Cellule Générale de Politique Drogues
coordination permanente

CELLULE GÉNÉRALE DE POLITIQUE DROGUES

Réalisations 2014-2019

et

recommandations pour la prochaine législature

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS **6**

INTRODUCTION **7**

CHAPITRE 1 : Organes politiques : missions et composition **8**

1.1 Réunion thématique Drogues de la CIM Santé publique 8

1.2 Cellule Générale de Politique en matière de Drogues 9

1.2.1 Composition de la CGPD 9

1.2.2 Fonctionnement de la CGPD 11

1.3 Priorités 2014-2019 11

CHAPITRE 2 : Image de la situation **15**

CHAPITRE 3 : Résultats de la Cellule générale de Politique Drogues **18**

3.1. Note Cadre de Sécurité Intégrale 18

3.1.1. Objectif et actions 18

3.1.2. Réalisation(s) 19

3.2. Alcool 20

3.2.1. Objectif et actions 20

3.2.2. Réalisation(s) 21

3.2.3. Futur 21

3.3. Nouvelles substances psychoactives 22

3.3.1. Objectif et actions 22

3.3.2. Réalisation(s) 22

3.4. Cannabis 23

3.4.1. Objectif et actions 23

3.4.2. Réalisation(s) 24

3.4.3. Futur 24

3.5. Jeux de hasard et d'argent 24

3.5.1. Objectif et actions 24

3.5.2. Réalisation(s) 25

3.5.3. Futur 28

3.6. GHB et GBL 28

3.6.1. Objectif et actions 28

3.6.2. Réalisation(s) 29

3.7. Salle de consommation à moindre risque 29

3.7.2. Objectif et actions 29

3.7.3. Réalisation(s) 30

3.7.3. Futur 31

3.8. Dopage 31

3.8.1. Objectif et actions 31

3.8.2. Réalisation(s) 32

3.9. Protocole d'accord monitoring des dépenses publiques 32

3.9.1. Objectif et actions 32

3.9.2. Réalisation(s) 34

3.10. Actualisation de la Déclaration conjointe CIM Drogues du 25.01.2010 35

3.10.1. Objectif et actions 35

3.10.2. Réalisations 36

3.11. Implication de la société civile 36

3.12. Réalisations de la CPSD 37

3.12.1. Les traitements au moyen de produits de substitution 38

3.12.2. Belgian Psychotropics Expert Platform ("BelPEP") 38

3.12.3. TDI 41

3.12.4. Projet pilote « modèle de soins en matière de drogues en prison » 44

3.12.5. Points centraux d'orientation 46

3.12.6. Naloxone 47

3.12.7. Réforme soins de santé mentale 48

3.12.8. Tabac 49

3.13. Cellule 'contrôle' 52

3.14. Cellule 'Recherche et information scientifique' 52

3.15. Dossiers internationaux 55

3.15.1. Conseil de l'Union européenne : UE-stratégies drogues et plan d'actions 56

3.15.2. Conseil de l'Union européenne : Conclusions du Conseil sur les standards minimaux de qualité 58

3.15.3. Nations Unies: United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on the world drug problem 2016 58

3.15.4. OEDT 59

CHAPITRE 4 : Quinze thèmes de discussion pour la prochaine législature 62

4.1. Consommation nocive d'alcool 62

4.2. Unités de crise dans les hôpitaux généraux et psychiatriques pour personnes en situation de cris psychique et/ou avec une problématique de consommation 64

4.3. Unités intégrées dans les hôpitaux psychiatriques pour personnes présentant un double diagnostic (consommation de substances et santé mentale) 66

4.4. Salles de consommation à moindre risque 67

4.5. Psychotropes 68

4.6. Tabac 69

4.7. Testing des drogues illicites 69

4.8. Traitements de substitution 70

4.9. Jeux de hasard et d'argent 70

4.10. Usage médical du cannabis 71

4.11. Usage récréatif du cannabis 71

4.12. Prévention 72

4.13. Collecte et analyse des données 72

4.14. Recherche scientifique 73

4.15. Collaboration avec la société civile 73

CONCLUSION GENERALE 75

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFMPS : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé

BelPEP : Belgian Psychotropics Expert Platform

BMCDDA : Belgian Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction

BEWSD : Belgian Early Warning System On Drugs

CGPD : Cellule Générale de Politique Drogues

COCOF : Commission communautaire française

COCOM : Commission communautaire commune

CPSD : Cellule Politique de Santé Drogues

CIM : Conférence interministérielle

EMCDDA : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

OEDT : Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies

UE : Union européenne

INCC : Institut national de criminalistique et de criminologie

NPF : National Focal Point

NPS : Nouvelle substance psychoactive

RTD : Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique

UNGASS: United Nations General Assembly Special Session

INTRODUCTION

L'utilisation, la production et le marché des substances psychoactives (drogues illicites, alcool, tabac, médications psychoactives) mais aussi les dépendances comportementales (comme les jeux de hasard et d'argent) demandent une **approche politique globale et intégrée**. Ceci signifie que l'ensemble des gouvernements compétents doivent s'aligner le plus possible afin de pouvoir mener une **politique équilibrée, fondée scientifiquement et efficiente**. Ces principes sont déterminés dans l'Accord de Coopération pour une politique drogues globale et intégrée (2002, plus loin : l'accord de coopération). Cet accord de coopération fonde la Cellule Générale de Politique Drogues et la Réunion thématique Drogues de la Conférence interministérielle Santé publique. La CGPD a été officiellement lancée en 2008, a tenu divers débats et pris des décisions politiques.

Une des missions de la CGPD est de réaliser un rapport de ses activités. En 2018, les membres ont souhaité rassembler l'ensemble des activités de la législature en un même rapport. L'objectif est de recenser de manière aussi exhaustive que possible les **réalisations** de la CGPD et de la Cellule Politique de Santé Drogues (CPSD) durant la période de 2014 à 2019.

Ce rapport donne également une image de **la situation** du phénomène de drogues en Belgique.

Enfin, des **recommandations** pour la prochaine législature sont formulées dans ce rapport.

Ce rapport se veut une source d'informations pour les ministres et les gouvernements, qui seront responsables à partir de 2019, de la politique globale et intégrée en matière de drogues.

CHAPITRE 1 : Organes politiques : missions et composition

Ce chapitre donne un aperçu des mandats, de la composition et des priorités de la CGPD et de la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique.

1.1 Réunion thématique Drogues de la CIM Santé publique

La Réunion Thématique Drogues se réunit autour de thèmes tels que définis dans l'Accord de coopération de 2002, à savoir

- Prévention de l'usage de drogues ;
- Offre d'assistance et de traitements destinés aux toxicomanes,
- Contrôle de la production et du commerce ou du trafic de stupéfiants et de substances psychotropes.

La CGPD est chargée des missions suivantes :

1. « Faire réaliser un inventaire détaillé, complet et à jour de tous les acteurs impliqués dans la problématique des drogues.

2. Proposer des mesures motivées en vue de faire concorder les actions menées ou envisagées par les administrations et services publics compétents et les parties signataires et d'accroître l'efficacité desdites actions.

3. Emettre des avis et des recommandations motivés sur la réalisation de l'harmonisation des politiques en matière de drogues.

4. Evaluer, en collaboration étroite avec l'Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies:

a) la qualité des données et des informations qui sont transmises à la Cellule générale par chacune des parties signataires ainsi que par les administrations et services publics.

b) la rapidité de l'échange d'informations entre ces autorités, les divers organismes compétents et la CGPD.

5. Préparer et proposer des accords ou des protocoles de coopération pour réaliser les actions intégrées.

6. Préparer les rapports pour la Conférence interministérielle et pour les instances internationales.

7. Stimuler la concertation, proposer à la Conférence interministérielle une position commune de la Belgique auprès des instances européennes et internationales compétentes en matière de drogues.

8. Formuler des recommandations et des propositions relatives au contenu et à la mise en œuvre des notes de politique en matière de drogues rédigées par les parties signataires ».

La composition nominative de la Réunion thématique Drogues de la CIM Santé publique, approuvée le 9 octobre 2015, est jointe en annexe I. Ces membres ont été désignés par leur gouvernement respectif.

Le nombre de voix par niveau de pouvoir est déterminé comme suit :

- 17 voix pour le niveau fédéral ;
- 17 voix pour l'ensemble des entités fédérées ; pour ces dernières, la répartition des voix se fait comme suit :
  - 7 voix pour le Gouvernement flamand
  - 2 voix pour le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles
  - 3 voix pour le Gouvernement de la Région wallonne
  - 1 voix pour le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale
  - 2 voix pour le Collège de la Commission communautaire française
  - 1 voix pour le Collège réuni de la Commission communautaire commune
  - 1 voix pour le Gouvernement de la Communauté germanophone.

La Réunion Thématique Drogues est toujours présidée par la ministre fédérale de la Santé publique.

1.2 Cellule Générale de Politique en matière de Drogues

La CGPD vient en appui de la Réunion Thématique Drogues. Les missions, la composition et le fonctionnement de cette Cellule sont déterminés et mis en œuvre conformément à l'Accord de coopération.

1.2.1 Composition de la CGPD

La composition de la CGPD est définie à l'article 9 de l'Accord de coopération. Il s'agit de 17 membres pour le gouvernement fédéral et de 18 membres pour les entités fédérées, dont 7 membres présentés par le Gouvernement flamand, 2 membres présentés par le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, 3 membres présentés par le Gouvernement de la Région wallonne, 1 membre présenté par le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale, 2

membres présentés par le Collège de la Commission communautaire française, 2 membres présentés par le Collège réuni de la Commission communautaire commune qui ont ensemble une voix, et 1 membre présenté par le Gouvernement de la Communauté germanophone. Tous ces représentants détiennent une voix délibérative.

Le coordinateur et le coordinateur adjoint font également partie de la CGPD, mais ont une voix consultative. La Réunion thématique Drogues a désigné le Prof. Dr Brice De Ruyver, professeur ordinaire à l'Institute for international Research on Criminal Policy à l'Université de Gand, et membre du Scientific Committee de l'Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies, comme coordinateur. Il a présidé la CGPD depuis sa mise en place en 2010 jusqu'en 2017. Le 2 juillet 2017, suite au décès inopiné du Prof. Dr De Ruyver, le Prof. Dr Etienne De Groot a été désigné par le Réunion Thématique Drogues comme nouveau coordinateur de la CGPD. Le Prof. Dr De Groot est juriste et médecin.

Depuis 1999, Prof. Dr De Groot est juge à la Cour constitutionnelle et président émérite depuis le 17 février 2018. Il est également membre du Comité consultatif de Bioéthique en qualité de magistrat néerlandophone (depuis 2000) et membre de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation Euthanasie, en qualité de médecin (depuis 2007). Il a occupé par le passé des fonctions politiques telles que celles de bourgmestre et de parlementaire flamand et fédéral.

Le Pr Dr Charles Kornreich a été désigné comme coordinateur adjoint. Il est psychiatre et chef de service au « CHU Brugmann » ; il possède une vaste expérience pratique et scientifique dans le domaine des soins en assuétudes. Il occupe la fonction pour la première fois.

Le rôle du coordinateur est le suivant :

- représente, avec le coordinateur-adjoint et leurs collaborateurs, la coordination permanente de la CGPD ;
- préside la CGPD et le coordinateur adjoint dans l'autre rôle linguistique ;
- communique chaque année un rapport sur les travaux de la Cellule générale à l'intention de la Conférence Interministérielle ;
- assure la coordination permanente (la préparation des travaux, du secrétariat et de l'exécution des missions de la Cellule générale) ;
- avec le coordinateur adjoint, il est la personne de contact vis-à-vis de la Conférence interministérielle ;
- prépare le projet de budget et établit les comptes afin de les présenter, pour approbation, à la Cellule générale et à la Conférence Interministérielle.

Conformément au protocole d'accord relatif au règlement d'ordre intérieur de la CGPD, leur mandat est valable pour une période (renouvelable) maximale de quatre ans.

La composition nominative de la CGPD est jointe en annexe II. Les représentants sont nommés par les gouvernements concernés.

1.2.2 Fonctionnement de la CGPD

La coordination de la politique belge en matière de drogues est assurée par la CGPD. Il appartient à la Réunion thématique Drogues de la CIM Santé publique de prendre la décision finale sur les dossiers que la CGPD lui soumet. Les activités de la Cellule concernent les drogues illégales, le tabac, l'alcool, le jeu et les substances psychoactives.

Le secrétariat (ou coordination permanente) est assuré par la Cellule Drogues du SPF SPSCAE.

La CGPD comprend également plusieurs cellules de travail : les cellules ‘‘Politique de santé drogues’’, ‘‘Contrôle’’ et ‘’Recherche et information scientifique’’.

Le travail au sein de la CGPD s'effectue dans un climat d'ouverture. Les documents de la CGPD dont disposent les membres de la CGPD sont confidentiels, sauf décision contraire de la CGPD. Les documents de base de la CGPD et de la Réunion thématique drogues de la CIM Santé publique sont disponibles dans leur intégralité sur http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr.

1.3 Priorités 2014-2019

L'article 5 du protocole d'accord relatif au règlement d'ordre intérieur de la CGPD stipule que la Cellule établit chaque année un plan stratégique avec un calendrier concret. Vu le nombre de thèmes à traiter, la CGPD soumet des priorités et un planning pluriannuel à la Réunion thématique Drogues de la CIM Santé publique.

Compte-tenu du contexte politique des élections en 2014, la Conférence interministérielle Drogues (dissoute en 2015 et remplacée par la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique) ne s'est pas réunie en 2014 et n’a donc pas déterminé de priorités politiques. C’est lors de la réunion du 19 octobre 2015 que la Réunion thématique Drogues a approuvé les priorités suivantes qui ont été pour certaines, poursuivies jusqu’en 2018 :

- **Note-cadre Sécurité intégrale** :
  « Les Ministres de la Justice et de l’Intérieur sont les pilotes de la politique de sécurité intégrale dans notre pays. Cette politique de sécurité est définie dans la note-cadre sur la sécurité intégrale. A la demande des deux ministres, la CGPD a fait une proposition de contribution à cette note-cadre en ce qui concerne la politique globale et intégrée en matière de drogues. Cette contribution prend forme, selon la méthodologie de la

Déclaration conjointe de la CIM Drogues de 2010, notamment grâce à la contribution de tous les membres de la CGPD. »

- **Actualisation de la déclaration conjointe de la CIM Drogues du 25 janvier 2010 :**
  « La CGPD doit élaborer une proposition d'actualisation de la Déclaration, en tenant compte de la note-cadre sur la sécurité intégrale, et la soumet à la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique. »

- **Alcool :**
  « Suite à la demande de la CIM Santé publique du 29 juin 2015 concernant le plan alcool, la CGPD est tenue d'élaborer une proposition de politique globale et intégrée en matière d'alcool et de la soumettre à la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique ».

- **Nouvelles substances psychoactives** :
  « La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique donne priorité à la rédaction et la publication de l'arrêté d'exécution de la Loi du 7 février 2014 modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes ».

- **Cannabis :**
  « La Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique doit prendre connaissance du rapport technique de mars 2015 du groupe de travail Cannabis de la CGPD, intitulé 'Politique belge en matière de cannabis : analyse et points importants. La CGPD évalue les implications politiques et les soumet à la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique. »

- **Tabac :**
  « La CGPD doit mener une discussion sur la politique tabac, avec un focus prioritaire sur la e-cigarette. La e-cigarette est un produit relativement nouveau qui soulève beaucoup de questions dans le cadre de la politique de santé à mener autour du tabac. Les réponses potentielles sur ces questions partagent les experts. Dans la deuxième partie de 2015, une actualisation de l'avis du Conseil Supérieur de la Santé sur la e-cigarette est demandée. Environ à la même période, une réglementation spécifique doit entrer également en vigueur.
  Le débat est lancé au niveau de la Cellule Politique de Santé Drogues, qui soumet ses conclusions à la Cellule Générale de Politique Drogues. »

- **Jeux d'hasard et d'argent :**
  « Afin d'éviter que le nombre de joueurs dépendants continue de croître, une politique sur la dépendance au jeu qui prévoit aussi bien des mesures en matière de prévention qu'en matière de réduction du marketing et de l'offre elle-même s'impose. Information et prévention ne suffisent en effet pas. Cela implique une concertation interministérielle et intercabinets avec les différents niveaux administratifs, et avec les ministres compétents qui peuvent jouer un rôle au niveau de l'offre, y compris les aspects tels que marketing et politique des prix. La CGPD doit élaborer une proposition de politique concernant la dépendance au jeu et la soumet à la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique. »

- **GHB et GBL :**
  « La CGPD doit examiner l'ampleur et la spécificité de la problématique du GHB et du GBL et fait des propositions à la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique. »

- **Salles de consommation à moindre risque :**
  « La CGPD doit examiner la faisabilité et les conditionnalités pour la mise en œuvre de salles de consommation à moindre risque en Belgique, avec une attention particulière pour les besoins et aspects juridiques, organisationnels et budgétaires. La CGPD présente ses conclusions à la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique. »

- **Dopage, entre autres dans le sport**
  « L'expérience a montré que durant des années les nombreux contrôles et pénalisations du dopage dans les sports récréatifs (certainement dans le fitness) n'ont pas ou peu fait diminuer la consommation et il semble donc que l'on ait plus lutté contre les symptômes que contre les causes du problème.
  En outre, étant donné que le dopage au sens large (utilisation non autorisée de produits dopants) n'est pas seulement un problème lié au sport mais bien un phénomène social de grande échelle (par exemple pour obtenir un corps d'athlète, passer des examens ou rester efficace au travail), cela nécessite une approche multidisciplinaire.

  Pour lutter de manière optimale contre le dopage, il est utile de discuter de cette problématique transversale au sein de la CGPD, de sorte que les experts régionaux et fédéraux ainsi que les responsables politiques en matière de santé, éducation et sport, les Organisations nationales d'antidopage (ONAD), la Police et les Parquets, soient en mesure d'aboutir, au travers d'une collaboration, à une prévention la plus efficace possible. »

Cette liste n'était pas exhaustive ; en d'autres termes, si cela semblait souhaitable ou utile, les membres de la CGPD et/ou les cellules de travail de la CGPD avaient la possibilité de suggérer des modifications aux priorités et/ou au planning proposés.

Le chapitre suivant dresse une brève image de la problématique des drogues dans notre pays.

Les activités de la CGPD autour de ces thèmes sont commentées succinctement dans le chapitre 3.

CHAPITRE 2 : Image de la situation

Les risques et les dommages liés aux substances psychoactives, telles que l'alcool et les drogues sont préoccupants.

La dernière **enquête santé** date de 2018 mais les premiers résultats sont attendus pour fin 2019. Par conséquent, nous pouvons uniquement nous référer aux chiffres de l'édition précédente de l'enquête santé par interview[1] qui montrait que **14% de la population âgée de 15 à 64 ans avait consommé de l'alcool quotidiennement et 6% de façon excessive[2]. Le pourcentage de consommateurs excessifs hebdomadaires[3] (binge drinkers) augmentait en 2013 à 8,5%.** A côté des répercussions économiques et des dommages sur la santé, la consommation nocive d'alcool peut également conduire à la criminalité et à la violence. En Belgique, la disponibilité des boissons contenant de l'alcool est relativement importante. Il ressortait également de l'enquête précédemment citée que 2,6% des personnes âgées de 15 à 64 ans rapportaient le mois précédent l'interview avoir consommé du cannabis. 21% de ce groupe en avait consommé de façon intensive, c'est-à-dire au moins 20 jours sur les 30 que comporte un mois. La consommation prolongée de cannabis a entre autres des conséquences sur les voies respiratoires, les fonctions psychomotrices et peut mener à des troubles psychotiques et à la dépendance.

