Op 18 juni 2012 besliste de Interministeriële Conferentie om een HIV-plan goed te keuren.

*

Opgesteld met respect voor de internationale aanbevelingen, is het Plan het resultaat van een proces dat op beslissende wijze alle betrokken actoren omvatte.

*

Het Plan werd in 2012-2013 in vier opeenvolgende fasen uitgewerkt.

Fase 1 : studie, gegevensinzameling en experimenten

Tijdens deze fase werden talrijke studies en projecten uitgevoerd om onze kennis van de epidemie te verfijnen en te bepalen welke aanpak het meest relevant is in de strijd tegen HIV.

Fase 2 : raadpleging en conceptualisering

(april 2012 - september 2012)

Tijdens deze fase werden tal van ontmoetingen, bezoeken op het terrein, raadplegingen van de actoren op het terrein en mensen met het humane immunodeficiëntievirus (MMH) georganiseerd en werden wetenschappelijke studies en literatuur bestudeerd om de belangrijkste uitdagingen en problemen voor het Plan te bepalen. De fase werd afgesloten met een symposium, waarop alle medische actoren en verenigingen die bij deze strijd betrokken zijn, met inbegrip van MMH, aanbevelingen konden doen, na afloop van daartoe georganiseerde workshops.

Fase 3 : lancering en ontwikkeling

september 2012 – november 2012)

De belangrijkste organen die instonden voor de uitwerking van het Plan werden opgericht. Deze organen stonden garant voor de doeltreffendheid van het proces en voor een sterke betrokkenheid van alle actoren : medische actoren en verenigingen, PVVIH enz. Ondersteunende instrumenten en hulpmiddelen werden ter beschikking gesteld om het Plan efficiënt en transparant uit te werken. De uitwerkingsmethodologie, doelstellingen, strategische pijlers, structuur van het Plan, enz. werden tijdens drie vergaderingen van het stuurcomité vastgelegd.

Fase 4 : uitwerkingsfase (november 2012 – mei 2013)

Tijdens de uitwerkingsfase hebben de werkgroepen de strategische acties van het Plan vastgelegd. De werkgroepen verzamelden alle betrokken actoren in de strijd tegen hiv/aids (verenigingen, medische wereld, MMH, vertegenwoordigers van de doelgroepen, actoren van volksgezondheid, justitie, de strijd tegen discriminatie, onderwijs enz.).

*

De ontwikkeling van het hiv-plan was gestoeld op een sterke betrokkenheid van personen met HIV. Zij werden in alle organen betrokken die met de uitwerking van het Plan belast waren. Er werden eveneens workshops met mensen met HIV gehouden, op basis van bestaande patiëntengroepen in verenigingen of ziekenhuizen. Alle resultaten van de werkgroepen werden aan deze workshops voorgelegd.

*

Het expertencomité van UNAIDS werd eveneens bij de uitwerking van het plan betrokken, zowel in het bepalen van de uitwerkingsprocedure als in de validatie van de doelstellingen en acties van het Plan.

*

Het Plan streeft het volgende einddoel na :

- De nieuwe gevallen van besmetting met HIV verminderen waarbij de omstandigheden voor een verantwoordelijke en bevredigende seksualiteit worden bevorderd;
- De toegang bevorderen tot diensten en programma's die instaan voor preventie, screening, zorg en een kwaliteitsvolle begeleiding, die gespecialiseerd zijn in HIV binnen een kader van de universele toegang tot gezondheid in het algemeen;
- Alle vormen van stigmatisering en discriminatie verminderen, in het bijzonder als ze gebaseerd zijn op het serologische statuut of de gezondheidstoestand.

