



Cellule Générale de Politique Drogues
coordination permanente

RAPPORT ANNUEL

2013



TABLE DES MATIERES

1. Introduction	3
2. Réalisations	4
2.1. Protocole d'accord de la CIM Drogues concernant le plan alcool 2014-2018.....	4
2.2. Legal Highs	7
2.3. Groupe ad hoc reduction des risques.....	9
2.3.1. Mesures judiciaires alternatives (MJA)	9
2.3.2. Les plans stratégiques de sécurité et de prévention (PSPS).....	9
2.3.3. Inventaire des initiatives de collaboration justice-assistance	10
2.3.4. Autres : note concernant la prévention et la Réduction des Risques.....	10
2.4. Protocole d'accord monitoring des depenses publiques	11
3. Cellules de travail cgpd	12
3.1. Cellule Politique de santé drogues	12
3.1.1. Protocole d'accord TDI.....	12
3.1.2. Note concernant les déficits dans les secteurs de la prévention et de la réduction des risques	15
3.2. Cellule contrôle.....	15
3.3. Cellule 'Recherche et Information Scientifique'	15
3.4. Dossiers internationales.....	16
4. Conclusion.....	16
Annexe I Composition de la Conférence Interministérielle Drogues.....	20
Annexe II Composition de la Cellule générale de politique en matière de drogues.....	22



1. INTRODUCTION

L'Accord de coopération entre l'État, les Communautés, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française et les Régions pour une politique de drogues globale et intégrée, a été signé le 2 septembre 2002 par tous les chefs de gouvernement de notre pays. Cet accord met l'accent sur l'importance d'une harmonisation des politiques et d'un consensus sur les grandes lignes de la politique à mener en matière de drogues, qui doit être « globale et intégrée ».

La **Cellule générale de politique en matière de drogues (CGPD)** et une **Conférence Interministérielle (CIM)** sont les organes privilégiés pour y parvenir.

La composition nominative de la **CIM DROGUES** est jointe en annexe I. Les membres ont été nommés par leurs gouvernements respectifs.

Le Ministre fédéral de la Santé publique invite les Ministres, établit l'ordre du jour et préside les réunions.

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 :
 - o 7 voix pour le Gouvernement flamand
 - o 2 voix pour le Gouvernement de la Communauté française
 - o 3 voix pour le Gouvernement de la Région wallonne
 - o 1 voix pour le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale
 - o 2 voix pour le Collège de la Commission communautaire française
 - o 1 voix pour le Collège réuni de la Commission communautaire commune
 - o 1 voix pour le Gouvernement de la Communauté germanophone

La composition de la **Cellule générale de politique en matière de drogues** 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 Communauté française, 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 Cellule générale de politique en matière de drogues, mais ceux-ci ne disposent que d'une voix consultative.



La composition nominative de la CGPD est jointe en annexe II. Les représentants sont nommés par les gouvernements concernés. La CIM a nommé le Prof. Dr. Brice De Ruyver, criminologue à l'Université de Gand, et le Dr. Claire Rémy, médecin et directrice du Réseau d'aide aux Toxicomanes à Bruxelles, en tant que coordinateur et coordinatrice-adjointe.

La CGPD s'est réunie trois fois en 2013. La CGPD comprend également **les cellules de travail « Politique de Santé Drogues », « Contrôle », et « Recherche et Information Scientifique »**. La Cellule Politique de Santé Drogues a été créée par le protocole d'accord en 2001 et est opérationnelle depuis lors. Les autres cellules de travail sont opérationnelles depuis 2011. Ces cellules sont présidées respectivement par un représentant du Ministre de la Justice et du Ministre des Politique Scientifique Fédérale

Les présidents des cellules de travail sont invités aux réunions de la CGPD. Lors de chaque réunion de la CGPD, un feed-back des activités des cellules de travail est demandé ; ce feed-back est repris dans le présent rapport.

Ce rapport contient également un résumé des réalisations majeures de la CGPD et de la CIM Drogues en 2013, tel que prévu à l'article 7 du règlement d'ordre intérieur élaboré en exécution de l'accord de coopération précité.

Les documents de base de la CGPD et de la CIM sont intégralement disponibles à l'adresse www.politiquedrogue.be.

Enfin, nous souhaitons rappeler que les activités de la Cellule portent sur les drogues illégales, le tabac, l'alcool et les médicaments psychoactifs.

2. RÉALISATIONS

La Cellule générale de politique en matière de drogues prépare les dossiers de la CIM. Cette dernière prend ainsi la décision finale.

La CIM Drogues s'est réunie le 17 décembre 2013 , et a pris les décisions suivantes.

2.1. PROTOCOLE D'ACCORD DE LA CIM DROGUES CONCERNANT LE PLAN ALCOOL 2014-2018

La Conférence Interministérielle Santé, dans laquelle tous les Ministres compétents en matière de santé siègent, a approuvé en juin 2008 la Déclaration Conjointe en matière de politique future alcool.



Cette déclaration a été faite suite à un appel de l’OMS vers les États membres¹. Chaque ministre est responsable de l’élaboration des points qui relèvent de sa compétence. La déclaration part d’une approche globale de la consommation d’alcool et formule les actions pour plusieurs domaines de compétence. La Cellule Générale de Politique Drogues est donc l’organe par excellence pour apporter un soutien plus large à cette déclaration.

En 2012, la Cellule Politique Santé Drogues a analysé les différentes réalisations dans le cadre de cette déclaration. Elle arrive à trois constatations : (a) cette déclaration a permis différentes initiatives, (b) quelques mesures doivent être davantage poursuivies et (c) de nouvelles mesures sont nécessaires. Les nouvelles mesures se situent, à côté de la santé, sur différents domaines de compétence. En effet, la politique d’alcool est une thématique qui a besoin d’une approche intégrale.