Le nombre de clients sous traitement pour opiacés en 2017 a diminué depuis 2014, tandis que le nombre de clients sous traitement pour la cocaïne a nettement augmenté. Le nombre de clients sous traitement pour un problème lié au cannabis est resté pratiquement stable. Il est à noter que plus de la moitié des clients qui ont suivi un traitement pour la première fois l'ont fait à cause d'un problème de cannabis.

En 2014, les services publics belges découvraient environ 1250 plantations de cannabis, dont 592 contenant plus de 50 plants. Depuis lors, **le nombre de plantations découvertes chaque année est stable**. En 2017, elles étaient au nombre de 1234 dont 65% pouvant être catégorisées comme micro, mini ou même de petites plantations (jusque 249 plants). On estime qu'environ 50 – 65% des plantations ne sont pas identifiées. La production de plants de cannabis s'étend sur toute la Belgique mais connaît un pic dans les régions frontalières avec les Pays-Bas.

Chaque année, on constate une **augmentation du nombre de sites de production découverts et des lieux de dumping des drogues synthétiques**. En 2017, 9 laboratoires (de conversion),

[1] Sciensano, Health Interview survey
[2] Plus de 14 verres par semaine pour une femme et plus de 21 verres par semaine pour un homme.
[3] La consommation de 6 verres ou plus d'alcool lors d'une même occasion

7 sites de stockage et 24 lieux de dumping ont été démantelés. Ces derniers se trouvent à nouveau principalement dans les régions frontalières avec les Pays-Bas et il n'est pas toujours évident de savoir si les dumpings sont liés à des laboratoires en Belgique ou aux Pays-Bas, le processus de production étant souvent réparti entre plusieurs sites.

De **nouvelles substances psychoactives (NPS[4])** continuent à apparaître sur le marché européen de la drogue. Fin 2017, plus de 670 nouvelles substances psychoactives (NPS) avaient été signalées dans les États membres européens via le système d'alerte précoce de l'UE, dont 51 substances pour la première fois. En Belgique, 91 types de NPS ont été découvertes en 2017. C'est principalement en 2015 et 2016 que le nombre de NPS signalées a atteint un sommet tant en Belgique qu'en Europe en général. Les chiffres semblent avoir diminué en 2017, mais il y a une nette augmentation du nombre d'opioïdes synthétiques trouvés, ce qui est une préoccupation majeure pour la santé publique.

En 2017, les autorités belges ont saisi 41,16 tonnes de cocaïne dans les ports et les aéroports du pays, ce qui représente une augmentation de près de 4,5 fois le volume par rapport à 2014. Il y a eu une augmentation pendant cette période du nombre de faits concernant la possession et la vente de cannabis et de cocaïne, alors qu'ils ont légèrement diminué pour l'héroïne et les amphétamines.

La **vente de drogues via internet** a augmenté. L'utilisation de réseaux anonymes et de plateformes virtuelles de paiement rendent les enquêtes en la matière difficiles. Des 491 sites commerciaux qui ont été identifiés sur le 'darknet', 98% vendaient des drogues illicites. Les drogues représentent 60% de l'offre.

L'utilisation de **substances dopantes** pour les sports amateurs et de loisir prend de plus en plus d'ampleur et le marché des produits dopants est devenu une importante source de revenus pour les organisations criminelles[5]. Ceci est également valable pour ce que l'on appelle la criminalité alimentaire, où de la fraude est commise avec les garanties de qualité de la chaîne alimentaire.

[4] Ce sont les substances psychoactives ou produits psychoactifs qui ne sont pas réglementés par la loi sur les stupéfiants de 1921. Ils sont conçus pour imiter les effets des drogues existantes et contourner les réglementations.
[5] Voir Assemblée Générale du Conseil de l'Europe Doc 13852 "Rethinking the anti-doping strategy" du 8 juillet 2015. La politique antidopage est une compétence des Entités fédérées. Aussi bien les organisations antidopage néerlandophones que francophones (NADO)- ont un accord de collaboration avec les Procureurs généraux des Cours d'Appel qui autorise l'échange d'informations dans le cadre de la lutte contre le dopage

D'autres formes de comportements à risques comme la **dépendance aux jeux d'argent et de hasard**, l'assuétude aux jeux et l'abus de médications psychoactives restent également problématiques.

L'étude SOCOST[6] a cartographié le **coût social** pour différentes substances (drogues illicites, alcool, médications psychoactives et tabac) et dans différents domaines (santé, criminalité et circulation) pour l'année 2012.

- les coûts directs ont été estimés à 2,87 milliards d'euros. Le secteur des soins de santé est responsable pour 2 millions d'euros, soit 69% des coûts directs, suivi par les 784 millions d'euros (27%) attribuables au volet pénal et environ 100 millions d'euros (3,5%) liés aux accidents de la circulation. La plus grande partie de ces coûts directs sont imputables à l'alcool (45%) et au tabac (25%).

- les coûts indirects ont été estimés à 1,76 milliard d'euros. La perte de productivité est principalement causée par les problèmes de santé liés à l'abus de substances (1,5 milliards d'euros ou 85%). L'alcool (45%) et le tabac (42%) représentent les coûts indirects les plus importants.

- les coûts non-tangibles [7]reflètent enfin la perte de qualité de vie du malade mesurée en « perte d'années de vie saine ». Après estimation, 500.000 années de vie saine ont été perdues en Belgique en 2012 suite aux drogues licites et illicites. Avec 91%, l'alcool et le tabac ont le plus grand impact.

[6] The social cost of legal and illegal drugs in Belgium: final report (SOCOST) Vander Laenen, Freya; Lievens, Delfine; Pauwels, Lieven et al. Brussels: Belgian scientific Policy, 2017.

[7]Les coûts intangibles résultent de la douleur, de la souffrance et des pertes de vie. Ce sont des coûts non-financiers, car ils n'ont pas d'impact sur les ressources de la société. Dans l'étude SOCOST, les coûts intangibles sont limités à la valeur de (qualité de) vie perdue et ils ont été estimés en utilisant le concept des AVCI « années de vie corrigées de l'incapacité » (DALY: disability-adjusted life years).

CHAPITRE 3 : Résultats de la Cellule générale de Politique Drogues

Ce chapitre donne un aperçu des thèmes les plus importants discutés en CGPD, avec une description des objectifs, des actions et des réalisations concrètes. Pour certains dossiers, les positions individuelles des ministres pour la politique future ont été ajoutées. Ces positions n'engagent les ministres que dans leur mandat individuel au cours de la législature actuelle. Ils ne concernent donc pas les gouvernements actuels, ni les futurs ministres ou gouvernements.

3.1. Note Cadre de Sécurité Intégrale

3.1.1. Objectif et actions

Les ministres de la Justice et de l'Intérieur sont les pilotes de la politique de sécurité intégrale dans notre pays. La Note-cadre de Sécurité intégrale énumère divers phénomènes d'insécurité (notamment liés aux drogues) qui nécessitent une prise en charge intégrale et intégrée. En 2015, les ministres compétents ont actualisé la note-cadre antérieure.

En septembre 2015, le représentant du Cabinet de la Justice a demandé à la CGPD de lui remettre pour fin octobre 2015 un texte concernant la politique globale et intégrée en matière de drogues en vue de son intégration dans la note-cadre Sécurité intégrale (NCSI).
Le but était que, dans ce document, la CGPD dresse la liste de ses priorités dans le cadre d'une politique globale et intégrée pour les années à venir et les commente brièvement.
En 2017, la Coordination permanente de la CGPD a été désignée comme rapporteur dans le cadre du cluster ‘drogues ‘ du monitoring de la NCSI.

Le document ‘Politique en matière de drogues’ pour la note cadre de Sécurité Intégrale a été rédigé par le secrétariat de la CGPD qui a été ensuite discuté et approuvé en réunion de la CGPD en octobre 2015.

La note cadre confirme *largement la vision et les actions des précédents documents politiques*. La vision stratégique est définie comme suit :

‘Le gouvernement fédéral et la Cellule Générale de Politique Drogues considèrent la consommation de substances psychoactives, aussi bien l’alcool, les drogues illicites mais aussi les comportements addictifs comme les paris et les jeux, en premier lieu comme un phénomène de santé publique. Ces comportements comportent plusieurs gradations allant de l’usage risqué ou problématique à l’abus ou la dépendance. ‘La politique de Drogues en Belgique continuera à se développer dans le cadre de la politique européenne et des conventions internationales des Nations unies.

La politique en matière de drogues doit être globale et intégrée. Ceci signifie qu’elle s’oriente aussi bien sur l’offre (en agissant sur la disponibilité, les prix, la publicité,) que sur la demande (grâce à la prévention, l’assistance,

…). Elle exige l'inclusion et la collaboration de tous les acteurs politiques pertinents à chaque niveau, sous la coordination de la Cellule Générale de Politique Drogues et la réunion Thématique Drogues de la Conférence Interministérielle de santé publique. Le gouvernement et la Cellule Générale de Politique Drogues confirment le mandat de ces deux organes.

Nous insistons ici sur l'importance des pouvoirs locaux, entre autres pour l'implémentation des mesures judiciaires alternatives et dans la réponse aux spécificités des besoins locaux. Les piliers essentiels de cette politique sont la prévention, la détection et l'intervention précoce, la réduction des risques, l'assistance, la postcure et l'intégration sociale. Ceux-ci reflètent le continuum selon lequel la consommation de substances ou les comportements addictifs peuvent se développer. Ces piliers doivent donc être élaborés de la même façon dans le cadre de soins intégrés et de continuum de soins.

La détention de drogues est interdite et la consommation de drogues dans l'espace public ne pourra pas faire l'objet d'une tolérance. Néanmoins, la priorité en matière de poursuites pénales pour des faits liés aux drogues sera donnée à la production et aux marchés de drogues illicites. Les consommateurs problématiques seront, si possible, réorientés vers le secteur de l'aide.

L'emprisonnement du consommateur, qui n'a commis aucun autre fait criminel, sera considéré comme le remède ultime. Une approche pénale doit être conçue de manière graduelle et proportionnelle, de manière à réserver la peine d'emprisonnement aux faits les plus graves ou répétés. Cette politique doit se baser sur les données objectives et scientifiques disponibles, qui sont suffisamment étayées et issues de la pratique. L'analyse du phénomène de la consommation de drogues et du marché de la drogue demande davantage d'investissements. Sur le plan épidémiologique, une opération de rattrapage est nécessaire'.

La note contient des points d'action plus concrets en matière d'offre, de demande et recherche scientifique en matière de drogues.

Pour ce qui est du monitoring, la Coordination permanente de la CGPD a été désignée pour le cluster drogues.

3.1.2. Réalisation(s)

Le document 'Politique en matière de drogues' repris dans la note cadre de Sécurité Intégrale est disponible depuis juin 2016 sur http://justice.belgium.be/fr/nouvelles/autres_communiques_27. Les résultats du monitoring du cluster drogues de la NCSI ont été discutés lors de la réunion du 29 mai 2017. La Note Cadre se termine fin 2019.

3.2.Alcool

3.2.1. Objectif et actions

En 2008, la CIM Santé publique a signé une déclaration commune concernant la future politique en matière d'alcool.

Les ministres s'y sont engagés à :

- Prévenir et réduire les méfaits liés à l'alcool ;
- Combattre la consommation inadaptée, excessive, problématique et à risque d'alcool et pas seulement la dépendance ;
- Mener une politique axée sur les groupes cibles à risque et les situations à risque.

Cette Déclaration constituait le premier document politique dans notre pays dans lequel l'autorité fédérale, associée aux Communautés et Régions, définit une ligne politique claire et commune en matière d'alcool.

Cette Déclaration a donné lieu à de nombreuses mesures politiques, dont la modification de la législation relative à la vente et à la mise à disposition de boissons alcoolisées aux mineurs d'âge.

En juin 2015, la Conférence interministérielle Santé publique a demandé à la CGPD de développer une politique concernant l'alcool. *"L'objectif est de mener une concertation interministérielle afin d'élaborer une stratégie commune et concertée contre la consommation dommageable d'alcool et de préciser à cette occasion les différents déterminants de la problématique, définis par l'OMS."*

La CGPD a confié cette mission à un groupe de travail ad hoc "Alcool", présidé par le secrétariat de l'ACD. Le groupe de travail ad hoc était composé des administrations et des représentants du Premier Ministre, des ministres compétents en matière de Santé, Justice, Intérieur, Économie, Budget, Travail, Mobilité et de Sciensano. L'ensemble du secteur, comprenant aussi bien des représentants des alcooliers, des associations de jeunes, des associations actives dans le domaine des assuétudes, des associations de consommateurs, … ont été consultées lors d'une réunion spécifique.

Une adresse mail a également été créée (alcoholplanalcool@health.belgium.be) afin que toutes les parties prenantes en matière d'alcool aient l'occasion de réagir à la proposition de stratégie alcool.

3.2.2. Réalisation(s)

Le groupe de travail s'est accordé sur l'ensemble des mesures concernant la réduction de la demande d'alcool mais ne s'est pas mis d'accord sur les mesures visant à réduire l'offre d'alcool. Les négociations se sont poursuivies au niveau ministériel et les discussions ont été interrompues sans consensus lors de la Réunion thématique Drogues organisée par la CIM Santé publique le 27 mars 2017.

Néanmoins, les membres de la RTD ont mis en place toute une série d'actions comme des contrôles renforcés et l'adaptation en cours de la législation sur la vente d'alcool aux mineurs, une campagne de sensibilisation pour les professionnels de la santé sur les risques liés à la consommation d'alcool durant la période de la grossesse et l'allaitement, la participation du SPF Santé publique au Jury d'Ethique publicitaire, le projet liaison-urgences alcool et des mesures sur le plan de la prévention et de la promotion de la santé.

En Wallonie, une interdiction de la vente d'alcool dans les stations le long des autoroutes a également été mise en place (dans le cadre des contrats avec les gestionnaires de ces stations) ainsi qu'un nouveau décret pour les maisons d'hébergement collectif qui accueillent souvent un public très précarisé, refusé par les autres institutions (notamment les personnes alcooliques qui ne sont pas prêtes au sevrage).

Suite à la fin du plan d'action flamand sur le tabac, l'alcool et les drogues 2009-2015, la Flandre a organisé une nouvelle conférence sur la santé en 2016. De cette conférence est né le plan stratégique « de Vlaming leeft gezonder in 2025 ». Vous trouverez un aperçu de toutes les méthodes proposées par le Gouvernement flamand aux intermédiaires sur www.preventiemethodieken.be.

3.2.3. Futur

La Ministre de la Santé de la Région wallonne a l'intention à l'avenir de limiter la disponibilité de l'alcool. Cela implique également une interdiction de la publicité sur toutes les boissons alcoolisées, avec une vigilance particulière sur le respect de l'interdiction du marketing auprès des jeunes. La Ministre est également favorable à l'étiquetage pour les femmes enceintes et demande une indication de la valeur énergétique. Enfin, elle demande des éclaircissements sur la législation en matière de vente d'alcool aux mineurs en indiquant clairement les pourcentages d'alcool. La définition des limites d'alcool doit être discutée avec le secteur de la prévention et de la promotion de la santé.

Ces propositions sont soutenues par le Membre francophone du Collège réunit de la COCOM, responsable de la politique de santé, et le Ministre, membre du Collège de la COCOF en charge de la politique de santé.

La Flandre souligne que la coopération au-delà des compétences est cruciale pour la future politique de prévention. En effet, l'efficacité des mesures préventives augmente lorsque des mesures sont également prises dans d'autres domaines de compétence qui soutiennent la politique de prévention menée, en particulier en ce qui concerne le marketing, la disponibilité et la fixation des prix.

3.3.Nouvelles substances psychoactives

3.3.1. Objectif et actions

Il s'agit ici des substances psychoactives ou produits psychoactifs qui ne sont pas réglementés par la loi sur les stupéfiants de 1921. Ils sont produits en vue d'imiter les effets de drogues existantes et de contourner la législation. Le terme englobe une vaste gamme de substances synthétiques et végétales, dont les "research chemicals'', les "party pills", les "herbal highs", etc. Ces produits sont généralement vendus sur internet ou dans des "smart/head shops". Ils sont présentés au public à l'aide de stratégies de marketing agressives et élaborées et, dans certains cas, au moyen d'informations erronées sur les ingrédients. Le marché des nouvelles substances psychoactives se caractérise par la rapidité avec laquelle les producteurs s'efforcent de contourner la réglementation par l'offre incessante de nouvelles alternatives aux substances soumises à contrôle.

3.3.2. Réalisation(s)

La loi a été publiée le 10.3.2014[8].

La loi comporte différents principes et modifications, notamment :

- Une adaptation de la loi à l'évolution très rapide du marché des drogues ;
- Une meilleure utilisation de l'information recueillie sur les drogues en circulation, en particulier sur les nouvelles substances ;
- La pénalisation générique des nouvelles substances ;
- La pénalisation des actes préparatoires ;
- L'ajout de circonstances aggravantes en cas d'association en vue de commettre une infraction à la législation relative aux précurseurs ;

[8] Loi du 7 février 2014 modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes

- La destruction obligatoire des substances illégales, des matières premières et du matériel ayant servi ou qui étaient destinés à produire de la drogue.

Depuis lors, l'AFMPS, SCIENSANO et l'Institut national de Criminalistique et de Criminologie (INCC) ont été désignés pour rédiger les arrêtés d'exécution en la matière. La CIM a demandé à la CGPD de continuer à suivre ce dossier. Pour la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, la rédaction et la publication de l'arrêté d'exécution de la loi du 7 février 2014.

L'AFMPS, en partenariat avec Sciensano et l'INCC a rédigé un projet d'arrêté royal qui a été soumis à des groupes de travail intercabinets fédéraux organisés dès septembre 2016. L'arrêté royal a été publié le 26 septembre 2017. Ce nouveau cadre législatif pour les stupéfiants et substances psychotropes permet une meilleure protection de la santé publique. Deux anciens arrêtés royaux ont été intégrés en un seul. En vertu de la nouvelle législation, les douanes, la police et la justice pourront intervenir plus efficacement contre les nouvelles substances psychoactives. L'envoi de stupéfiants et substances psychotropes dans le cadre de l'aide d'urgence pourra être organisée plus rapidement et efficacement[9].

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=17-09-26&numac=2017031231

L'élaboration de l'arrêté royal a été présentée en CGPD mais n'a pas été soumise à débat.

3.4.Cannabis

3.4.1. Objectif et actions

L'une des missions de la CGPD et de la CIM est de "proposer des mesures motivées en vue de faire concorder les actions menées ou envisagées par les administrations et services publics compétents et les parties signataires (c.-à-d. les gouvernements) et d'accroître l'efficacité desdites actions".

C'est dans le cadre de cette mission que la CGPD a effectué, en 2014, une analyse de la politique relative au cannabis en Belgique. Cette analyse s'est concentrée exclusivement sur le cannabis en tant que substance illégale pour un usage récréatif. Le rapport n'a donc pas traité de l'usage du cannabis thérapeutique.

[9] www.fagg-afmps.be

L'analyse a été réalisée par un groupe de travail ad hoc "Cannabis", créé au sein de la CGPD. Ce groupe de travail est composé de représentants des départements de la Justice, de la Police fédérale, de la Santé publique, ...

3.4.2. Réalisation(s)

Le rapport, y compris les recommandations de politique qui y étaient formulées, a été présenté en 2015 lors de la première réunion de la CGPD.