Le Plan se fixe les objectifs suivants :

- Réduire les risques de transmission du VIH et des autres IST, dans la population générale et parmi les publics les plus exposés en particulier, en combinant les stratégies et outils de prévention disponibles,
- Augmenter la proportion de personnes infectées par le VIH qui connaissent précocement leur statut sérologique,
- Augmenter la proportion de personnes infectées par le VIH qui sont sous traitement et qui ont une charge virale indétectable,
- Améliorer la qualité de vie et les conditions de vie des PVVIH, notamment en améliorant la qualité et l'accessibilité des soins et l'accompagnement médical et psychosocial,
- Réduire la stigmatisation et les discriminations fondées sur le statut sérologique et l'état de santé, mais aussi sur le sexe, l'orientation et l'identité sexuelles et l'origine, ainsi que celles liées à la consommation de drogues, au travail sexuel, etc.

*

Le Plan est articulé sur 4 axes stratégiques :

Prévention

Ce pilier a pour objectif de réduire, notamment par l'information, l'éducation et la sensibilisation, la transmission du VIH. La prévention y est envisagée dans le cadre plus large de la santé sexuelle. La santé sexuelle est une situation de bien-être physique, émotionnel, mental et social. Elle ne suppose pas uniquement de ne pas souffrir de maladies, de dysfonctionnements ou de maux. Elle suppose une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des relations sexuelles sûres et agréables, sans contrainte, discrimination ou violence. Les droits sexuels de chacun doivent être respectés, protégés et assurés.

Dépistage et accès à la prise en charge

Ce pilier a pour objectif de dépister le plus tôt possible les personnes infectées par le VIH et de garantir un accès immédiat à la prise en charge et à l'accompagnement nécessaires. Un diagnostic précoce est extrêmement important, le dépistage tardif pouvant limiter l'efficacité des traitements et les choix thérapeutiques, augmenter la morbidité et la mortalité, retarder la reconstitution immunitaire, accroître le risque de transmission, etc.

Prise en charge des PVVIH

Ce pilier a pour objectif de garantir à la PVVIH la meilleure prise en charge médicale, le meilleur traitement, le meilleur accompagnement face à toutes les difficultés qu'il peut rencontrer.

Qualité de vie des PVVIH

Ce pilier a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des PVVIH.

*

Le Plan contient 58 actions.

*

Les Ministres approuvent le Plan. Ils s'engagent à diffuser le Plan au sein de leurs gouvernements.

Ils s'engagent à définir des priorités et à les mettre en œuvre, dans les limites des moyens budgétaires disponibles.

Ils s'engagent à ce que, sur base des priorités identifiées, leurs administrations respectives présentent un plan de mise en œuvre précis pour les actions qui relèvent de leur responsabilité, lequel précisera les objectifs et budgets prévus.

Ils s'engagent à poursuivre la concertation avec les Ministres concernés par le Plan pour s'accorder sur la répartition des responsabilités respectives.

Les Ministres invitent le groupe de travail à poursuivre la collaboration avec l'ensemble des Ministres concernés par le Plan pour l'implémenter.

Het Plan stelt de volgende streefdoelen voorop :

- de risico's op de overdracht van HIV en andere seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) verminderen, door het gecombineerde gebruik van de beschikbare tools en strategieën inzake preventie, in het bijzonder bij de meest blootgestelde personen;
- het aandeel verhogen van met HIV besmette personen die vroegtijdig op de hoogte zijn van hun serologische status;
- het aandeel verhogen van met HIV besmette personen die behandeld worden en die een niet op te sporen virale lading hebben;
- de levenskwaliteit van personen met HIV verbeteren, in het bijzonder door de kwaliteit van de zorg en de psychosociale en medische begeleiding te verbeteren;
- alle vormen van stigmatisering en discriminatie verminderen die gebaseerd zijn op het serologische statuut en de gezondheidstoestand maar ook zij die gebaseerd zijn op het geslacht, de afkomst, de seksuele geaardheid en identiteit en zij die gebaseerd zijn op het gebruik van drugs, sekswerk, etc.

*

Het Plan is gebaseerd op vier strategische pijlers :

Preventie

Het doel van deze pijler is de overdracht van HIV te doen afnemen, meer bepaald door informatie, opvoeding en sensibilisering. Preventie wordt hier gezien in een breder kader van de promotie van seksuele gezondheid. Seksuele gezondheid is een onderdeel van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn. Zij veronderstelt niet enkel het niet lijden aan ziektes, beperkingen of kwalen. Zij veronderstelt een positieve en respectvolle aanpak van de seksualiteit en seksuele relaties, alsook de mogelijkheid om veilige en aangename seksuele relaties te hebben, zonder beperking, discriminatie of geweld. De seksuele rechten van eenieder dienen gerespecteerd, beschermd en verzekerd te zijn.