La Réunion thématique Drogues de la CIM Santé publique a pris connaissance du rapport technique de mars 2015 du groupe de travail "Politique en matière de cannabis" de la CGPD, intitulé "Politique du cannabis en Belgique : analyse et points d'attention". Le rapport couvrait notamment les aspects suivants : (a) description du produit et épidémiologie, (b) prévention, (c) traitement et (d) politique pénale.

En 2017, l'AFMPS a rédigé une FAQ sur le cannabis médical en collaboration avec la Justice afin de répondre aux nombreuses questions des citoyens et des associations de professionnels de la santé.

La FAQ peut être consultée sur :

https://www.afmps.be/fr/humain/produits_particuliers/subst_specialement_reglementees/stupefiants_et_psychotropes/faq_cannabis

3.4.3. Futur

La Ministre, Membre du Collège de la COCOF, chargée de la Fonction publique et de la Politique de la Santé et le Ministre Membre du Collège réuni de la (COCOM), chargé de la Politique de la Santé, de la Fonction publique, des Finances, du Budget, du Patrimoine et des Relations extérieures souhaitent ouvrir le débat en matière de légalisation du cannabis, tant médical que récréatif.

3.5.Jeux de hasard et d'argent

3.5.1. Objectif et actions

La problématique des jeux de hasard et de d'argent a été soulevée par le Cabinet du Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique & de la Famille en début de législature. La CGPD et la TVD ont ensuite décidé conjointement de rendre cette problématique prioritaire.

L'objectif était que la CGPD élabore pour fin octobre 2016, un texte politique concernant les jeux de hasard et d'argent et la soumette à la Réunion thématique Drogues de la CIM Santé publique.

À cet effet, un groupe de travail ad hoc sur les jeux de hasard et d'argent a été constitué, composé de représentants de la Loterie Nationale, de la Justice (Commission des Jeux de hasard), ... Un appel à des experts/ intervenants externes a également été fait.

3.5.2. Réalisation(s)

Le groupe de travail a été mis en place en 2015 et a, dans un premier temps, rédigé une note de synthèse.

Cette note de synthèse a été soumise à la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique du 24 octobre 2016. Lors de cette réunion, on a décidé que la CGPD formulerait par la suite une vision coordonnée sur la politique en matière de jeux de hasard et d'argent en Belgique et la soumettrait à la prochaine Réunion Thématique Drogues.

Il est clairement ressorti des réunions du groupe de travail et après consultation d'experts que peu de statistiques (récentes) en matière de prévalence de la dépendance au jeu sont disponibles. Les études belges datent plutôt de 2004 et 2006. La comparaison entre les pays n'est en outre pas toujours possible. La croissance de l'offre de jeux de hasard en ligne fait également que le contexte dans lequel les études précédentes ont été réalisées a évolué. Pour les jeux de hasard en ligne, la connaissance de leur impact sur le jeu compulsif est encore insuffisamment disponible, certainement en Belgique.

Sur base des constats de la note de synthèse, une demande d'avis sur les soins appropriés pour le groupe cible a été introduite auprès du Conseil supérieur de Santé (CSS) par la Ministre fédérale de la Santé publique, soutenue par la CGPD. Cet avis a été rendu en décembre 2017 et fait les constats et recommandations suivantes[10]

Définition du jeu pathologique

Le jeu pathologique est défini dans la nouvelle version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*(DSM5) comme un trouble addictif, alors qu'il était auparavant considéré comme un trouble du contrôle des impulsions. C'est une combinaison de facteurs personnels, environnementaux (disponibilité, acceptabilité) et liés au jeu (pourcentage de gain, délai entre la mise et le gain etc.) qui intervient dans le développement du jeu pathologique.

[10] https://www.health.belgium.be/fr/news/le-jeu-pathologique-en-belgique

La prévalence du jeu pathologique

La prévalence du jeu pathologique est difficile à estimer car on dispose de peu de chiffres. C'est en effet une pathologie secrète, dont on ne parle pas, et peu de patients vont chercher de l'aide.

On parle en général d'une prévalence de 0,4 à 4,2% au cours de la vie. Les plus jeunes sont particulièrement à risque.

Les troubles liés aux jeux chez les jeunes

Une étude exploratoire réalisée à Bruxelles par la Clinique du jeu du CHU Brugmann a montré que 50,1% des jeunes avaient joué au moins une fois à un jeu de hasard ou d'argent les 6 mois précédent l'enquête. Cette étude se base sur un échantillon de 2000 élèves francophones âgés de 12 à 18 ans.

Il ressort également d'une étude de *l'UC Leuven-Limburg* que 23,5% des jeunes interrogés en Flandre et 34,3% de ceux en Wallonie ont déjà joué à un jeu en ligne ou via des médias numériques.

Par ailleurs, 6,1% des élèves de Wallonie qui avaient joué à un jeu de hasard l'année précédente et 3,1% de ceux de Flandre étaient joueurs problématiques. Cette étude montre aussi que ce sont surtout les paris sportifs qui sont achetés par les mineurs alors que c'est interdit aux moins de 18 ans.

Gestion de la problématique du jeu

Il existe peu de services spécialisés dans le jeu pathologique actuellement en Belgique, et cette offre est peu connue. Or, les troubles liés au jeu occasionnent d'importantes souffrances chez les joueurs (au niveau financier, relationnel, social et psychique, et plus de risques de suicide) ainsi que chez leurs proches et sont donc importants à traiter. Pour faciliter l'accès aux soins, il faudrait renforcer et mieux faire connaitre l'offre de soins disponible, et améliorer la détection précoce. L'offre de traitement en ligne, couplée à une aide professionnelle, peut aussi jouer un rôle important à cet égard. La prise en charge du jeu pathologique doit quant à elle être multidimensionnelle et prendre en compte les facteurs psychologiques, biologiques et sociaux, et utiliser les techniques motivationnelles et psychoéducatives.

Recommandations

Pour réduire les risques de jeu pathologique et améliorer l'accès et la rétention dans les soins, le CSS recommande que des mesures soient prises simultanément à différents niveaux. (Cette liste est non-exhaustive. Les recommandations complètes se trouvent à la page 26 de l'avis.) :

1. **Développer la recherche dans ce domaine** :
- par des études épidémiologiques et sociologiques (avec une attention particulière pour les jeux en ligne) ;
- les données des opérateurs doivent pouvoir être contrôlées et utilisées par des chercheurs indépendants.
2. **Mettre en place des mesures structurelles concernant l'offre de jeux :**
- interdire la publicité ;
- réduire la disponibilité du jeu ;
- réguler l'offre ;
- rendre obligatoire pour les institutions de jeux la signalisation et l'orientation des joueurs qui semblent avoir un problème de jeu vers les soins.
3. **Améliorer la connaissance de la dépendance aux jeux et de l'offre de soins disponible :**
- auprès des professionnels de première ligne ;
- auprès de la population générale afin de réduire le tabou concernant les problèmes de jeu.
4. **Renforcer l'offre de soins existante :**
- perpétuer et élargir la gamme d'options de traitement avec une attention particulière pour le traitement en ligne.

Pour mettre en œuvre ces mesures, une collaboration entre différents secteurs (économie, justice, recherche, santé, affaires sociales etc.) est évidemment nécessaire.

L'avis, dans son intégralité, (n°9396) se trouve sur le site internet du Conseil Supérieur de la Santé : https://www.health.belgium.be/fr/avis-9396-jeu-pathologique.

La note de vision 'jeux de hasard et d'argent' a intégré le plus possible ces recommandations.

Cette note de vision, qui a été approuvée lors de la Réunion Thématique Drogues du 2 juillet 2018 prend comme base la note de discussion et comprend, les éléments suivants :

- La définition de la problématique ;
- La Politique belge actuelle ;
- Les études prioritaires ;

- La prévention et l'assistance ;
- La régulation de l'offre.

La note de vision a pour conclusion que :

« La dépendance aux jeux de hasard et d'argent est un problème de santé publique. Ce problème préoccupant justifie d'en faire un thème prioritaire pour les gouvernements fédéraux, communautaires et régionaux impliqués. La base de la note est la nécessité de protéger les joueurs des conséquences négatives des jeux de hasard et d'argent, particulièrement du risque d'assuétude. Il s'agit également d'apporter une réponse aux joueurs problématiques. Pour cela, les gouvernements s'accordent sur une démarche globale et intégrée, portant tant sur l'offre que sur la demande. Cette note de vision a mis en avant les différentes initiatives déjà prises en matière de prévention, de détection, d'intervention précoce et de prise en charge ainsi que les décisions en matière de régulation de l'offre. Ces actions rejoignent l'objectif premier de la note : une meilleure protection du (futur) joueur via la prévention et la prise en charge des problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent. Mais la note pointe aussi des éléments qui font défaut comme des études de prévalence actualisées, des systèmes d'enregistrement harmonisés ou des données de qualité permettant l'évaluation des politiques suivies. Enfin, cette note de vision souligne l'importance d'actions concertées pour protéger adéquatement le groupe cible. »

La Justice a pris une série de mesures afin de limiter d'avantage l'offre en matière de jeux de hasard et d'argent.

3.5.3. Futur

La Ministre wallonne de l'Action sociale, de la Santé, de l'Egalité des chances, de la Fonction publique, de la Santé publique et de la Famille veut étudier les possibilités d'une législation limitant la publicité pour les jeux d'argent.

La Flandre souligne que la coopération au-delà des compétences est cruciale pour la future politique de prévention. En effet, l'efficacité des mesures préventives augmente lorsque des mesures sont également prises dans d'autres domaines de compétence, qui soutiennent la politique de prévention menée, en particulier en ce qui concerne le marketing, la disponibilité et la fixation des prix.

3.6.GHB et GBL

3.6.1. Objectif et actions

La mission de la CGPD était décrite comme suit : « La CGPD examine l'ampleur et la spécificité de la problématique du GHB et du GBL et fait, le cas échéant, des propositions à la Réunion thématique Drogues de la CIM Santé publique. »

L'AFMPS a initié ce dossier et il a été décidé par la suite de créer un groupe de travail multidisciplinaire. Par ailleurs, nous observons en Belgique une augmentation de l'offre et de la demande en matière de précurseurs[11].

3.6.2. Réalisation(s)

Ce thème a été règlementé dans l'arrêté royal réglementant les substances stupéfiantes, psychotropes et soporifiques du 6 septembre 2017. Le titre 5 dudit arrêté royal prévoit[12] qu'un particulier peut demander une autorisation pour la détention, l'acquisition et l'importation de GBL (gamma-butyrolactone) et/ou 1,4-BD (butane-1,4-diol) s'il peut prouver :

- que les substances seront uniquement utilisées à des fins légales ;
- qu'il n'y a pas d'alternative en dehors de ces substances pour obtenir le même résultat.

Un opérateur économique belge peut délivrer de la GBL ou du 1,4BD uniquement sur présentation :

- de cette autorisation de particulier, si l'acheteur est un particulier ;
- d'une déclaration de l'acheteur, si l'acheteur est un autre opérateur économique (pas un particulier).

La déclaration de l'acheteur doit mentionner clairement les fins (d'utilisation).

3.7. Salle de consommation à moindre risque

3.7.2. Objectif et actions

La CGPD a mandaté un groupe de travail ad hoc pour examiner la faisabilité et les conditions essentielles de la mise en place de salles de consommation à moindre risque pour usagers en Belgique. Une attention spécifique était accordée à la nécessité d'une telle salle, ses aspects organisationnels, budgétaires et légaux.

Pour accomplir cette tâche, la CGPD a confié cette mission à un groupe de travail ad hoc. Le groupe de travail était composé de représentants des différents ministres et/ou administrations

[11] Les précurseurs de drogues sont des substances chimiques dont l'utilisation est licite mais qui peuvent être détournées pour produire des substances illicites.
[12] https://www.afmps.be/fr/humain/produits_particuliers/subst_specialement_reglementees/stupefiants_et_psychotropes%5Cautorisation_particulier

compétents de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur, du Premier Ministre, de Sciensano et du Collège des Procureurs généraux.

Ce dernier a rédigé une note de synthèse qui a été soumise à la CGPD.

Cette note comprend notamment une définition claire, une description du contexte général et des chiffres disponibles, un tour d'horizon de la réglementation (inter)nationale pertinente, une synthèse des évaluations de projets à l'étranger et de leurs principaux résultats et enseignements. Par après, la note de synthèse a été déclinée en note de vision.

3.7.3. Réalisation(s)

Une note de vision sur les salles de consommation à moindre risque a été approuvée lors de la Réunion Thématique Drogues du 24 octobre 2016. Cette dernière est consultable sur :

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/24102016-reunion-thematique-drogues-note-salles-de-consommation

Celle-ci reprend les décisions et les points d'actions suivants :

1. Une étude sur une salle de consommation à moindre risque en Belgique est nécessaire. Cette étude doit évaluer les conditions préalables pour, entre autres, l'organisation d'une salle et la responsabilité en cas d'accident. La Réunion Thématique Drogues soutient l'initiative de la Secrétaire d'Etat, compétente pour la Politique Scientifique Fédéral, pour le financement d'une telle étude.
2. Les Ministres fédéraux dans la Réunion Thématique Drogues considèrent, dans cette législature, la mise en place d'une salle de consommation à moindre risque pas prioritaire. Le gouvernement fédéral ne soutiendra ou initiera pas une modification de la loi du 24 février 1921.
3. Les Ministres bruxellois et wallon poursuivront la réflexion quant aux modalités de mise en œuvre de ce dispositif et soutiennent une modification de la loi du 24 février 1921.

Une étude, financée par Belspo et intitulée « Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium" réalisée par UGent, UCL et HoGent a été publiée en 2018.

Le résumé de l'étude peut être consulté sur :

http://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR78_DRUGROOM_summary2018_en.pdf.

3.7.3. Futur

La Ministre et Membre du Collège de la (COCOF), chargée de la Fonction publique et de la Politique de la Santé souhaite la mise en place de salles de consommation à moindre risque et également proposer des traitements par diacétylmorphine. L'idéal serait de pouvoir partager des bonnes pratiques tout en laissant suffisamment de liberté en fonction des spécificités locales. Cette initiative est également soutenue par la Ministre wallonne de l'Action sociale, de la Santé, de l'Egalité des chances, de la Fonction publique et de la Simplification administrative et le Membre du Collège réuni de la (COCOM), chargé de la Politique de la Santé, de la Fonction publique, des Finances, du Budget, du Patrimoine et des Relations extérieures. La Ministre wallonne de l'Action sociale, de la Santé, de l'Egalité des chances, de la Fonction publique et de la Simplification administrative a d'ailleurs demandé au Gouvernement wallon de soutenir la salle de consommation à moindre risque qui a ouvert à Liège en septembre 2018. Elle soutient donc également les modifications législatives ad hoc afin de donner un cadre légal à l'ouverture de ce type d'initiatives.

La Ministre et membre du Collège de la (COCOF), chargée de la Fonction publique et de la Politique de la Santé plaide également pour l'installation de bornes d'échange de seringues dans Bruxelles. Via ces bornes, les usagers peuvent avoir accès à une Stéribox contenant du matériel propre et ceci selon un double procédé d'échange : soit via un jeton spécifique délivrant le matériel adéquat, soit via la remise d'un matériel usagé qui, une fois récupéré, permet de recevoir le même matériel. L'objectif est triple : faciliter l'accès au matériel stérile d'injection, accompagner la dépendance pour ouvrir des opportunités de soins, réduire les nuisances et l'insécurité.

3.8. Dopage

3.8.1. Objectif et actions

Pour lutter de manière optimale contre le dopage, cette problématique transversale a été discutée au sein de la CGPD. Ceci donnait en outre la possibilité de réunir l'expertise des responsables politiques en matière de santé, éducation et sport, des Organisations nationales d'antidopage (ONAD), de la Police et des Parquets.

Puisque le dopage au sens large (l'usage illicite de substances qui améliorent les performances) ne constitue pas seulement un problème dans le sport, mais aussi dans la société dans son ensemble (p. ex. pour obtenir un "corps de rêve" musclé, en vue d'examens, pour rester vigilant au travail, ...), celui-ci nécessitait une approche multidisciplinaire.

Un groupe de travail ad hoc a été créé. Le thème a également été élargi à la problématique de l'accueil et des utilisateurs qui consomment de façon problématique des anabolisants et des stéroïdes.

3.8.2. Réalisation(s)

Le groupe de travail a rédigé une note de synthèse qui a été finalisée en mars 2017 et soumise à la RTD de la CIM SP du 26 mai 2017.

Pour une meilleure implication politique, les Ministres du Sport ont été invités à la RTD.

La note de synthèse reprenait entre autres les questions (de recherche) suivantes :

- Quelle est l'ampleur du dopage ?
- Quels sont les effets du dopage sur la santé physique et mentale ?
- Quelle est la motivation à se doper, en ce compris pour les sportifs amateurs ?
- Quelle est l'origine des produits dopants utilisés ?
- Quelle est l'offre de soins actuelle pour ceux qui se dopent, incluant les lacunes ?
- Quels sont les moyens utiles et efficaces, au sein des compétences de chacun, pour sensibiliser les usagers de produits dopants et les professionnels de santé à cette thématique, en tenant compte des besoins des professionnels de la santé impliqués ?

Les gouvernements[13] impliqués sont parvenus à un accord afin de financer conjointement une étude. Cette étude, intitulée PREVPED, démarrera début 2019.

3.9. Protocole d'accord monitoring des dépenses publiques

3.9.1. Objectif et actions

Un Protocole d'accord[14] relatif à la réalisation d'une surveillance annuelle des dépenses publiques en matière de drogues illégales, de tabac, d'alcool et de substances psychoactives a été conclu en 2012. Le monitoring des dépenses publiques (réparti en cinq piliers, à savoir

[13] Commission communautaire flamande, Communauté germanophone, Gouvernement fédéral, Communauté flamande, Région wallonne, Commission communautaire commune, Fédération Wallonie-Bruxelles, Commission communautaire française, Région Bruxelles-capitale.

[14] Un protocole d'accord est un document dans lequel est repris le consensus auquel sont arrivées les parties en vue de mener une politique concrète dans un domaine spécifique dans le cadre de laquelle l'ensemble des acteurs s'engage à exécuter cette politique, dans les limites de leurs compétences. Ce protocole d'accord a été publié au Moniteur belge le 31 août 2012.

"prévention", "aide", "réduction des méfaits", "sécurité" et "autres") doit permettre une analyse politique de ces dépenses au regard des intentions politiques formelles.

On entend par dépenses publiques en matière de drogues l'ensemble des dépenses dites « proactives », c'est-à-dire les dépenses concernant des actions politiques directement axées sur le phénomène de drogues en Belgique. Ce monitoring ne concerne donc pas les dépenses externes concernant les conséquences liées à la consommation de substances psychoactives (par ex : l'hospitalisation d'un patient pour un cancer lié à la consommation de tabac) et les dépenses privées (payées par les patients). Il ne tient pas non plus compte des recettes du gouvernement engendrées par la vente d'alcool et de tabac.

Ce monitoring vise plusieurs objectifs :

1. Donner la possibilité aux membres individuels de la CGPD d'intégrer ces informations sur les dépenses publiques dans leur politique et leurs évaluations politiques ;

2. Donner la possibilité à la CGPD d'intégrer ces informations des dépenses publiques dans sa politique et son évaluation politique ;

3. Améliorer la politique globale et intégrée en matière de drogues via une vue d'ensemble des dépenses publiques dans ce domaine.

De plus, il contribue, selon l'Accord de Coopération à « l'acquisition d'une compréhension globale de tous les aspects de la problématique des drogues, en tenant compte des spécificités nationales, culturelles ou autres des individus » (Article 1er, alinéa 1).

Cette tâche – sur la base de ce Protocole d'accord – a été octroyée à la coordination permanente de la CGPD et est réalisée sur la base d'une méthodologie adjointe à l'étude ''Drogues en chiffres III''.

Le système a été testé une première fois en 2012 pour ce qui concerne les données relatives aux dépenses publiques en matière de drogues illégales, de tabac, d'alcool et de médicaments psychoactifs pour l'année 2010. Ce test a surtout mis en évidence qu'une collaboration adéquate avec l'ensemble des autorités concernées est essentielle pour réaliser une mesure annuelle ainsi que pour obtenir des données complètes, fiables et valables.

Trois autres exercices ont été réalisés pour les données relatives aux drogues illégales, au tabac, à l'alcool et aux substances psychoactives pour les années 2011, 2012-2013 et 2014-2015. Les résultats des deux derniers monitorings peuvent être consultés sur le site web de la RTD http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr.

3.9.2. Réalisation(s)

Les résultats du monitoring 2012-2013 ont été validés par les membres de la CGPD et ont ensuite été soumis à la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé Publique du 24 octobre 2016.

En 2016, les membres de la CGPD ont approuvé la poursuite du monitoring des dépenses publiques en matière de substances psychoactives pour les années 2014 et 2015. Une méthodologie a été approuvée lors de la réunion de février 2016 et la coordination permanente de la CGPD s'est attelée à récolter les données pertinentes.

Lors de cette législature, le monitoring a été réalisé et validé pour les années 2012, 2013, 2014 et 2015. Ces données ne concernent donc pas intégralement cette législature mais apporte une tendance de l'évolution des dépenses publiques en matière de politique drogues.

En 2012, un budget total de 1.049.487.106,68€ en 2012 a été consacré à la politique drogues et 1.378.609.831,67 € en 2015 ont été consacré dans le cadre de leur politique en matière de substance psychoactives, soit une différence de plus de 30% sur une période de 3 ans. Ces dépenses représentent une estimation moyenne due notamment au secteur de l'hospitalisation et aux dépenses relatives à la justice.

La majorité de ces dépenses vont au secteur de **l'assistance** et plus particulièrement celui de **l'hospitalisation** (environ 60%). Le secteur de la **sécurité** englobe quant à lui environ 40% des dépenses, la réduction des risques et la prévention se situent respectivement aux alentours de 0,35% et 1%. La tendance va donc à une augmentation des coûts du pilier de la sécurité au détriment des autres piliers comme la prévention (1,25% en 2012, 1% en 2015) et l'assistance (69% en 2012, 61% en 2015).

La répartition de ces dépenses publiques est stable au fil du temps, l'alcool représente plus de 55% des dépenses, les drogues illicites environ 30%. Les dépenses liées au tabac sont estimées à un peu moins de 1,5%.

Les principales conclusions de ces monitorings sont les suivantes :

1. Les dépenses publiques sont fortement imbriquées et se chevauchent parfois.
Les centres reçoivent parfois des budgets globaux pour des actions liées à la prévention, à l'assistance et la réduction des risques.
2. Les départements de la santé font rarement la distinction dans leur financement entre drogues légales et drogues illicites.
3. Les dépenses pour la sécurité et l'assistance augmentent. Les dépenses pour la prévention et la réduction des risques restent stables.

Le monitoring des dépenses publiques en matière de substances psychoactives pour les années 2014 et 2015 a été approuvé le 1er octobre 2018 et a fait l'objet d'un **communiqué de presse** dont le contenu est le suivant :

La CGPD est chargée de réaliser régulièrement une analyse des dépenses publiques en matière d'alcool, de tabac, de médications psychoactives et de drogues illicites. Ce monitoring recense, de manière aussi exhaustive que possible, les dépenses directes effectuées par les autorités publiques (fédérales, communautaires et régionales) en matière de substances psychoactives. Il ne s'agit donc pas d'évaluer les conséquences indirectes de la consommation de substances psychoactives (comme par exemple les maladies engendrées par le tabac). Ce travail est le fruit d'une collaboration étroite entre les ministres impliqués dans la politique en matière de substances psychoactives.

En moyenne annuellement, 1,3 milliard d'euros ont été dépensés en 2014 et 2015 pour la politique en matière d'alcool, de tabac, de drogues illicites et de médications psychoactives.

- *Un peu moins de 60 % de ces montants sont affectés à l'assistance, c'est-à-dire la prise en charge et le traitement des patients. Il peut s'agir de séjours hospitaliers mais aussi de traitements ambulatoires dans des centres spécialisés, de soins à domicile ou encore de l'assistance online, …*

- *Environ 40 % de ces dépenses sont utilisées dans le cadre de la sécurité, incluant le travail de la justice, des services de police, des douanes, des services de contrôles…*

- *Le reste des dépenses est affecté à des mesures de prévention et de réductions des risques.*

L'alcool représente environ 55% des dépenses et est la substance la plus importante dans ce cadre. Cela se traduit notamment par environ 1 million de journées d'hospitalisations en 2014, uniquement pour un trouble lié à l'alcool. Un peu plus de 30% de ces dépenses sont liées aux drogues illicites et moins de 1,5% concernent des dépenses en lien avec le tabac.

Les autres conclusions du rapport sont les suivantes :

- *Les dépenses publiques sont fortement imbriquées et se chevauchent parfois ;*
- *Les départements de la santé font rarement la distinction dans leur financement entre drogues légales et drogues illicites ;*
- *Les dépenses pour la sécurité et l'assistance augmentent. Les dépenses pour la prévention et la réduction des risques restent stables ;*
- *Les accents mis sur les politiques régionales et communautaires varient.*

3.10. Actualisation de la Déclaration conjointe CIM Drogues du 25.01.2010

3.10.1. Objectif et actions

Au début de la législature, il a été décidé de réaliser une actualisation globale des documents politiques pertinents précédents, en tenant compte des nouvelles évolutions, de l'influence de la réforme de l'État, …

Lors de la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé Publique du 24 octobre 2016, il a été proposé que la CGPD discute de l'actualisation de la Déclaration Conjointe après la clôture des différentes parties de discussion sur, notamment, le tabac, l'alcool, les salles de consommation à moindre risque et les jeux de hasard et d'argent. En effet, il s'agissait de thèmes relativement nouveaux, sur lesquels les positions devaient encore être cristallisées.

3.10.2. Réalisations

La CGPD a limité l'actualisation formelle de sa politique à un chapitre spécifique de la Note Cadre de Sécurité intégrale et à quelques notes de vision. En 2018, il a été décidé de financer une évaluation globale de la politique en matière de drogues belge via le programme de recherche fédéral "drogues" (BELSPO). Cette étude sera menée par les universités de Gand et de Leuven et débutera en 2019. Les résultats de cette étude peuvent être utilisés pour de futurs choix politiques.

3.11. Implication de la société civile

En 2018, la Civil Society Forum on Drugs[15] a sollicité la CGPD afin que certaines organisations représentatives de la société civile puissent être intégrées aux différents travaux. Ce thème a été largement abordé lors des réunions et plusieurs initiatives ont été prises afin d'accéder à cette demande. Une première réunion présidée par le coordinateur de la CGPD a été organisée en décembre 2018 où les trois fédérations coupoles belges du secteur assuétudes santé (VAD, FEDITO Wallonne, FEDITO Bruxelles) ainsi qu'Anone Child Transform ont pu être entendues.

A la suite de cette réunion, les membres de la CGPD ont convenu de ce qui suit :

1) la CGPD organise annuellement une consultation avec les représentants de la société civile. Pour déterminer les organisations qui seront consultées, le secrétariat de la CGPD fera un appel selon les critères suivants :

- Être impliqué directement dans le domaine des assuétudes ;
- Caractère non-gouvernemental (mais peut être subventionné par une autorité gouvernementale) ;
- Caractère non commercial
- Transparence dans les statuts, les missions et les sources de financement.

[15] https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/networks/civil-society-forum-drugs_en

Le secrétariat fera une première sélection sur base des critères ci-dessus. Cette sélection sera soumise pour approbation à la CGPD.

Il s'agira d'une réunion de la CGPD élargie aux organisations de la société civile sélectionnées.

2) Pour les chantiers, dossiers importants pour lesquels un groupe de travail sera créé, il appartiendra à chaque groupe de travail de déterminer la manière la plus adéquate de consulter la société civile (consultation ad hoc).

3) L'ordre du jour de chaque réunion de la CGPD sera envoyé uniquement aux 3 organisations coupoles qui sont spécialisées en matière de prévention, de réduction des risques et d'assistance aux personnes avec un problème de consommation. Il s'agit du VAD, de la Fédito Bruxelles et de la Fédito wallonne. Elles auront la possibilité de demander à participer à la réunion pour un point en particulier. Elles devront soumettre au secrétariat des arguments, avis et commentaires au préalable de cette réunion. Sur base de cette argumentation, la coordination permanente (i.e. le coordinateur de la CGPD et le secrétariat) décidera ou non d'approuver la demande.

Il sera précisé aux organisations consultées que la décision politique finale restera de la responsabilité de la Réunion thématique Drogues de la CIM Santé publique.

3.12. Réalisations de la CPSD

Le 30 mai 2001, les ministres compétents en matière de santé ont signé un protocole d'accord concernant la création d'une politique de santé intégrée en matière de drogues. Dans cet accord, les ministres s'engagent à harmoniser leurs politiques en matière de prévention de l'usage de drogues et d'aide aux personnes ayant des problèmes de santé dus à l'usage de drogues. À cette fin, la CPSD a été créée en 2002, qui depuis lors s'est réunie très régulièrement.

Une partie des activités de la CPSD a été reprise par divers groupes de travail créés au sein de la CGPD. La plupart des membres de la CPSD ont dès lors été actifs dans les groupes de travail ad hoc précités, en particulier le groupe de travail ad hoc « alcool » mais aussi et surtout le groupe de travail ad hoc "Dopage" et « Jeux de hasard et d'argent », « cannabis », « salle de consommation à moindre risque ». Les principaux thèmes de 2015 sont restés des sujets majeurs en 2016, 2017 et 2018 à savoir la réglementation des traitements à l'aide de produits de substitution, la BelPEP ("Belgian Psychotropics Expert Platform") et le projet "Soins et détention".

3.12.1. Les traitements au moyen de produits de substitution

La révision de la réglementation actuelle relative aux traitements à l'aide de produits de substitution était importante pour le niveau fédéral. La Ministre fédérale de la Santé publique estime qu'il faut établir un cadre légal clair pour les traitements à l'aide de produits de substitution, permettant une mise en œuvre correcte dans la pratique.

Pour pouvoir offrir des soins globaux aux patients dans le cadre d'un traitement de substitution, la collaboration des entités fédérées est absolument indispensable, surtout en ce qui concerne (a) le soutien (psychosocial) aux patients grâce à une meilleure collaboration avec les centres (spécialisés) et (b) l'organisation de la formation (de base) pour les médecins qui prennent des patients en charge dans le cadre d'un traitement de substitution.

Les entités fédérées ont été informées par l'AFMPS des grandes lignes du projet d'arrêté royal et ont donné leurs remarques

Ce projet d'AR a également été soumis pour avis à l'Ordre des Médecins.

Avec les évolutions du terrain et les connaissances scientifiques, la Ministre fédérale de la Santé publique a jugé qu'un arrêté royal ayant trait uniquement aux traitements de substitution n'était pas l'approche la plus efficiente. La règlementation de ces traitements devrait être englobée dans une législation plus large, reprenant d'autres substances à risques. Ces discussions devraient être menées au cours de la prochaine législature

3.12.2. Belgian Psychotropics Expert Platform ("BelPEP")

Au vu des nombreux avis émis sur la forte consommation de psychotropes, la ministre fédérale de la Santé publique a déjà créé en 2012 une plate-forme scientifique "Psychotropes". L'objectif de cette plate-forme est de parvenir à une utilisation adéquate des psychotropes (psychostimulants, benzodiazépines, antidépresseurs et antipsychotiques). Dans l'accord de gouvernement fédéral de 2014, cet objectif est également mentionné explicitement.

La plate-forme est composée d'un comité de coordination et de trois groupes de travail (GT) :

- GT1 : "Usage adéquat des psychostimulants chez les enfants et les jeunes adultes"
- GT2 : "Usage adéquat des psychotropes chez les adultes non institutionnalisés"
- GT 3 : "Usage adéquat des psychotropes chez les personnes âgées institutionnalisées".

Lors de la première réunion du GT1 "Usage adéquat des psychostimulants chez les enfants et les jeunes adultes", il a été constaté que plusieurs secteurs spécifiques, ne relevant pas de la compétence fédérale, devaient être impliqués dans cette problématique. Il s'agit notamment de

l'enseignement, du planning familial, de la médecine scolaire, des institutions communautaires, des PMS, de l'ONE et des centres de santé mentale. Il a dès lors été demandé aux Communautés et Régions au sein de la CPSD en 2015 de désigner un expert en ce domaine.

Entre-temps, les différents groupes de travail ont élaboré un plan d'action, qui a été approuvé par le Comité de coordination. Des initiatives ont été prévues au niveau de la sensibilisation, et de la rédaction et de la mise en œuvre de directives et au niveau de recommandations pour les professionnels.

Plusieurs études et projets ont également été entamés dans l'intervalle :

- **Mise à jour des directives à l'intention des médecins généralistes concernant les antidépresseurs** :

À partir du 14 février 2017, les médecins généralistes ont reçu une recommandation de bonne pratique relative à la dépression chez les adultes complètement actualisée. La nouvelle recommandation est une version actualisée de la recommandation « Dépression chez l'adulte : approche du médecin généraliste » de 2008. Étant donné que les notions scientifiques et l'organisation des soins de santé mentale ont fortement évolué depuis lors, les associations scientifiques de médecins généralistes, Domus Medica et la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), ont décidé d'adapter l'ancienne recommandation. La nouvelle version a été validée par le Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (Cebam).

- **Développement de circuits de soins TDAH** :

Dans le cadre de la nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents, le SPF Santé publique a financé (de mai 2016 à fin 2017) un projet pilote dont l'objectif était de développer et d'implémenter, dans toutes les provinces de Belgique et dans la Région Bruxelles-Capitale, un programme de soins adapté aux besoins autour du diagnostic et de la prise en charge des enfants et des adolescents présentant un TDA/H. 11 personnes, une par réseau, avec une expertise autour de cette problématique, ont été engagées. Après avoir fait l'inventaire et l'analyse de l'offre de soins, ils ont développé différents outils d'aide et de soutien aux partenaires impliqués. Parmi les outils développés, le site internet www.trajet-tdah.be propose un « trajet de soins adéquat » pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes présentant des difficultés d'attention, d'impulsivité et/ou d'agitation. Ce site reposant sur une base scientifique propose des informations pratiques, aux professionnels de la santé mais aussi aux parents et aux enseignants. Le 14 septembre 2018, une journée d'étude a été organisée.

- **Campagne benzodiazépines vers les médecins généralistes, les pharmaciens et les directeurs d'hôpitaux :**

Une campagne de sensibilisation pour favoriser un usage adéquat des benzodiazépines a été lancée le 1er février 2018. Cette campagne s'adresse à nouveau aux professionnels de la santé (médecins généralistes, pharmaciens et directeurs d'hôpitaux), qui jouent un rôle crucial dans l'information, l'éducation et l'accompagnement des patients qui se plaignent d'anxiété, de stress ou de troubles du sommeil ou présentent une dépendance aux benzodiazépines. Toutes les informations sur la campagne sont à retrouver sur www.somniferesetcalmants.be. Les outils suivants ont été développés :

- Un nouveau site Internet qui propose des manuels d'aide spécifiques par profession (un pour les médecins généralistes et un pour les pharmaciens). Ces manuels comprennent de nombreux conseils et outils pratiques. www.somniferesetcalmants-manuelaide.be
- Une fiche pratique reprenant, de manière synthétique, les différents points à aborder pour aiguiller les patients vers d'autres alternatives que les benzodiazépines et pour faire face à un patient dépendant a été mise à disposition des médecins.
- Un e-learning a été développé pour accroitre les compétences en matière de prise en charge de l'anxiété, du stress ou des troubles du sommeil et met l'accent sur les techniques d'entretien ainsi que sur la place des médicaments. Celui-ci a été adapté en français. Depuis février 2018, les versions FR et NL sont identiques et sont disponibles sur la plate-forme de formations en ligne SPF-INAMI.
- Des formations dans les GLEMS (groupes locaux d'évaluation médicale) sont proposées depuis 2007. Pour permettre aux médecins généralistes de partager leur expérience, de confronter leur pratique et d'analyser les bénéfices des alternatives non-médicamenteuses.
- Des brochures et des affiches sont mises à disposition des patients dans les salles d'attentes, les officines et les hôpitaux.

La CPSD a été régulièrement informée de l'état d'avancement de ces études ainsi que des résultats des travaux des différents groupes de travail et du comité de coordination "Psychotropes". Comme évoqué ci-dessus, certains membres de la CPSD participent à certains groupes de travail ou y ont délégué des experts. Au sein de la CPSD, on a également insisté à plusieurs reprises sur une participation active des entités fédérées à cette problématique.

3.12.3. TDI

L'enregistrement du Treatment Demand Indicator ou TDI consiste à enregistrer les demandes de traitement en rapport avec une problématique liée aux drogues[16]. Selon l'EMCDDA[17], seules les demandes relatives aux drogues illégales doivent être enregistrées, mais la Belgique, sur les instances de la CPSD, y a ajouté les demandes de traitement en rapport avec les drogues légales et plus spécifiquement l'alcool. L'enregistrement doit être réalisé auprès des institutions de soins qui prennent en charge des personnes pour un problème de drogues.

Cet enregistrement TDI n'est pas seulement important au niveau national, mais la Belgique doit également pouvoir fournir des données au niveau européen. La Belgique s'est à nouveau engagée, dans le cadre des plans d'action Drogues 2009-2012 et 2017-2020 de l'Union européenne, à fournir les données (sous la forme de tableaux) à l'EMCDDA. Sciensano est le point focal national pour la communication de ces données à l'EMCDDA.

Le 19 octobre 2015, le nouveau Protocole d'accord TDI a été conclu entre tous les ministres en charge de la Santé en Belgique. Ce nouveau Protocole d'accord prévoit également une clé de répartition (adaptée) pour le financement.

L'indicateur des demandes de traitement relatives à une consommation de drogues ou d'alcool (Treatment Demand Indicator ou TDI) est l'outil de référence standardisé, utilisé depuis plus de 20 ans dans l'ensemble des pays européens ainsi que dans d'autres pays proches pour collecter ces informations afin de soutenir le débat sur les substances psychoactives. La coordination de cet enregistrement est de la responsabilité de l'unité drogues de Sciensano en tant que point focal national Reitox pour la Belgique. En Belgique, c'est en 2011 que cette collecte de données a été établie de manière plus systématique et centralisée. Depuis 2015, suite à l'entrée en vigueur d'un nouveau protocole et d'une obligation systématique d'enregistrement pour les structures hospitalières, l'indicateur a atteint une couverture satisfaisante et la comparabilité dans le temps a été facilitée. Chaque année, Sciensano publie un rapport de synthèse avec les principales observations et tendances. Les données sont également envoyées à l'EMCDDA dans le cadre des obligations de rapportage à l'Europe. Les développements ultérieurs de l'indicateur se déroulent en étroite collaboration avec le comité de coordination du TDI ainsi qu'avec l'EMCDDA.