Screening en behandeling

Deze pijler heeft als doel de personen die met hiv besmet zijn zo snel mogelijk op te sporen en te verzekeren dat zij onmiddellijk toegang hebben tot de nodige zorg en begeleiding. Het is enorm belangrijk om de besmetting in een vroegtijdig stadium vast te stellen. Een laattijdige detectie kan namelijk de doeltreffendheid van de behandeling fruisen en de mogelijke therapieën aanzienlijk beperken, de morbiditeit en mortaliteit verhogen, het herstel van het immuunsysteem vertragen, het risico op overbrenging verhogen enz.

Behandeling van personen met HIV

Deze pijler heeft als doel aan de personen met HIV de beste zorg, de beste behandeling en de beste begeleiding te verzekeren ten overstaan van de moeilijkheden die zij kunnen ontmoeten.

Levenskwaliteit van mensen met HIV

Deze pijler stelt zich tot doel de levenskwaliteit van de mensen met HIV te verbeteren.

*

Het Plan bevat 58 acties.

*

De ministers keuren het Plan goed. Ze engageren zich om het Plan in hun regering te verspreiden.

Ze engageren zich om de prioriteiten vast te leggen en ze, binnen de limieten van de hiervoor beschikbare financiële middelen, uit te voeren.

Zij engageren zich opdat, op basis van de in kaart gebrachte prioriteiten, hun respectievelijke administraties een specifiek uitvoeringsplan zouden voorstellen voor de acties die onder hun bevoegdheden vallen, waarin de voorziene doelstellingen en budgetten nader zullen worden toegelicht.

Zij engageren zich om het overleg met de ministers die betrokken zijn bij het Plan voort te zetten teneinde het eens te worden over de verdeling van de respectievelijke verantwoordelijkheden.

De ministers verzoeken de werkgroep om de samenwerking met alle ministers die betrokken zijn bij het Plan voort te zetten teneinde dit plan te implementeren.

Le 'Plan VIH 2014-2019' est joint au présent protocole.
Ainsi conclu à Bruxelles le 30 septembre 2013.

Pour l'Autorité fédérale :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme L. ONKELINX

Pour le gouvernement flamand :

Le Ministre du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,
J. VANDEURZEN

Pour le gouvernement régional wallon :

Le Ministre de la Santé, de l'Action sociale
et de l'Egalité des chances,
E. TILLIEUX

Pour le gouvernement de la Communauté française :

La Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel,
de la Santé et de l'Egalité des chances,
Mme F. LAANAN

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft:

Minister für Familie, Gesundheit und Soziales
H. MOLLERS

Pour le Collège réuni de la Commission communautaire
commune de la Région de Bruxelles-Capitale :

Le Membre du Collège réuni, compétent pour la politique de santé,

Mme C. FREMAULT

Pour le Collège réuni de la Commission communautaire
commune de la Région de Bruxelles-Capitale :

Le Membre du Collège réuni,
compétent pour la politique de santé,
G. VANHENGEL

Pour le Collège réuni de la Commission communautaire française,

La Membre du Collège en charge de la Santé,
mme C. FREMAULT

Het 'HIV-plan 2014 -2019' is bijgevoegd aan dit protocol.
Aldus gesloten te Brussel op 30 september 2013.