[16] L'enregistrement TDI est l'un des cinq indicateurs clés de la Stratégie Drogues de l'UE 2005-2012. Cette stratégie a été approuvée par tous les états membres de l'UE.
[17] Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (www.emcdda.eu.int)

Depuis maintenant 3 ans, la participation à l'enregistrement est stable avec environ 220 unités de traitement participantes et 30000 épisodes de traitement rapportés annuellement. On peut estimer que le taux de couverture global des centres spécialisés (ambulatoires et résidentiels) est supérieur à 97%, celui des hôpitaux est de 95% alors que celui des centres de santé mentale est un peu moindre (75%). Mais d'une manière globale nous pouvons considérer qu'une part significative des structures ci-dessus, concernées par la problématique des assuétudes participe à l'enregistrement.

Résumé des principaux développements par type de substance :

- Les enregistrements liés aux opiacés sont en baisse constante depuis 2012 au sein du groupe de centres « témoins » mais également de manière globale dans toute la base de données. Seuls 14% des enregistrements mentionnent un opiacé comme substance problématique en 2017, alors qu'ils étaient encore 16% en 2015. La baisse concerne essentiellement l'héroïne et le mésusage de méthadone. Les autres substances opiacées comme le fentanyl sont relativement stables. Cette baisse des traitements pour l'héroïne peut être mise en parallèle avec la baisse – cependant plus limitée - du nombre de prescriptions pour la méthadone ou la buprénorphine depuis 2014 en Belgique. Nous sommes donc face à une population vieillissante en traitement de substitution présentant de nombreuses difficultés sociales et une consommation problématique (polyconsommation, usage par injection).

- Le nombre d'enregistrements pour les stimulants sont par contre en très forte augmentation dans le TDI. Ils représentent 37% du nombre d'épisodes de traitement pour les substances illicites, une augmentation de 6% en 3 ans. Cela est surtout le cas pour la cocaïne et le crack même si le crack reste beaucoup moins fréquemment cité que la cocaïne en poudre (environ 5x moins fréquemment). On peut cependant suspecter un sous-rapportage de l'usage du crack. De plus, nous observons une proportion importante d'enregistrements pour lesquels la cocaïne en poudre est rapportée comme étant fumée (environ 20%). Une explication possible pour cela est que les usagers de crack utilisent une autre terminologie ou qu'ils préfèrent parler de cocaïne en raison de la stigmatisation de l'usage du crack. Ce phénomène est également observé dans d'autres pays européens.

- Le nombre d'usagers de cannabis entrant en traitement reste relativement stable depuis 2013. Il représente 1/3 des traitements pour les substances illicites. Par contre, plus de la moitié des 2700 patients annuels entrent pour la première fois de leur vie en traitement pour un problème d'assuétudes. En outre, la proportion d'épisodes de traitement pour lesquels un renvoi par la justice a été mentionné est important (29%). Il serait dès lors intéressant d'étudier le profil de ces renvois contraints par la justice en termes de consommation problématique et de voir dans quelle mesure ils touchent un public en besoin de traitement.

- Les enregistrements rapportant d'autres substances psychoactives comme les NPS (New psychoactive substances) ou le fentanyl restent très limitées en nombre absolu mais sont suivies de manière spécifique afin d'identifier d'éventuelles nouvelles tendances.

- Les demandes de traitement pour l'alcool dominent toujours l'ensemble des demandes de traitement (53%) malgré une légère baisse entre 2016 et 2017. Près de 2/3 des épisodes renseignent l'alcool comme étant une substance problématique. A la différence des substances illicites près de 85% des épisodes de traitement sont enregistrés en structure hospitalière alors que cette proportion varie entre 20 et 30% pour les substances illicites. On note depuis 2015 une augmentation de la proportion des premiers traitements, un rajeunissement de l'âge lors du premier traitement et une augmentation de la proportion de femmes.

Les données TDI sont régulièrement utilisées dans différentes études scientifiques. Récemment l'étude Belspo GENSTAR sur les programmes de traitement et de prévention genrés pour des consommateurs d'alcool et de drogue a utilisé les données TDI pour montrer l'écart de traitement entre les hommes et les femmes. L'étude faisant le lien entre la base de données TDI et la base de données intermutualiste a également produit des résultats sur les tests de dépistage de l'hépatite C parmi la population en traitement ainsi que les différences en termes de mortalité. Cette base de données montre donc son utilité et le potentiel qu'elle peut apporter en termes de santé publique et d'épidémiologie.

Conclusion et perspectives :

La standardisation et l'exhaustivité de la collecte des données sont essentielles pour garantir que les décisions prises dans le cadre de ce suivi soient correctes. L'absence de participation de groupes importants de prestataires de soins / centres de traitement reste cependant toujours à déplorer. Malheureusement, il n'existe pas actuellement de perspective à moyen terme visant l'inclusion de ces groupes comme les médecins généralistes, les prisons ou les maisons médicales en raison de la charge de travail nécessaire et du manque de moyens disponibles. Cependant, quelques projets spécifiques nous permettent d'avoir une vue sur ce qui se fait dans ces types d'unités non traitées. Le réseau des médecins vigies coordonné par Sciensano suit par exemple depuis quelques années les traitements liés à l'usage de substances. Cette surveillance est un point de vue intéressant sur ce qui se fait dans le domaine des assuétudes chez les généralistes.

Sciensano collabore en outre régulièrement et activement avec l'ensemble des points focaux nationaux Reitox au niveau européen qui coordonnent le TDI dans leur pays respectif. Les réunions annuelles sont l'occasion de débattre des chiffres, d'apprendre de l'expérience d'autres collègues ou d'étudier un phénomène observé à un niveau européen. Lors de la dernière réunion, il a par exemple été question de la manière d'analyser les tendances à l'aide du TDI,

de l'interprétation de l'augmentation des demandes de traitement pour la cocaïne ou du renvoi en traitement par la justice des usagers de cannabis.

Le TDI est donc un outil indispensable pour étudier l'épidémiologie des drogues à la fois au niveau européen et belge comme dans ce rapport mais également comme base pour d'autres études plus spécifiques. Il doit surtout rester une source de données fiable, de qualité et comparable dans le temps afin d'aider les différents partenaires de terrain ou institutionnels dans la compréhension du phénomène de l'alcool ou de la drogue en Belgique.

3.12.3.1. Futur

Le Membre du Collège réuni de la (COCOM), chargé de la Politique de la Santé, de la Fonction publique, des Finances, du Budget, du Patrimoine et des Relations extérieures plaide pour un meilleur partage des données épidémiologiques, principalement pour les données hospitalières.

Le rôle de la CPSD consiste à continuer d'assurer le suivi de cet enregistrement et à veiller au respect des dispositions contenues dans le Protocole d'accord.

3.12.4. Projet pilote « modèle de soins en matière de drogues en prison »

L'accord de gouvernement fédéral prévoit qu'il y a lieu d'examiner comment optimaliser les soins de santé pour les détenus. Dans ce cadre, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a entamé en octobre 2015 une étude sur les modalités et les implications d'une assurabilité des détenus dans le système général, et sur l'adaptation de l'organisation des soins dans les prisons de façon à rendre ceux-ci équivalents aux soins de santé dans la société libre. Les résultats finaux de l'étude[18] ont été publiés en octobre 2017.

Il ressort toutefois d'un grand nombre d'études et d'expériences que l'usage de drogues constitue l'un des problèmes majeurs dans les prisons. Aujourd'hui déjà, plusieurs projets / initiatives sont en cours dans certaines prisons (comme le traitement à la méthadone, la section exempte de drogues à Bruges, le rôle joué par les points de contact centraux, ...), mais il s'agit la plupart du temps d'initiatives locales, limitées à 1 ou à quelques prisons/groupes cibles, et qui ne sont donc pas implantées de manière générale. Il entre actuellement précisément dans les intentions de la Santé publique, en coopération avec la Justice et l'INAMI, de développer une politique de santé plus générale, incluant une prise en charge multidisciplinaire pour les détenus présentant une

[18] https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_293Bs_Soins_de_sante_prisons_belge_Synthese.pdf

problématique d'assuétude. Les besoins dans le domaine des soins de santé pour ce groupe cible sont très grands.

Pour optimaliser la qualité des soins pour les usagers de drogues dans les prisons, la Ministre fédérale de Santé Publique a démarré en 2017 un projet pilote dans trois prisons belges (Hasselt, Lantin et le Complexe pénitentiaire bruxellois. Conformément à ses compétences, l'accent est mis surtout sur le renforcement des services médicaux au sein des prisons. Une collaboration avec les Ministres de la Justice et ceux des entités fédérées, qui sont compétents en matière de santé et/ou en matière d'aide et de soins aux détenus reste toutefois nécessaire. Différents groupes de travail inter-cabinets ont été organisés avec les représentants des Ministres qui sont membres de la CIM Santé Publique et du Ministre de la Justice. Les experts de terrain dans le domaine ont été également consultés.

L'objectif de la CPSD était de poursuivre la concrétisation du projet pilote en concertation avec la Justice, les experts et les entités fédérées. Pour examiner la faisabilité du projet et notamment les collaborations avec les entités fédérées, des concertations bilatérales (Flandre, Wallonie, Bruxelles) ont été organisées en 2016. En outre, des propositions de projets ont été élaborées par les groupes de pilotage locaux drogues des trois prisons. Ces propositions ont été examinées au sein de la CPSD en fonction d'un échange d'informations maximal et de la cohérence entre les initiatives politiques.

La CIM Santé publique du 20 novembre 2017 a ensuite validé un projet conjoint dont l'objectif est de développer un modèle de prise en charge aux personnes en détention présentant des problèmes liés aux drogues. L'objectif est de développer ce modèle dans une phase pilote et de le tester dans trois prisons, à savoir dans la prison de Hasselt, la prison de Lantin et le complexe pénitentiaire de Bruxelles (Berkendael et Saint-Gilles).
Il s'agit, via les moyens accordés au projet, d'offrir un soutien supplémentaire portant sur le contenu (expertise, formation) et un soutien organisationnel (en matière de personnel) aux prisons (pilotes), pour pouvoir réaliser des soins de qualité pour les personnes en détention avec une problématique de consommation de drogues. Ceci implique qu'un trajet de soins sur mesure pour le détenu soit élaboré, équivalent aux soins dans la société libre, tenant compte des conditions spécifiques liées à la détention et au contexte de soins actuel.
Le projet conjoint décrit également le timing, le budget accordé par la Ministre fédérale de la Santé publique, un ajustement du contenu du projet, la coordination locale et fédérale du projet, le suivi scientifique et la communication sur le projet pilote.

Les entités fédérées soutiennent les projets pilotes en favorisant les collaborations entre les services qui relèvent de leurs compétences et les services médicaux internes, en particulier pour

favoriser l'orientation adéquate des détenus concernés afin que nous aspirions, d'une manière cohérente, à des soins équivalents dans et en dehors de la prison.

L'Université de Gand en partenariat avec le l'Institut national de Criminalistique et de Criminologie ont été sélectionnés via marché public pour le suivi et le soutien scientifique. Leur mission a démarré en décembre 2018.

Un comité de pilotage, composé de membres de la DG Soins de Santé du SPF Santé publique, de membres de la DG EPI du SPF Justice, du coordinateur de projet (et éventuellement d'autres responsables de projet) et des coordinateurs drogues régionaux a été mis sur pieds en 2018.

3.12.4.1. Futur

En matière de soins de santé mentale et assuétudes en prison, il faut également mentionner le fait que la Ministre wallonne de l'Action sociale, de la Santé, de l'Egalité des chances, de la Fonction publique et de la Simplification administrative va renforcer l'accompagnement des détenus notamment au niveau assuétudes par un mi-temps ou un temps plein dans chacune des 14 prisons wallonnes. C'est une décision du Gouvernement wallon sur base d'une résolution du Parlement wallon. Dans ce cadre, pour améliorer la collaboration entre services au sein des prisons, une concertation a eu lieu avec les cabinets fédéraux de la Justice et de la Santé publique ainsi qu'avec le cabinet du Ministre de la Communauté française responsable des maisons de Justice et de l'aide sociale aux détenus.

3.12.5. Points centraux d'orientation

Le prolongement du financement des points centraux d'orientation a également été discuté au sein de la CPSD. En effet, la Justice ne peut plus continuer à financer ces initiatives car elles ne ressortent pas des compétences fédérales. Des réunions bilatérales ont été organisées avec la Wallonie, Bruxelles et la Justice. Le financement a pu être prolongé moyennant des changements dans les modalités du modèle.

La Wallonie a cependant intégré les principes des points centraux d'orientation dans son appel à projet pour l'amélioration de la santé des détenus, notamment en matière de santé mentale et d'assuétudes. Cet appel à projet met en effet l'accent sur l'orientation des détenus, la continuité des soins après la détention et sur la collaboration entre institutions d'aide et de soins.

En Flandre, les ressources structurelles ont été utilisées pour poursuivre le fonctionnement du point central d'orientation flamand, mais sur base d'une nouvelle demande de projet. Le fonctionnement de TANDEM a été lié à la Plate-forme de Concertation flamande de Santé mentale.

3.12.6. Naloxone

Lors de la réunion de la CPSD du 10 juillet 2017, la COCOF et la Région wallonne ont demandé au secrétariat que la question de la naloxone, un antidote aux overdoses par opioïdes soit examinée. Les questions qui ont été discutées sont les suivantes :

- La Naloxone n'est actuellement pas en vente libre ;
- Selon la loi belge, la Naloxone doit être administrée par un médecin uniquement ;
- Les personnes en situation irrégulière ou en probation et qui dénoncent un cas d'overdose risquent des poursuites et de ce fait, sont réticentes à signaler des overdoses ;
- Ce médicament n'est pas obligatoirement présent dans les ambulances et chez les médecins de garde.

Le secrétariat a rédigé une note sur l'état des lieux de la naloxone en Belgique en reprenant notamment des recommandations internationales. Cette note a été discutée lors de la réunion du 11 décembre 2017. Les positions de chaque autorité impliquée dans ce dossier doivent être établies.

Les conclusions de la note sont les suivantes :

L'objectif de la mise à disposition de la Naloxone dépasse bien largement le cadre de la réduction des risques pour usagers d'opioïdes. En effet, les overdoses aux opioïdes peuvent aussi toucher les malades souffrant de douleurs chroniques, les enfants de parents dépendant aux opioïdes, le personnel soignant, les ambulanciers, les policiers, les pompiers… Certains dérivés synthétiques de fentanyl peuvent se révéler mortels par simple contact cutané.

Le premier geste à faire en cas d'overdose est bien évidemment d'appeler les secours mais la Naloxone permet, en les attendant, d'agir en administrant à la personne en détresse des doses prédéfinies (à répétition). L'efficacité du médicament est prouvée pour la plus grande majorité des opioïdes mais de nouveaux produits de synthèse arrivant sans cesse sur le marché, on ne peut exclure une diminution de son efficacité sur ces produits. Malgré tout, elle reste à l'heure actuelle un médicament de premier ordre et de première ligne en cas d'overdose.

Faisant fi des aspects légaux, un kit de Naloxone devrait idéalement être accompagné d'une formation tant liée à son administration qu'aux premiers gestes qui sauvent. Par ailleurs, cela permettrait d'augmenter les contacts entre l'usager de drogues et les centres spécialisés en assuétudes. Ce type de programme devrait idéalement être mis en place dans les structures spécialisées existantes.

La routine d'administration la plus efficace et démontrée scientifiquement reste la voie intraveineuse même si de bons résultats ont été obtenus par voie intranasale ou intramusculaire. Ne privilégier que le spray nasal n'a du sens que si l'on souhaite exclure au maximum les séquelles pouvant résulter d'une administration par injection. Par ailleurs, le Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) a recommandé le 14 septembre 2017 une autorisation de mise sur le marché européen de Nyxoid, un spray nasal à base de naloxone. Le modèle danois pourrait être une piste à étudier plus en profondeur.

D'un point de vue législatif, l'administration de Naloxone par une personne non habilitée doit entrer dans un débat beaucoup plus large qui concerne d'autres médicaments et d'autres actes médicaux. Passer par un stade de projet pilote est une option. Il convient également d'examiner le délai dans lequel l'AR 78 sera revu.

D'un point de vue sanitaire, la Naloxone sauve sans conteste des vies et répond à un besoin du terrain et des usagers. Les expériences étrangères se sont montrées fructueuses et il est donc légitime d'envisager un tel modèle pour la Belgique. L'avis du Conseil supérieur de la Santé pourrait être sollicité pour un éventuel avis sur le sujet.

3.12.7. Réforme soins de santé mentale

Partant du constat que les personnes présentant des troubles liés aux substances devaient le plus souvent être prises en charge, lors des moments de crise, dans les services d'urgences des hôpitaux, un projet pilote baptisé "unités de crise avec référent " a été lancé en 2002. Ces unités de crise sont destinées aux personnes se trouvant en situation de crise liée à la consommation et/ou à l'usage abusif de substances psychoactives, en particulier de drogues illégales. L'objectif est d'accueillir ces patients dans ce genre d'unité pendant une courte période (5 jours au maximum) afin de stabiliser leur état puis de les renvoyer à d'autres services/formes de soins. Un référent est désigné pour définir un trajet de soins pour le patient (et avec celui-ci).

Il existe actuellement 9 unités de crise résidentielles dotées de 4 lits pour les personnes en situation de crise psychique et/ou psychiatrique. Toutes sont encadrées par une équipe pluridisciplinaire où le référent joue un rôle central.

Début 2014, le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) a émis un avis concernant les unités de crise "Drogues". Dans cet avis, le CNEH déclare, entre autres, qu'il faut intégrer ces unités de crise dans la réforme des soins de santé mentale (art. 107).

Depuis que l'ensemble de la réforme des soins de santé mentale (« art. 107 ») a débuté, il a fallu déterminer la place qu'allait occuper les unités de crise spécifiques aux usagers de drogues au sein de cette réforme. Le Conseil fédéral des Ministres a toutefois précisé que ces unités de

crise ne continueront à être financées au cours des prochaines années que si elles s'intègrent à cette réforme. Lors d'une session d'information organisée en 2014 à ce sujet, les différentes étapes de cette période transitoire ont été brièvement expliquées : information des unités de crise et des équipes mobiles, organisation de "stages encadrés" entre les unités de crise et les équipes mobiles et participation des référents des unités de crise aux comités de fonction. Dans un premier temps, il était important que les acteurs pertinents se réunissent pour définir les besoins et difficultés rencontrés sur le terrain, et en discuter.

Le 9 septembre 2014, une journée de réflexion intitulée "Intégration des drogues dans les soins de santé mentale " a été organisée. L'objectif était de réunir les différents acteurs des secteurs de soins de santé mentale et des secteurs spécialisés (drogues) concernés. Plusieurs référents des unités de crise ont fourni des précisions concernant la participation et la collaboration active des unités avec les équipes (mobiles) dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale. En outre, un certain nombre de bonnes pratiques en matière de collaboration avec la première ligne ont été exposées. Divers experts, tant du secteur des soins de santé mentale que du secteur plus spécialisé de l'aide aux personnes présentant des assuétudes, ont donné leur avis sur (la philosophie de) la réforme des soins de santé mentale.

Les membres de la CPSD ont tous été invités à participer à cette journée de réflexion.

3.12.7.1. Futur

L'ampleur du phénomène est encore à évaluer mais les dépendances sans substance comme les dépendances à l'Internet, aux jeux vidéo, aux réseaux sociaux sont et restent un sujet d'actualité qu'il faut peut-être anticiper. L'ICD 11 a d'ailleurs inséré dans sa classification diagnostique le « gaming disorder ».

La Ministre et Membre du Collège de la Commission communautaire française (COCOF), chargée de la Fonction publique et de la Politique de la Santé souhaite mettre en place après analyse de la prévalence, des mesures axées principalement sur la prévention.

3.12.8. Tabac

3.12.8.1. Objectif et actions

La Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique a convenu en octobre 2015 de l'urgence d'une politique globale en matière de tabac. L'objectif était notamment d'amener le nombre de fumeurs adultes quotidiens sous la barre des 17% en 2018.

La discussion était menée au niveau de la CPSD, qui transmet ses conclusions à la CGPD.

3.12.8.2. Réalisation(s)

La Ministre fédérale de la santé publique et des Affaires sociales a proposé en mars 2016 un plan fédéral Tabac. Ce plan a notamment pour but une limitation de l'offre et de la demande, ainsi qu'une meilleure protection contre le tabagisme passif.

Le Conseil des ministres a validé la stratégie fédérale pour une politique efficace anti-tabac de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

L'objectif est d'élaborer, en accord avec les entités fédérées, une stratégie interfédérale intégrée visant à diminuer au maximum la consommation de tabac. À cette fin, le Gouvernement fédéral s'engage à mettre en œuvre les initiatives suivantes :

- limitation de la demande via une augmentation des accises sur les produits du tabac ;

- rendre les traitements plus accessibles : la Commission de remboursement des médicaments devra examiner s'il y a suffisamment d'éléments permettant de prévoir un remboursement de catégorie C pour le Starter Pack et, ainsi, abaisser le seuil d'accès aux traitements/médicaments de sevrage tabagique ; le coût du Starter Pack était en effet encore assez élevé (€50) ;

- limitation de l'offre : il s'agit d'une transposition de la directive européenne (relative aux produits du tabac ayant un arôme caractéristique) ; la Belgique veut déjà (c.-à-d. plus tôt que ce que prévoit la directive) interdire les cigarettes mentholées ;

- emballage neutre : sur la base d'une vaste consultation avec l'ensemble des acteurs concernés, en fonction d'une évaluation de l'introduction du paquet neutre en France et au Royaume -Uni, et en tenant compte du résultat de procès en cours, la Ministre fédérale de la santé publique et des Affaires sociales instaurera le paquet neutre en 2019 le cas échéant ;

- protection contre le tabagisme passif : le débat sur l'interdiction de fumer en voiture a été renvoyé au parlement ; un renforcement/élargissement du service de contrôle du SPF est néanmoins prévu (en l'occurrence, recrutement de contrôleurs supplémentaires et d'un juriste) ;

- la question de l'âge d'achat est renvoyée au parlement.

Les 5 éléments mentionnés ci-dessus sont en discussion au sein de la CPSD. Lors de la dernière réunion de juin 2016, il a été demandé aux entités fédérées de fournir un premier input pour le mois de septembre, de sorte que l'on puisse commencer les travaux en vue d'une politique intégrale en matière de tabac et soumettre une fiche décrivant les objectifs de l'autorité fédérale

et des entités fédérées à la Réunion thématique Drogues de la CIM Santé publique du 24 octobre 2016.

La Flandre a informé les membres de la CPSD des initiatives qu'elle comptait mettre en place à savoir :

- Définition d'un nouveau système de remboursement des prestations des tabacologues selon un protocole de transition avec le fédéral ;
- Une différenciation de la contribution financière selon le statut des patients (maximum à facturer) ;
- La durée des sessions (individuelle ou en groupe) divisée en quart d'heure avec un certain nombre de sessions remboursées par jour et par année calendrier ;
- La formation des tabacologues (formation, intervision, critères de qualité) reprise dans un cadastre ;
- Un trajet de formation spécifique pour les médecins ;
- Plus d'attention dans les milieux spécifiques comme les écoles, l'entreprise, la famille, …
- Méthodologie pour un réseau d'hôpitaux sans tabac

La Wallonie a informé les membres, dans le cadre du plan de prévention et de promotion de la santé, qu'a été créé un dispositif d'actions de lutte contre le tabagisme axé sur la promotion d'environnements sans tabac, notamment dans les hôpitaux, les autres structures résidentielles ou en prison. Ce plan soutient également le cadastre des tabacologues disponibles. Des actions d'aide au sevrage ciblent particulièrement les publics vulnérables qui ont un taux de tabagisme particulièrement élevé (jeunes et personnes sans emploi).

La Wallonie interdit également la consommation de tabac dans les véhicules en présence de mineurs.

Les membres de la CPSD ont jugé inopportun d'introduire un dossier conjoint.

3.12.8.3. Futur

La Ministre wallonne de l'Action sociale, de la Santé, de l'Egalité des chances, de la Fonction publique et de la Simplification administrative souhaite évaluer la possibilité d'interdiction de vente du tabac dans la grande distribution.

La Flandre souligne que la coopération au-delà des compétences est cruciale pour la future politique de prévention. En effet, l'efficacité des mesures préventives augmente lorsque des mesures sont également prises dans d'autres domaines de compétence, qui soutiennent la

politique de prévention menée, en particulier en ce qui concerne le marketing, la disponibilité et la fixation des prix.

3.13. Cellule 'contrôle'

En 2013, la CGPD a décidé de mettre en veille la cellule de travail "Contrôle". La CGPD décidera du moment où cette cellule pourra reprendre ses activités.

3.14. Cellule 'Recherche et information scientifique'

La Politique scientifique fédérale conserve le programme de recherche axé sur la politique créée dans le cadre de la note de politique fédérale Drogues. Les principes de ce programme sont (a) l'excellence scientifique, (b) le regroupement des questions clés pour les différentes autorités et (c) un co-financement avec d'autres autorités.

Entre 2014 et 2018, les priorités de recherches ont été les suivantes (certaines recherches ont porté sur plusieurs années) :

2014 :

Nouvelles études ou études poursuivies :

- **'ICArUS'** : Integrated Care for Patients with Alcohol Use Disorders → Développement d'un programme intégré de postcure pour les personnes présentant une problématique (chronique) d'alcool ;
- **'PROSPER'** : PRocess and Outcome Study of Prison-basEd Registration points → Évaluation du résultat de modèles de diagnostic, et de l'orientation et du traitement après la détention de personnes présentant des problèmes liés aux substances dans les établissements pénitentiaires ;
- **'PADUMI'** : Patterns of drug use among (ethnic and cultural) minorities → Analyse de l'usage de drogues auprès de minorités ethniques et culturelles ;
- **'SOCOST'**: The social cost of addictive substances in Belgium;
- **'COMIQS'**: Consensus Building On Minimal Quality Standards For Drug Demand Reduction In Belgium.

2015:

Nouvelles études:

- ‘**UP TO DATE’**: Use of psychoactive substances in adults: prevention and treatment by general practioners and occupational physicians; data retrieval (part II);
- ‘**GENDER’**: Gender sensitivity of drug and alcohol demand reduction.

Les études suivantes ont été poursuivies :

- ‘**ICArUS’** : Integrated Care for Patients with Alcohol Use Disorders → Développement d'un programme intégré de soins de suivi pour les personnes présentant une problématique (chronique) liée à l'alcool ;
- ‘**PROSPER’** : PRocess and Outcome Study of Prison-basEd Registration points → Évaluation du résultat des modèles de diagnostic, d'orientation et de traitement après la détention, de personnes présentant un problème lié aux substances dans les établissements pénitentiaires ;
- ‘**PADUMI’** : Patterns of drug use among (ethnic and cultural) minorities → Analyse de l'usage de drogues auprès de minorités ethniques et culturelles ;
- ‘**SOCOST’**: The social cost of addictive substances in Belgium;
- **‘COMIQS’**: Consensus Building On Minimal Quality Standards For Drug Demand Reduction In Belgium.

2016:

Nouvelles études:

- **‘ALMOREGAL’**: Assessment of alternative models of regulation of alcohol marketing in Belgium: évaluation de la regulation et du marketing en matière d’alcool en Belgique;
- ‘**ALCOLAW’** : Évaluation de la loi de 2009 concernant la vente et la distribution de boissons alcoolisées aux mineurs ;
- ‘**DRUGROOM**’ : Etude de faisabilité des salles de consommation de drogues à moindre risque en Belgique ;
- ‘**NPS-CARE’**: Understanding New Psychoactive Substance (NPS) use in Belgium from a health perspective’.

Les études suivantes ont été poursuivies :

- ‘**PROSPER’** : PRocess and Outcome Study of Prison-basEd Registration points → Évaluation du résultat des modèles de diagnostic, d'orientation et de traitement après la détention, de personnes présentant un problème lié aux substances dans les établissements pénitentiaires ;
- ‘**PADUMI’** : Patterns of drug use among (ethnic and cultural) minorities → Analyse de l'usage de drogues auprès de minorités ethniques et culturelles ;
- ‘**UP TO DATE’**: Use of psychoactive substances in adults: prevention and treatment by general practioners and occupational physicians; data retrieval (part II);
- ‘**GEN STAR’**: Gender-Sensitive treatment and prevention services for alcohol and drug users;
- ‘**SOCOST**’: The social cost of addictive substances in Belgium.

En 2017, Les études suivantes ont été poursuivies et/ou finalisées :

- ‘**UP TO DATE’**: Use of psychoactive substances in adults: prevention and treatment by general practioners and occupational physicians; data retrieval (part II);
- ‘**GEN STAR’**: Gender-Sensitive treatment and prevention services for alcohol and drug users;
- **‘ALMOREGAL**’: Assessment of alternative models of regulation of alcohol marketing in Belgium: evaluation de la regulation et du marketing en matière d’alcool en Belgique;
- ‘**ALCOLAW’** : évaluation de la loi de 2009 concernant la vente et la distribution de boissons alcoolisées aux mineurs ;
- **‘NPS-CARE’**: Understanding New Psychoactive Substance (NPS) use in Belgium from a health perspective’.
- ‘**DRUGROOM**’ : Etude de faisabilité des salles de consommation de drogues à moindre risque en Belgique.

En 2018, Les études suivantes ont été poursuivies et/ou finalisées :

- ‘**ALCOLAW’** : évaluation de la loi de 2009 concernant la vente et la distribution de boissons alcoolisées aux mineurs ;

- ‘**NPS-CARE**’: Understanding New Psychoactive Substance (NPS) use in Belgium from a health perspective’;
- **‘GEN STAR’**: Gender-Sensitive treatment and prevention services for alcohol and drug users;
- ‘**DRUGROOM’** : Etude de faisabilité des salles de consommation de drogues à moindre risque en Belgique.

En 2018, Belspo a lancé un appel portant sur deux années. Les membres de la CGPD ont été invités à participer aux comités de sélection. Les propositions de recherche sélectionnées qui démarreront en 2019 sont :

- **‘PREVPED’** : une étude sur les anabolisants cofinancée par le fédéral, les Régions et Communautés ;
- **‘EVADRUG’** : Evaluation de la politique drogues belge ;
- **‘CRYPTODRUG’** : Vente de drogues illégales dans les cryptomarchés ;
- **‘BENZO-NET’** : Utilisation chronique des benzodiazépines auprès de certains publics cibles ;
- **‘MATREMI’** : disponibilité des services de soins pour les migrants ;
- **‘YOUTH-PUMED’** : perception de la consommation des drogues récréatives ou non médicales chez les jeunes ;
- **‘POPHARS’** : perception de l’offre de soins et des politiques des drogues illégales dans les festivals.

Pour de plus amples informations sur le programme et les études terminées et en cours, nous vous renvoyons au site web de la Politique scientifique fédérale : http://www.belspo.be/belspo/fedra/prog.asp?l=nl&COD=DR.

3.15. Dossiers internationaux

Compte tenu de la décision prise en 2010 de ne pas créer la Cellule "coopération internationale", comme le prévoit l'Accord de Coopération, la CGPD représente un forum où discuter des dossiers internationaux. Toutefois, on doit tenir compte des mécanismes officiels de coordination des positions belges dans les forums internationaux. Le principal organe de décision est le COORMULTI, présidé par le SPF Affaires étrangères.

Vous pouvez retrouver plus d'informations en liens avec les organes internationaux dans le Vadémécum "*Dossiers internationaux alcool, tabac, médications psychoactives et drogues illicites* ». Le nouveau SharePoint 'Dossiers internationaux CGPD » sera activé pour la prochaine législature afin que toutes les informations en lien avec ces dossiers puissent être centralisées et consultables plus rapidement.

Les activités internationales récurrente sont :

- Participation du coordinateur drogues aux réunions semestrielles des coordinateurs EU, organisé par la présidence en exercice ;
- Participation aux réunions mensuelles du Groupe Horizontal Drogues et du Conseil de l'Union européenne ;
- Participation de la délégation belge aux sessions annuelles régulières et aux sessions intersessions de la Commission des Stupéfiants
- Participation aux réunions du Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe
- Participation aux questionnaires internationaux récurrents et ad hoc comme le Annual Report Questionnaire (ARQ), le WHO *Global survey on alcohol and health*, le questionnaire INCB sur la disponibilité des substances sous contrôle international, etc.

Pour ce rapport, nous développons **certains projets importants** sur le plan international qui ont eu lieu durant la période 2014-2018.

3.15.1. Conseil de l'Union européenne : UE-stratégies drogues et plan d'actions

La stratégie actuelle de l'Union européenne en matière de drogue couvre la période 2013-2020 et vise à contribuer à la réduction de la demande et de l'offre de drogues dans l'Union européenne. Cette stratégie sera mise en œuvre sur base de deux plans d'action : le plan d'action drogue de l'Union européenne 2013-2016 et le plan d'action drogue de l'UE 2017-2020.

Une révision à mi-parcours de la stratégie drogues de l'UE et l'évaluation finale du plan d'action drogue de l'UE 2013-2016 ont eu lieu en 2017. Les conclusions de ces évaluations ont été utilisées pour la préparation du plan d'action drogues de l'UE 2017-2020.

Vous trouverez ci-dessous les conclusions les plus importantes de l'évaluation.

En ce qui concerne **l'objectif de réduction de la demande de drogues illicites** (réduction de la demande) :

- **L'offre de soin** en Europe augmente et le nombre de personnes qui entrent en traitement reste stable. L'Europe réussit bien dans le traitement de la dépendance à l'héroïne et du VIH / sida chez les consommateurs de drogues ;

- Les initiatives de sensibilisation sont omniprésentes, mais des progrès restent à faire dans le domaine de la **prévention**. La prise de conscience ne suffit pas. En Europe, il ne peut y avoir de baisse de la demande de drogues. Les initiatives sur la réduction de la demande peuvent donc être améliorées, y compris des mesures de réduction des dommages pour ceux qui l'utilisent déjà ;
- Le nombre de cas de VIH / sida et d'autres maladies du sang transmissibles se stabilise ;
- Le nombre de décès liés à la drogue augmente.

En ce qui concerne le continuum de la prévention à la réhabilitation, il existe de grandes lacunes dans la disponibilité des données. Concernant la mise en œuvre des standards de qualité, l'évaluation est positive.

Concernant l'objectif de **réduction de l'offre de drogues (supply reduction) :**

- Rien n'indique que l'offre diminue en Europe ;
- Le nombre de saisies de drogues illicites enregistrées ne change pas de manière significative. Cependant, le volume de ces saisies augmente ;
- Les indicateurs de prix et de pureté sont identiques (peu de changements) ;
- Le nombre de délits liés à la drogue continue d'augmenter ;
- La coopération entre les services de police au sein de l'UE a déjà été élargie et est en cours de renforcement. Cependant, l'échange d'informations entre les États membres et avec les pays tiers peut être amélioré ;
- Confirmation de l'urgence d'une politique des NPS aux niveaux européen et national.

L'évaluation est positive à la fois en termes **de coordination de l'UE et de coopération internationale**. Cependant, une plus grande transparence et une communication efficace sont nécessaires sur les programmes de l'UE et des États membres avec les pays tiers.

Les principales conclusions en matière de **recherche et développement** sont 1) que le financement des *points focaux* nationaux est soumis à des pressions et 2) que la recherche sur le cannabis dans et hors de l'UE devrait faire l'objet d'une plus grande attention.

Les points suivants ont été mis en évidence dans le **plan d'action 2017-2020 :**

- Renforcement des mesures de réduction des risques ;
- Renforcer l'échange d'informations;

- Poursuivre la mise en œuvre généralisée des normes de qualité de l'UE en ce qui concerne les activités contribuant à la réduction de la demande (de la prévention à la réhabilitation) ;
- Renforcer le dialogue entre les décideurs politiques, la communauté scientifique et la société civile ;
- Renforcer l'implémentation de l'Outcome Document de l'Ungass 2016 "*Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem*";
- Renforcer *evidence based training;*
- Plus d'attention pour la polyconsommation, y compris les médicaments psychoactifs.

L'évaluation du plan d'action 2017-2020 sera exécutée en 2020. Les préparations par la Commission européenne ont déjà démarré.

Pour plus d'informations, voir http://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/eu-action-plan-drugs-2017-2020_en.

3.15.2. Conseil de l'Union européenne : Conclusions du Conseil sur les standards minimaux de qualité

Suite à une des priorités de la stratégie drogues UE 2013-2020 et plus particulièrement dans le cadre de l'action n°9 de l'objectif n°3 du plan d'action drogues UE 2013-2016, on a pris l'initiative de définir et mettre en œuvre des standards de qualité minimaux au niveau de l'UE. Ces standards visent à traduire les preuves scientifiques dans la pratique des *interventions limitant la demande* (*initiatives de réduction de la demande*), allant de mesures de prévention, de réduction des risques et des dommages, de traitement, d'intégration sociale et de réhabilitation. Une liste de 16 standards de qualité a été établies par un groupe d'experts et traduit dans un document technique à l'attention des professionnels du terrain. Ces standards de qualité ont été portés à l'attention des États membres de l'UE sous la forme d'une conclusion du Conseil. Bien que les conclusions du Conseil ne soient pas contraignantes, les États membres ont exprimé leur volonté politique d'organiser des *interventions limitant la demande* sur la base de résultats scientifiques.

3.15.3. Nations Unies: United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on the world drug problem 2016

Du 19 au 21 avril 2016, une session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies s'est tenue à New York sur le problème mondial de la drogue. Cette réunion a abouti au document "*Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem*" dans lequel sept recommandations opérationnelles ont été formulées. Un aspect

important de ce document est que, par rapport aux déclarations politiques[19] et ministérielles[20] précédentes respectivement de 2009 et 2014, l'équilibre entre les mesures limitant l'offre et les mesures limitant la demande fait l'objet d'un suivi. En outre, l'UNGASS 2016 reconnaît certaines nouvelles tendances et évolutions du problème de la drogue, telles que les nouvelles substances psychoactives (NPS), l'utilisation d'Internet et du Darknet, les aspects des droits de l'homme dans la politique en matière de drogue, etc.

La Belgique défend une implémentation poussée de l'Outcome Document de l'UNGASS 2016 et demande une attention internationale pour le deuxième objectif opérationnel de ce document, à savoir "*assurer la disponibilité et l'accès des substances contrôlées à des fins médicales et scientifiques*". D'après la conclusion selon laquelle 75 à 80% de la population mondiale n'a pas ou très peu accès aux médicaments inclus dans les conventions internationales relatives à la drogue, la Belgique a déjà (co)sponsorisé divers événements lors des réunions de la Commission des stupéfiants pour la période 2016-2018.

3.15.4. OEDT

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) est une agence européenne décentralisée qui fournit des informations factuelles, objectives, fiables et comparables sur les drogues illicites, la dépendance et ses conséquences possibles.