Voor de Federale Overheid :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX

Voor de Vlaamse Regering :

De Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
J. VANDEURZEN

Voor de Waalse Gewestregering :

De Minister van Gezondheid,
Sociale actie en Gelijikheid van kansen,
E. TILLIEUX

Voor de Franse Gemeenschapsregering :

De Minister van Cultuur, Media,
Gezondheid en Gelijikheid van kansen,
Mevr. F. LAANAN

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft :

Minister für Familie, Gesundheit und Soziales
H. MOLLERS

Voor het Verenigd College van de Gemeenschappelijke
Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Het Lid van het Verenigd College,
bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,
Mevr. C. FREMAULT

Voor het Verenigd College van de Gemeenschappelijke
Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Het Lid van het Verenigd College,
bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,
G. VANHENGEL

Voor het College van de Franse Gemeenschapscommissie,
Het Lid van het College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,
Mevr. C. FREMAULT

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

[C - 2013/24361]

**Protocole d'accord des ministres qui ont la Santé publique dans leurs
compétences concernant l'enregistrement des demandes de traite-
ment en matière de drogues et d'alcool via l'opérationnalisation du
Treatment Demand Indicator européen**

I. Introduction

Vu les compétences respectives dont disposent l'Etat Fédéral et les
autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution sur le plan
de la politique de santé;

Vu les obligations de la Belgique concernant le problème des drogues,
dans le cadre du traité de Maastricht (EEC rule n° 302/93 of the Council
du 8 Février 1993);

Vu que l'enregistrement du Treatment Demand Indicator (TDI) et la
communication de cet indicateur à l'Observatoire européen des Dro-
gues et des Toxicomanies (EMCDDA) font partie de ces obligations;

Vu que le Conseil européen, par la Stratégie européenne de drogues
2005-2012 et 2013-2020, le Plan d'action drogue 2005-2008
(2005/C168/01), le Plan d'action drogue 2009-2012 (2008/C 326/09), et
le Plan d'action drogue 2013-2016, a demandé aux états membres
d'améliorer les instruments d'évaluation du phénomène de la drogue et
l'effet des mesures, y compris le Treatment Demand Indicator;

Considérant qu'actuellement, le protocole belge TDI ne correspond
plus aux nouvelles directives du protocole européen TDI (version 3.0)
et qu'il faut s'assurer que les méthodes d'enregistrement soient
comparables;

Considérant que l'enregistrement des demandes de traitement a
également toute son utilité aux niveaux national, communautaire et
régional puisqu'il vise à mieux appréhender le phénomène des drogues
et permettre à chaque niveau de pouvoir de développer des politiques
adaptées;

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

[C - 2013/24361]

**Protocolakkoord van de ministers, die de volksgezondheid onder
hun bevoegdheden hebben, betreffende de registratie van de
behandelingsaanvragen betreffende drugs en alcohol door middel
van de Europese Treatment Demand Indicator**

I. Inleiding

Gelet op de respectievelijke bevoegdheden waarover de Federale
Staat en de in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet bedoelde
overheden, op het vlak van het gezondheidsbeleid beschikken;

Gelet op de Belgische verplichtingen aangaande de drugproblema-
tiek, in het kader van het Verdrag van Maastricht (EEG verordening
nr. 302/93 van de Raad van 8 Februari 1993);

Gelet op het feit dat de registratie van de Treatment Demand
Indicator (TDI) en het doorgeven van deze indicator aan het Europees
Warnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EMCDDA) deel
uittmaken van deze verplichtingen;

Gelet op het feit dat de Europese Raad, middels de Europese
Drugsstrategie 2005-2012 en 2013-2020, het Actie Plan Drugs 2005-2008
(2005/C168/01), het Actie Plan Drugs 2009-2012 (2008/C 326/09) en
het Actie Plan Drugs 2013-2016, de Lidstaten vraagt om de instrumen-
ten om de drugsituatie en het effect van maatregelen te volgen,
waaronder de Treatment Demand Indicator, te verbeteren;

Overwegende dat het huidige Belgische TDI-Protocol niet meer
overeenstemt met de nieuwe richtlijnen van het Europese TDI-protocol
(versie 3.0) en dat men moet kunnen verzekeren dat de methoden van
registreren vergelijkbaar zijn;

Overwegende dat de registratie van behandelingsaanvragen ook een
nut heeft op het nationaal, gemeenschap- en gewest niveau, vermits het
toelaat om het fenomeen drugs beter te begrijpen en elk niveau in staat
stelt een passend beleid te ontwikkelen;