Le *recast Regulation* de l'OEDT constitue la base du cadre opérationnel actuel de l'Observatoire. Pour la première fois, un plan stratégique décennal a également été publié : **Strategy 2025**. L'Observatoire veut contribuer à une Europe plus saine et plus sûre et répondre aux besoins en information des décideurs politiques et des professionnels du terrain aux niveaux européen, national et international. Les activités de l'Observatoire visent en fin de compte à soutenir les objectifs de la stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020) et des plans d'action de l'UE qui l'accompagnent, qui visent à réduire à la fois la demande et l'offre de drogues illicites et à contribuer ainsi à la réduction de l'usage de drogues et la réduction des menaces associées à ce phénomène.

Une clarification des objectifs spécifiques, des points d'action, des priorités et des résultats principaux attendus a été incluse dans les documents stratégiques pluriannuels : La Planification stratégique 2013-15 et 2016-18. L'Observatoire a aligné ses activités sur les priorités de l'UE,

[19] Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem, reprise par la Commission sur les Stupéfiants en 2009.
[20] Joint Ministerial Statement of the 2014 high-level review by the Commission on Narcotic Drugs of the implementation by Member States of the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem.

ce qui a entraîné la répartition de ses ressources scientifiques dans deux unités importantes : l'unité de Santé publique et l'unité des Risques pour la Sécurité et la Protection publique. L'objectif était de continuer à fournir des données et des analyses essentielles aux décideurs et de faire face à la crise croissante des NPS, qui a conduit à la mise en place d'un système d'alerte précoce et d'un système d'évaluation des risques (Early warning system, EWS).

Le **réseau Reitox de points focaux nationaux** (NFPs) est considéré comme une pierre angulaire du travail et des activités de l'OEDT, dont la tâche principale est de surveiller et de diffuser des informations sur la situation en matière de drogue en Europe de manière harmonisée et standardisée. Dans le cadre de la **Stratégie 2025 de l'OEDT**, un cadre de développement Reitox (Reitox Development Framework, RDF) a été introduit en 2018.

Le RDF a été mis au point en étroite coopération avec les points focaux nationaux afin d'identifier les travaux et objectifs communs que le réseau doit atteindre dans les années à venir. Le document énumère également les mesures adoptées pour développer davantage les capacités du NPF et pour améliorer la qualité de la collecte et de l'analyse des données.

Les principales réalisations de l'OEDT pour la période 2014-2018 sont les produits et services immédiats produits par l'Observatoire.

Celles-ci comprennent :

- les différents rapports périodiques, c'est-à-dire la rapports annuels et pluriannuels comme le Rapport européen sur les Drogues (EDR), les aperçus annuels des statistiques (SB) des rapports nationaux, le EU Drugs Market Report (EDMR) et le European Drug Responses Report (EDRR) ;
- rapports thématiques et techniques et autres résultats écrits ;
- formation et renforcement des capacités ;
- analyses stratégiques et situationnelles et évaluations de la menace ;

L'Observatoire a également implémenté des instruments de monitoring innovants avec lesquels on peut identifier des changements dans les schémas de consommation de drogues et qui ne sont pas détectés par les mécanismes existants et réguliers. Ceci concerne entre autres :

- l'analyse des eaux usées ;
- des recherches basées sur Internet ;
- études de dépistage des tendances.

Malgré ces nouveaux instruments de monitoring, il reste de nombreux obstacles pour une meilleure estimation de l'usage de drogues en UE, entre autres pour les polyconsommations et l'abus de médicaments.

Les autres résultats sont des résultats intermédiaires secondaires découlant des produits susmentionnés. Celles-ci incluent l'échange d'informations facilité et des décideurs politiques et des responsables de la mise en œuvre mieux informés, le transfert de savoir-faire et une coopération et une cohérence améliorées avec les partenaires externes.

Par exemple, l'OEDT collabore déjà étroitement avec Europol et d'autres agences pour la justice et les affaires intérieures dans le domaine de l'offre en matière de drogue et de la sécurité connexe. L'émergence de nouveaux marchés, en particulier via Internet, liés à l'évolution des itinéraires de trafic, a constitué un défi majeur ces dernières années. Les collaborations étroites avec d'autres agences se reflètent certainement aussi dans les rapports conjoints occasionnels.

En 2018, la Commission européenne a commandé une évaluation du fonctionnement de l'OEDT tous les six ans. Cinq critères d'évaluation ont été appliqués : pertinence, efficacité, efficience, cohérence et valeur ajoutée de l'UE. L'Observatoire a généralement été évalué positivement. Les produits actuels de l'Observatoire se sont révélés durables et largement adaptés aux besoins des parties prenantes de l'EMCDDA. L'Observatoire a reçu plusieurs recommandations, notamment le renforcement de ses activités en matière d'offre du marché des drogues grâce au développement continu d'indicateurs pertinents et à la collecte de données correspondantes.

CHAPITRE 4 : Quinze thèmes de discussion pour la prochaine législature

Lors de la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique du 2 juillet 2017, il a été convenu de *« compléter le rapport annuel 2018 avec des recommandations politiques de la CGPD pour la prochaine législature : réalisations, priorités, points névralgiques. Le rapport annuel 2018 et ses recommandations seront soumis à la première RTD de 2019 ».*

Ce chapitre contient quinze sujets de discussion que la Cellule générale de Politique Drogues et la Réunion Thématique Drogues considèrent comme importants dans le contexte d'une future politique globale et intégrée en matière de drogues. Ces thèmes sont brièvement décrits sur la base d'informations objectives et en tenant compte des débats qui ont eu lieu au sein de la Cellule générale de Politique Drogues au cours de la dernière législature. Il appartient aux futurs négociateurs gouvernementaux et aux cellules politiques compétentes d'évaluer l'opportunité de ces thèmes et d'en déterminer les priorités.

4.1. Consommation nocive d'alcool

La question de l'alcool est à l'ordre du jour de la Cellule générale de Politique Drogues depuis l'adoption en 2008 de la Déclaration conjointe sur une politique globale et intégrée en matière d'alcool par la CIM Santé publique.

Certaines données récentes donnent une bonne description du problème. L'enquête de santé par interview de 2013 donne des informations spécifiques sur la consommation d'alcool dans la population belge.

Il en ressort entre autres que :

- **14% de la population boit quotidiennement de l'alcool, un taux en constante progression** depuis 1997.
- 82% de la population (de 15 ans et plus) consomme de l'alcool, un chiffre resté stable dans le temps.
- 6% de la population a tendance à boire trop, soit plus de 14 verres de boissons alcoolisées par semaine pour les femmes et de 21 verres par semaine pour les hommes, un comportement toutefois en déclin par rapport à 2001-2008 (8-9%).
- 8% de la population présente une consommation hebdomadaire de 6 boissons alcoolisées ou plus en une même occasion. Le cas échéant, le temps moyen au cours duquel les 6 boissons alcoolisées sont bues est de 5 heures.

- 5% de la population a eu au moins un épisode d'ivresse ponctuelle (« binge drinking ») au cours des 12 mois précédant l'enquête, c'est-à-dire le fait de consommer 6 boissons alcoolisées en 2 heures de temps.
- Les hommes sont plus enclins que les femmes à avoir un comportement à risque en matière de consommation d'alcool.
- Le profil de consommation varie avec l'âge. Les jeunes (15-24 ans) qui boivent ont tendance à concentrer leur consommation alcoolique sur peu de jours de la semaine et boivent en peu de temps – à l'occasion des sorties probablement – tandis que les adultes en vieillissant étalent leur consommation sur plusieurs jours, voire sur tous les jours de la semaine et boivent à un rythme moins soutenu (cf. ivresse ponctuelle).

L'étude SOCOST mentionnée ci-dessus sur le coût social des drogues illégales, alcool, tabac et médicaments psychoactifs pour l'année 2012 en Belgique révèle ce qui suit :
- Les coûts directs de la consommation d'alcool s'élèvent à 1,29 milliards d'euros.
- Les coûts indirects de la consommation d'alcool s'élèvent à 744 millions d'euros.
- Plus de 290 000 années de vie en bonne santé sont perdues à cause de la consommation d'alcool.

L'European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD[21]) est destiné à collecter des données sur la consommation de substances chez les élèves de 15 à 16 ans afin de suivre les tendances au sein des pays et entre eux. Seules les Communautés flamande et germanophone contribuent à cette enquête. Il ressort de cette étude que :

- 32% des jeunes belges ont déjà consommé de l'alcool à 13 ans ou plus tôt ;
- 3% des jeunes de 13 ans ou moins ont déjà eu une intoxication causée par l'alcool ;
- 80% des 16 ans ou moins ont déjà consommé de l'alcool ;
- 12% des 16 ans ou moins ont été intoxiqués par l'alcool au cours des 30 derniers jours ;
- La prévalence de consommation est plus grande auprès des filles (83%) que des garçons (77%).

Ces dernières années, les connaissances scientifiques sur les causes de la consommation nocive d'alcool et sur l'inefficacité de certaines mesures ont encore augmenté. Sous l'impulsion du programme de recherche fédéral drogues, certaines études (d'évaluation) ont également été financées dans notre pays.

[21] http://www.espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf

Ces connaissances et cette prise de conscience grandissantes ont élargi et intensifié le débat social sur l'alcool au cours des dernières années. Quelques exemples : les « mois sans alcool » et un positionnement plus actif des professionnels de la santé, des experts du vécu ou du monde universitaire dans les médias.
La CGPD a défini ce thème comme prioritaire au début de la législature. Plusieurs consultations ont été organisées et un groupe de travail ad hoc a tenté de parvenir à une politique coordonnée et commune. Malgré l'absence d'un accord global, plusieurs mesures spécifiques ont été prises par les ministres compétents.

Les discussions au sein de la CGPD ont montré une fois de plus que les arguments en matière de santé, de sécurité, d'économie et d'idéologie font partie intégrante du débat. Certains points de divergence importants demeurent : l'âge minimum pour l'achat d'alcool, l'établissement du prix, la régulation de la capacité et du contenu de la publicité sur l'alcool, le nombre et la localisation des points de vente des boissons contenant de l'alcool, le taux d'emploi généré dans le secteur de l'alcool, la liberté individuelle et la responsabilité du consommateur et plus encore.

Pour chaque consommation de substances faisant l'objet de discussions et de mesures au sein de la Cellule générale de Politique Drogues, la consommation nocive d'alcool a le plus grand impact au niveau des dommages et des risques pour la santé dans la population générale et dans des groupes spécifiques tels que les jeunes.

Le Cellule générale de Politique Drogues est par conséquent d'avis que, pour les années à venir, il faudra poursuivre les travaux en vue de la mise en place d'une politique globale et intégrée en matière d'alcool en vue d'une réduction substantielle de la consommation nocive d'alcool, en tenant compte de tous les éléments susmentionnés.

4.2. Unités de crise dans les hôpitaux généraux et psychiatriques pour personnes en situation de cris psychique et/ou avec une problématique de consommation

Dans le cadre de la mise en œuvre de la note fédérale de politique drogues de 2001, l'autorité fédérale Santé publique a lancé des projets pilotes pour l'accueil des personnes avec une problématique de consommation qui se trouvent en situation de crise. En effet, les services d'urgences habituels n'étaient pas ou pas suffisamment équipés pour accueillir adéquatement ces patients. En 2019, neuf de ces unités sont opérationnelles et réparties dans tout le pays.

Ces unités sont constituées d'une équipe multidisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologues, …) de 11 ETP pour quatre lits.

L'objectif de ces unités est d'offrir une prise en charge intensive de maximum 5 jours pour stabiliser la situation somatique du patient. En parallèle, un trajet de soins est préparé par un

case manager en étroite collaboration avec le patient. Ce trajet de soins débute à la fin du séjour hospitalier.

La recherche scientifique et les analyses du SPF Santé publique démontrent que ces unités répondent à un besoin important :

- Ces unités accueillent 4.500 patients annuellement ;
- En 2017[22], plus de 90% des patients ont un problème de consommation de substance ;
- L'alcool représente 47% des motifs d'admissions, suivi par le cannabis (10,9%) et la cocaïne (9%). Les benzodiazépines (8,1%) et les opiacés (6,2%) ferment la marche ;
- Les patients admis sont pour la plupart précarisés puisque seulement 25% sont actifs sur le marché de l'emploi.
- Les femmes représentent environ 40% des admissions.

Ces unités s'intègrent dans la réforme des soins en santé mentale via leur participation dans les réseaux et l'échange d'expertise avec les équipes mobiles, …

Comme déjà dit, ce projet a été évalué par une équipe scientifique en 2010[23]. Le Conseil national des Etablissements hospitaliers a également rendu un avis[24] sur cette offre de soins en 2014.

Actuellement, ces unités sont financées par le Service publique fédéral Santé publique avec des contrats annuels financés par les moyens financiers des hôpitaux.

Compte tenu des possibilités offertes par ces unités, de leur intégration dans l'offre de soins et des évaluations scientifiques favorables, la Cellule générale de Politique Drogues recommande de lancer un débat approfondi sur l'ancrage structurel de ces unités dans la législation et le financement existants. Cela implique, entre autres, des discussions sur la programmation, la législation organique, les normes de ces unités, etc. Les Ministres compétents en matière de Santé sont ici les acteurs les plus impliqués.

[22] Rapport Unités de crise 2017, SPF SPSCAE
[23] https://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=fr&COD=DR%2F39
[24]https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/20140109-avis-la-capacite-daccueil-necessaire-du-projet-pilote

4.3. Unités intégrées dans les hôpitaux psychiatriques pour personnes présentant un double diagnostic (consommation de substances et santé mentale)

En application de la note politique fédérale drogues de 2001, le gouvernement fédéral Santé publique finance deux unités dans des hôpitaux psychiatriques (PC Gent-Sleidinge et l'ISOSL) pour la prise en charge de patients avec un double diagnostic. Le double diagnostic se réfère ici à une combinaison d'un trouble psychotique ou bipolaire d'une part et d'une consommation problématique de substances d'autre part. Les unités comprennent chacune une équipe multidisciplinaire (psychiatres, infirmiers, psychologues, assistants sociaux, ergothérapeutes,...) de dix-sept ETP pour quinze lits. Ils offrent un traitement intégré d'une durée maximale de six mois, qui peut être prolongée une fois. Un case manager est responsable de la préparation du processus de soins qui commence après le séjour à l'hôpital.

Ces unités ont été mises en place après avoir constaté que l'offre de soins existante ne pouvait pas répondre de manière adéquate aux besoins en soins des patients présentant ce double diagnostic. En effet, la pratique a montré une approche plus séquentielle (traitement de la consommation problématique de substances, suivi du traitement de la psychose ou vice-versa) au lieu d'une approche intégrée qui est pourtant préférable pour cette problématique.

La recherche scientifique et les analyses du SPF Santé publique démontrent que ces unités répondent à un besoin d'un groupe précarisé de patients :

- En 2017, ces unités ont accueilli 129 patients[25]. ;
- Le profil des patients varie d'une unité à l'autre mais la substance principalement consommée est le cannabis. La cocaïne est la deuxième drogue la plus consommée à Sleidinge. Les opiacés sont la deuxième substance la plus consommée à Liège ;
- Seuls de rares patients sont actifs professionnellement ;
- Près de 30% d'entre eux sont sans domicile.

Ces unités s'intègrent dans la réforme des soins en santé mentale via leur participation dans les réseaux et l'échange d'expertise avec les équipes mobiles.

Ce projet a été évalué par une équipe scientifique en 2008[26]. Le Conseil national des Etablissements hospitaliers a également rendu un avis[27] sur cette offre de soins en 2011.

[25] Rapport 2017 'projet pilote double diagnostic', SPF SPSCAE
[26] https://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=fr&COD=DR%2F21
[27]https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/20110210-avis-concernant-les-projets-traitement-intensif-psychiatriques

Actuellement, ces unités sont financées par le Service publique fédéral Santé publique avec des contrats annuels financés par les moyens financiers des hôpitaux.

Compte tenu des possibilités offertes par ces unités, de leur intégration dans l'offre de soins et des évaluations scientifiques favorables, la Cellule générale de Politique Drogues recommande de lancer un débat approfondi sur l'ancrage structurel de ces unités dans la législation et le financement existants. Cela implique, entre autres, des discussions sur la programmation, la législation organique et les normes de ces unités. Les Ministres compétents en matière de Santé sont ici les acteurs les plus impliqués.

4.4. Salles de consommation à moindre risque[28]

Au début de la législature, la Cellule générale de Politique Drogues a entamé des discussions sur la faisabilité et les conditions préalables à la mise en place de salles de consommation à moindre risque, en accordant une attention particulière *aux besoins d'une telle structure et à ses aspects organisationnels, budgétaires et juridiques.*

Les discussions sur ce dossier se sont déroulées dans le cadre d'un groupe de travail avec les cellules politiques et les administrations directement impliquées. La note de synthèse du groupe de travail de 2016 donne un état des lieux concret des définitions, des expériences à l'étranger, et des implications juridiques et a conduit à une étude scientifique. L'étude formule les conditions préalables à la mise en place d'une salle de consommation et les pistes d'un cadre juridique. La Ville de Liège a ouvert un espace malgré la décision du gouvernement fédéral de ne pas présenter un amendement législatif rendant cette structure juridiquement possible.

Actuellement, cet espace fonctionne sous un statut juridique précaire.

[28] Pro memorie : les salles de consommation à moindre risque sont des espaces où les personnes peuvent consommer des drogues illicites sous la surveillance de personnel formé. L'OEDT décrit la conception et les objectifs en ces mots: *"These facilities primarily aim to reduce the acute risks of disease transmission through unhygienic injecting, prevent drug-related overdose deaths and connect high-risk drug users with addiction treatment and other health and social services. They also seek to contribute to a reduction in drug use in public places and the presence of discarded needles and other related public order problems linked with open drug scenes. Typically, drug consumption rooms provide drug users with: sterile injecting equipment; counselling services before, during and after drug consumption; emergency care in the event of overdose; and primary medical care and referral to appropriate social healthcare and addiction treatment services."*

La Cellule générale de Politique Drogues est d'avis qu'un cadre plus durable pour les salles de consommation à moindre risque en Belgique devrait être discuté en tenant compte des résultats de l'étude scientifique sur le sujet, ainsi que des expériences et des résultats de la salle de Liège.

4.5. Psychotropes

Ces dix dernières années, les prescriptions et la consommation de psychotropes connaît une forte augmentation.

La consommation de médicaments psychotropes a fortement augmenté, mais cette tendance semble s'être stabilisée ces dernières années et même avoir diminué pour les somnifères et les calmants.

En ce qui concerne les **antidépresseurs**, nous constatons une augmentation des prescriptions année après année. Sur la base des données pharmanet, le nombre de DDD prescrites est passé de 213 180 260 DDD en 2006 à 325 368 860 et en 2017, ce qui représente une augmentation de 52%. Cependant, il y a des indications d'un revirement. Le nombre de belges ayant reçu au moins une boîte à la pharmacie a diminué pour la première fois en 2017, passant de 1 202 226 patients uniques en 2016 à 1 199 586 patients uniques en 2017.

En ce qui concerne les **somnifères et calmants**, nous constatons une diminution progressive du nombre de DDD délivrées dans les officines publiques. Cependant, il convient de souligner un point important : les médicaments non remboursés n'étant pas enregistrés dans pharmanet, il est très difficile d'obtenir un tableau complet de l'usage de ceux-ci sur la base des chiffres issus des prescriptions.

En ce qui concerne l'utilisation du **méthylphénidate** (psychostimulants) chez les enfants et les adolescents (médicaments remboursés), nous observons une forte augmentation entre 2004 et 2011, suivie d'une stabilisation.

Au cours des dernières années, des investissements ont été réalisés, entre autres, dans la formation des prescripteurs, la sensibilisation des patients et de nouveaux modèles de soins dans les centres d'hébergement et les centres de soins.

Le Cellule générale de Politique Drogues recommande de maintenir l'échange d'informations renforcé sur la politique en matière de psychotropes et, dans la mesure du possible, de développer des synergies entre les services compétents aux niveaux régional et fédéral.

4.6. Tabac

La politique fédérale anti-tabac a été mise en place en 2016 et comprenait des mesures visant à limiter la demande (telle que le remboursement adapté de l'accompagnement au sevrage tabagique) et l'offre. Cette politique a également été discutée avec les entités fédérées qui ont effectué leurs propres investissements. Une interdiction de fumer dans les voitures en présence d'enfants en est un exemple.

Pour réduire encore davantage le nombre de fumeurs, la Cellule générale de Politique Drogues estime qu'un débat plus approfondi est nécessaire pour élaborer des actions plus ambitieuses et mieux coordonnées. Quelques points de discussion sont l'âge minimum auquel on peut acheter du tabac, la vente de tabac dans les supermarchés et la meilleure orientation des groupes vulnérables vers des programmes de sevrage tabagique.

4.7. Testing des drogues illicites

L'offre de drogues illicites et de nouvelles substances psychoactives, qui échappent pour l'instant à la législation sur les drogues, a augmenté aussi bien dans l'UE qu'en Belgique. En raison notamment de l'afflux de nouvelles substances psychoactives, dont la composition et le dosage ne sont souvent pas connus, les risques pour la santé ont également augmenté. En Belgique en 2016, on a au moins constaté 5 décès[29] liés au NPS.

Les substances trouvées sont analysées en laboratoires scientifiques. Les résultats de l'analyse sont communiqués à toutes les parties concernées via l'Early Warning System (BEWSD). La nouvelle législation prévoit la création d'un réseau d'incidents liés à la drogue pour le partage de données entre les centres d'aide, les services d'urgences, les postes de secours, les laboratoires et le BEWSD. Cela nécessitera une concertation avec les communautés pour définir les « stations sentinelles » qui enregistreront les incidents liés à la drogue et en feront rapport au BEWSD.

[29] http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/belgium/drug-harms_en

La Cellule générale de Politique Drogues recommande de continuer à travailler à l'optimalisation du BEWSD, y compris pour son cadre réglementaire et financier. Dans ce contexte, la Cellule générale de Politique Drogues recommande également la tenue d'une discussion sur la création éventuelle de services provinciaux chargés de tester les drogues illicites. Grâce à leur rassemblement d'informations relativement rapide, ces services pourraient compléter de façon importante l'image existante de l'offre de substances psychoactives sur le marché.

4.8. Traitements de substitution

L'efficacité des traitements de substitution a été démontrée scientifiquement et ils sont également largement utilisés en Belgique. En raison de divers facteurs, notamment la dernière réforme de l'État, les réglementations existantes doivent être mises à jour. De plus, des questions se posent sur la capacité des centres spécialisés, l'enregistrement obligatoire du patient, la collecte de données épidémiologiques, la liste des substances à réglementer, etc.

La Cellule générale de Politique drogues recommande que le débat sur une règlementation coordonnée et un plan d'implémentation, assorti d'un financement adéquat, soit mené à son terme au cours de la prochaine législature. À cette fin, on peut se baser sur les travaux préparatoires de la législature passée, les recherches scientifiques approfondies et les nombreuses expériences pratiques.

4.9. Jeux de hasard et d'argent

Au cours de la dernière législature, ce thème a été traité de manière approfondie pour la première fois au sein de la Cellule générale de Politique drogues. Le débat a été accompagné de consultations approfondies avec des travailleurs du terrain et des chercheurs, ainsi que par un avis du Conseil supérieur de la santé. En mai 2018, la Réunion thématique Drogues a approuvé une note de vision. Les débats ont notamment révélé un manque de données fiables pour cerner la problématique et mieux organiser l'offre de soins. Néanmoins, certaines mesures concrètes ont déjà été prises, telles qu'une restriction de l'offre de jeux et un meilleur enregistrement de celle-ci.

La Cellule générale de Politique drogue recommande d'analyser d'avantage le problème des jeux de hasard et d'argent, sous toutes ses dimensions, en vue d'une politique plus adéquate répondant à la fois à l'offre et à la demande. Une attention particulière pourrait être accordée à la manière la plus adéquate de répondre aux besoins en matière de soins, mais également à une analyse d'impact des mesures les plus récentes visant à limiter l'offre sur le marché des jeux de hasard et d'argent.

4.10. Usage médical du cannabis

Depuis quelques années, l'usage médical du cannabis et des cannabinoïdes est possible dans plusieurs pays européens. Néanmoins, il existe de grandes différences entre les groupes cibles et la forme sous laquelle le médicament peut être administré. En Belgique, depuis 2016 un produit est sur le marché pour le traitement de la sclérose en plaques. Dans d'autres pays, tels que l'Allemagne et les Pays-Bas, le cannabis peut être prescrit sous forme magistrale à un groupe plus large de diagnostics. Le débat social sur l'utilisation médicale du cannabis et des cannabinoïdes montre l'intérêt dans les possibilités de ce produit chez les patients et les professions de santé. En cas d'élargissement éventuel de l'offre des formes médicales de cannabis et de cannabinoïdes, il convient de prendre en compte les éléments de preuve disponibles et les implications organisationnelles, juridiques et budgétaires. Par exemple, la production éventuelle de cannabis à des fins médicales en Belgique ne peut être réalisée que par la création d'un bureau cannabis fédéral, qui doit notamment contrôler la production et l'achat des produits.

La Cellule générale de Politique drogue recommande de mener un débat sur l'élargissement des possibilités de prescription et de délivrance de cannabis et de cannabinoïdes à des fins médicales, y compris la création d'un bureau cannabis fédéral. Les implications des conditions préalables à de telles mesures, comme l'information des professionnels de santé, des centres spécialisés et des patients, mais éventuellement aussi de l'ensemble de la population, devraient être incluses dans le débat.

4.11. Usage récréatif du cannabis

En 2015, la cellule générale de Politique drogue a finalisé sa note de synthèse sur l'utilisation du cannabis à des fins récréatives. Ce thème a connu divers développements nationaux et internationaux au cours des quatre dernières années. Au niveau national, la législation sur la possession de cannabis a été modifiée pour améliorer son applicabilité. Certains pays ou états ont décriminalisé ou légalisé l'usage récréatif du cannabis et/ou ont commencé un approvisionnement en cannabis contrôlé par le gouvernement.

La Cellule générale de Politique Drogue recommande de mener un débat approfondi sur la politique en matière de cannabis en Belgique, en tenant compte des recherches scientifiques, de l'expertise pratique de tous les secteurs concernés et du contexte international. L'analyse technique de 2015 peut servir de base. À cet égard, la Cellule souligne la distinction stricte qui doit être maintenue entre la politique d'utilisation du cannabis et des cannabinoïdes à des fins médicales d'une part et l'utilisation récréative du cannabis d'autre part. En effet, les visions et les mesures politiques diffèrent fondamentalement par leur conception et leurs implications juridiques et organisationnelles.

4.12. Prévention

Selon la dernière analyse des dépenses publiques, un pourcent semble aller à la politique de prévention. Ce pourcentage a diminué de 20% par rapport à 2008. La Cellule générale de Politique drogue a souligné à plusieurs reprises l'importance de la prévention en tant qu'un des piliers primaires de la politique en matière de drogue. Cependant, cette politique de prévention est confrontée à des défis complexes, tels que la multiplicité des groupes cibles et des domaines de vie où elle doit être déployée, les évolutions rapides du nombre de substances et de leur utilisation, l'accessibilité des groupes cibles, les facteurs culturels (aussi bien dans la facilitation de l'usage qu'en le rendant tabou par exemple) et la complexité d'évaluations fiables des activités de prévention.

Néanmoins, la Cellule générale de Politique drogues estime qu'un renforcement de la politique de prévention est nécessaire. Cette question devrait être examinée au sein de la Cellule générale de Politique drogues, notamment en raison du lien étroit qui existe entre le rôle des professionnels de soins de santé primaire et la possibilité d'un meilleur échange de bonnes pratiques. La possibilité d'investissements supplémentaires peut également être une piste pour une politique de prévention plus efficace.

4.13. Collecte et analyse des données

La CGPD a souligné à maintes reprises l'importance d'une collecte et d'une analyse efficaces des données relatives à la demande et à l'offre de substances psychoactives. Les engagements internationaux, comme dans le cadre de la stratégie drogues de l'UE ou les questionnaires de l'ONU, constituent le minimum en la matière. En ce qui concerne les indicateurs de santé, les ministres concernés financent à la fois des enquêtes auprès de la population générale (à partir de 15 ans) et aussi plus particulièrement auprès des jeunes et des mineurs. La police et les services de sécurité (y compris les douanes) peuvent fournir chaque année des chiffres adéquats sur les saisies de drogues illicites. Néanmoins, nous identifions des lacunes dans la collecte et l'analyse des données, tant du côté de la demande que de l'offre.

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies collecte les données nécessaires au niveau européen en ce qui concerne les substances illicites et fournit le soutien nécessaire aux États membres. Le BMCDDA (Sciensano), en tant que point focal national, est l'autorité de coordination et de facilitation pour la Belgique.

La Cellule générale de Politique Drogues recommande de procéder à une analyse de la collecte et de l'analyse des données dans notre pays en lien avec les indicateurs clés de la stratégie drogues de l'UE et de formuler des propositions d'optimisation. Le BEWSD est, par conséquent, le premier point de contact et peut servir d'autorité de coordination pour cet exercice.

4.14. Recherche scientifique

La CGPD souhaite une politique drogues globale et intégrée, fondée sur des preuves scientifiques. En raison de la dimension internationale de la politique en matière d'alcool et de drogues et du rôle des institutions internationales telles que l'OEDT, l'OMS, l'UNODC et l'OICS, de nombreuses preuves sont déjà disponibles au niveau international. Toutefois, la politique en matière d'alcool et de drogues comporte également une composante nationale ou locale, de sorte que des études ciblées restent nécessaires. Le programme fédéral de recherche drogues de BELSPO offre depuis 2002 la possibilité de financer des recherches sur tous les aspects de la politique en matière de drogues. Depuis quelques années, les entités fédérées participent également activement à la priorisation des thèmes et au cofinancement éventuel d'études.

La Cellule générale de Politique Drogues recommande de conserver le Programme fédéral de recherche drogues en tant qu'outil efficace pour appuyer sa politique. L'implication des entités fédérées dans le choix des thèmes et le cofinancement des études devrait être encore renforcée.

4.15. Collaboration avec la société civile

Pour parvenir à une politique en matière de drogue bien établie et réaliste, une coopération sous diverses formes avec la société civile ou civil society est essentielle. Cette coopération est soulignée dans divers documents internationaux et nationaux. La Belgique a une bonne tradition dans ce domaine en communiquant le plus ouvertement possible avec les différentes parties prenantes. Cela se fait par le biais de contacts individuels avec les cellules politiques et les administrations, par le biais d'audiences au nom de la CGPD ou par la participation d'organisations de la société civile à des groupes de travail ad hoc de la CGPD. En 2019, la CGPD a décidé de structurer davantage la consultation des parties prenantes en vue d'une implication la plus efficace possible.

La Cellule générale de Politique drogues recommande d'associer les organisations de la société civile aux travaux selon les principes suivants :

1) La CGPD organise une consultation annuelle avec des représentants de la société civile. Pour déterminer les organisations consultées, le secrétariat de la CGPD lancera un appel selon les critères suivants :

- Implication directe dans la thématique de la consommation de substances ou d'assuétudes comportementales

- Caractère non gouvernemental (mais peut être subventionné par un organisme gouvernemental) ;

- Caractère non commercial ;

- Transparence des statuts, des missions et des sources de financement

Le secrétariat effectuera une première sélection sur la base des critères ci-dessus. Cette sélection sera soumise à la CGPD pour approbation.

2) Pour les dossiers ou chantiers importants pour lesquels un groupe de travail sera constitué, il appartiendra à chaque groupe de travail de déterminer si et comment la société civile peut être consultée de la manière la plus appropriée (consultation ad hoc).

3) L'ordre du jour de chaque réunion de la CGPD ne sera envoyé qu'aux trois organisations coupoles spécialisées dans la prévention, la réduction des risques et l'assistance aux personnes ayant un problème de consommation. Il s'agit du VAD, de la Fedito Bruxelles et de la Fedito wallonne. Ils auront la possibilité de soumettre une candidature pour participer à la réunion sur certains points de l'ordre du jour. Leurs arguments, avis et commentaires doivent être transmis au secrétariat avant la réunion. Sur la base de cette argumentation, la coordination permanente (c'est-à-dire le coordinateur de la CGPD et le secrétariat) décidera d'approuver ou non la candidature.

CONCLUSION GENERALE

En Belgique, la politique drogues a l'ambition d'être globale et intégrée. Ceci implique une inclusion de tous les acteurs politiques concernés, qui alignent l'un l'autre leurs actions et leurs mesures. En conséquence, il est nécessaire de disposer d'une plateforme de coordination, à laquelle toutes les autorités concernées participent et peuvent élaborer des propositions pour validation politique, dans le respect total des compétences individuelles de chacun. Le Cellule générale de Politique Drogues et la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique remplissent ce rôle de manière structurée et efficace.

Plus que les autres années, de nombreux thèmes ont été abordés au cours cette législature : alcool, salle de consommation à moindre risque, jeux de hasard et d'argent, psychotropes, assistance en matière de drogues dans les prisons, dépenses publiques en matière de drogues, dopage, relations avec les organisations de la société civile, tabac, développements internationaux, nouvelles substances psychoactives. .... La communication sur ces thèmes était ouverte et constructive et a conduit à des résultats concrets, tels que des notes de vision, des études scientifiques, un projet pilote, un partage d'informations plus structuré, etc. Cela n'a pu se réaliser que par une implication active des membres et une bonne coopération avec la coordination permanente de la CGPD.

Le rôle du prof. Dr. Brice De Ruyver en tant que coordinateur de la CGPD ne peut être sous-estimé. Son expertise, sa passion et sa force de persuasion ont indéniablement laissé une marque sur la politique drogues dans notre pays et sur les résultats de la CGPD. Sa mort subite en 2017 était donc une perte pour la CGPD, qui devait trouver une nouvelle dynamique.

Par la désignation du Prof. Dr. Etienne De Groot en tant que coordinateur, la collaboration du Prof. Dr. Charles Kornreich en tant que coordinateur adjoint et le secrétariat de la CGPD, la Cellule peut continuer à travailler à ses objectifs dans les années à venir. En raison des réalisations des dernières années, la plupart des éléments sont sur la table pour une discussion approfondie. Dans l'idéal, ces discussions aboutissent à l'adoption d'une nouvelle stratégie politique actualisée avec des actions concrètes. En effet, les derniers documents politiques disponibles datent de 2010 (Déclaration conjointe, sans date de fin) et 2015 (Note Cadre de Sécurité intégrale, avec 2019 pour date de fin). Nous sommes convaincus que les futurs membres de la CGPD utiliseront le dynamisme, l'innovation et l'ouverture d'esprit nécessaires pour mener à bien tous les défis de cette politique en matière de drogues, dans l'intérêt de la santé, du bien-être et de la sécurité de notre société.

ANNEXES

ANNEXE I : COMPOSITION DE LA REUNION THEMATIQUE DE LA CONFERENCE INTERMINISTERIELLE SANTE PUBLIQUE

Pour l'État fédéral:

- Maggie De Block, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, en charge de la Migration et de l'Asile
- Charles Michel, Premier Ministre
- Jan Jambon, Vice-Premier Ministre, Ministre de la Sécurité et de l'Intérieur, chargé de la Régie des Bâtiments remplacé par Pieter De Crem, Ministre de la Sécurité et de l'Intérieur en décembre 2018
- Koen Geens, Ministre de la Justice

Pour la Région wallonne:

- Maxime Prévot, Ministre des travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine, remplacé par Alda Greoli, Vice-Présidente du Gouvernement wallon Ministre de l'Action sociale, de la Santé, de l'Egalité des chances, de la Fonction publique et de la Simplification administrative en juillet 2017

Pour la Communauté flamande et la Région flamande :

- Jo Vandeurzen, Ministre flamand du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille

Pour la Fédération Wallonie-Bruxelles :

- Rudy Demotte, Ministre-Président de la Fédération Wallonie-Bruxelles
- Alda Greoli, Vice-Présidente de la Fédération Wallonie-Bruxelles, Ministre de la Culture, de l'Enfance et de l'Education permanente

Pour la Région de Bruxelles-Capitale :

- Rudi Vervoort, Ministre-Président du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale, chargé des Pouvoirs locaux, du Développement territorial, de la Politique de la Ville, des Monuments et Sites, des Affaires étudiantes, du Tourisme et du Port de Bruxelles

Pour la Communauté germanophone:

- Antonios Antoniadis, Minister für Familie, Gesundheit und Soziales (Ministre de la Famille, de la Santé et des Affaires sociales).

Pour la Commission communautaire commune :

- Didier Gosuin, Ministre, Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la Santé et de la Fonction publique, des Finances, du Budget, de la Patrimoine et des Relations extérieures
- Guy Vanhengel, Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la Santé

Pour la Commission communautaire française :

- Cécile Jodogne, Ministre, Membre du Collège de la Commission communautaire française (COCOF), chargé de la Politique de la Santé.

ANNEXE II : COMPOSITION DE LA CGPD

Pour l'État fédéral:

- 1 représentant pour le Premier Ministre
- 1 représentant pour la Ministre des Affaires Sociales et Santé publique
- 2 représentants pour le Vice Premier Ministre et Ministre des Affaires Intérieures
- 2 représentants pour le Ministre de la Justice

Pour le Gouvernement flamand:

- 1 représentant du Minister-president du Vlaamse Regering
- 3 représentants du Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- 1 représentant du Viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams Minister van Bestuurszaken, Binnenlands Bestuur, Inburgering, Wonen en Gelijke Kansen
- 1 représentant du Vlaamse Vice-Minister-President van de Vlaamse Regering en van de Vlaamse Minister van Onderwijs
- 1 représentant du Minister van Cultuur, Media, Jeugd en Brussel.

Pour le Collège réuni de la Commission communautaire commune :

- 1 représentant du membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (CCC), Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la Santé et de la Fonction publique, des Finances, du Budget et des Relations extérieures
- 1 représentant du membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (CCC), chargé de la Politique de la Santé

Pour le Gouvernement de la Fédération Wallonie Bruxelles :

- 1 représentant pour le 'Vice-Président, Ministre de l'Education permanente, Culture et Enfance
- 1 représentant pour le Ministre Président de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Pour le Gouvernement de la Région wallonne :

- 1 membre pour le Ministre de la Santé, de l'Action sociale, du Patrimoine et des travaux publics

Pour la Commission communautaire française :

- 1 représentant du Collège de la Commission communautaire française (COCOF), chargé de la Fonction publique, de la Politique de Santé et de la Formation professionnelle des Classes moyennes

Pour la Région de Bruxelles-Capitale :

- 1 membre pour le Ministre-Président du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale

Pour la Communauté germanophone:

- 1 membre pour le Minister für Familie, Gesundheit und Soziales (Ministre de la Famille, de la Santé et des Affaires sociales).