Les ministres de la Santé Publique ont demandé en décembre 2012 à la Cellule Générale de Politique Drogues de rédiger une version actuelle de la Déclaration avec tous les domaines de compétences intégrés, et celle-ci sera ensuite soumise à approbation en Conférence Interministérielle Drogues. Étant donné que le thème est plus large que la santé et que la charge de travail est relativement grande, la CGPD a préféré mettre en place et missionner un groupe de travail ad hoc alcool. Tous les membres de la CGPD ont pu désigner un représentant pour ce groupe de travail. Ce groupe de travail été composé de 25 membres au total.

Ce groupe de travail qui s’est réuni 8 fois en 2013, a reçu la mission de développer un plan alcool pour la période 2014-2018 qui est orienté vers le plan d’action européen 2012-2020 de l’OMS et du service Global Framework.

Dans le plan qui est centré sur la diminution de la consommation nuisible d’alcool en Belgique, il a été tenté de concrétiser les objectifs ci-dessous :

- la réduction de la surconsommation d’alcool
- la réduction de la consommation problématique d’alcool
- la réduction du binge drinking
- l’amélioration de la collecte et de l’analyse des données
- l’augmentation de l’efficacité des règles en ce qui concerne le marketing, la publicité et l’étiquetage
- la réduction de la disponibilité d’alcool
- l’intensification de la prévention dans le domaine de la santé
- l’amélioration de la qualité des soins
- la baisse du nombre de victimes de la route liées à la consommation d’alcool
- moduler plus efficacement la fixation des prix des boissons alcoolisées

¹ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf



- l'évaluation et la stimulation d'une politique de prévention sur le lieu de travail
- la réduction des nuisances publiques liées à la consommation d'alcool.

La CGPD a également marqué son accord pour soumettre pour avis le projet de plan alcool aux partenaires pertinents du secteur belge (entre autres les travailleurs de prévention) mais également aux experts étrangers (Jurgen Rehm, épidémiologiste, CAMH, Canada ; et Peter Anderson, expert en matière de politique alcool, Université de Newcastle, Angleterre & Université de Maastricht, Pays-Bas). De plus, l'OMS (Lars Moller) s'est proposé pour donner le feedback sur ce plan.

Au cours de la réunion de la CGPD de juin 2013, le projet de plan d'action alcool qui a été développé par le groupe de travail, ainsi que les fiches explicatives qui ont été ajoutées à ce plan, ont été débattus largement.

Au cours des vacances d'été, les (40) réactions des « stakeholders » et des experts ont été analysées. Les résultats de cette analyse ont été repris dans un rapport et présentés au groupe de travail alcool. Ceci a conduit à ce que certaines mesures complémentaires soient reprises dans le projet de plan d'action.

En septembre, le plan a été finalisé, avec l'intention de le soumettre pour approbation aux membres de la CGPD en octobre 2013 et en CIM Drogues du 17 décembre 2013.

Vu le règlement d'ordre intérieur de la CIM et la nature du plan, il fut décidé en octobre, d'intégrer le plan dans un protocole d'accord. Il comprend en effet des objectifs clairs et une méthode de travail pour les réaliser.

Au sujet de certains points d'action, il existait dès le début une grande unanimité au sein de la CGPD. C'est entre autres le cas en ce qui concerne l'intolérance de l'alcool au volant, les mesures en matière de prévention et de sensibilisation et de l'optimisation de l'offre de soins pour les personnes avec un problème d'alcool.

Les thèmes de discussion les plus importants concernaient la réforme de la législation concernant la vente d'alcool aux mineurs et les mesures qui sont centrées sur la diminution de la disponibilité de l'alcool, en particulier pour les groupes vulnérables, comme les jeunes (telles que la vente des boissons alcoolisées au cours de la nuit, dans les points de vente le long des autoroutes et dans les distributeurs automatiques de boissons,...).

L'approbation du plan alcool par tous les ministres a été demandée finalement au cours de la CIM Drogues du 17 décembre 2013. En effet, un nombre restreint de membres n'ont pas marqué leur accord sur les mesures proposées concernant la restriction de l'offre.



Le président a communiqué que le plan, sans l'approbation de toutes les mesures par la CIM, ne peut être approuvé. Les mesures autour de la prévention et de la sensibilisation sont en effet insuffisantes seules pour repousser la consommation nuisible d'alcool.

Il est toutefois ressorti d'un tour de table auprès des différents ministres que beaucoup de soutien existait pour ce projet de plan d'action alcool. Ils déclaraient qu'ils s'apprêtent également à réaliser les actions qui ressortent de leur compétences.

Arriver à un accord sur ce sujet constitue un des défis pour l'avenir proche.

2.2. LEGAL HIGHS

"Legal highs" est un terme générique pour des substances ou produits psychoactifs qui ne sont pas réglementés. Ils sont produits dans le but d'imiter les effets de drogues existantes et de contourner la législation. Le terme englobe une vaste gamme de substances et de produits synthétiques et végétaux dont les "research chemicals", les "pilules de la fête", 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. Le marché des "legal highs" 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.

Etant donné, d'après Europol, que la Belgique fonctionne comme une importante chaîne de production et de distribution de legal highs et que les systèmes d'enregistrement existants et la législation ne sont manifestement pas en mesure d'apporter une réponse rapide à cette problématique en évolution constante, un **groupe de travail ad hoc "substances psychoactives"** a été créé en 2011 au sein de la CGPD.

Ce groupe de travail ad hoc a été chargé, d'ici fin 2012, d'élaborer un nouvel ensemble de mesures en vue de permettre à la Belgique de réagir de manière plus adéquate à la progression rapide de ces substances psychoactives. Des représentants de la Justice, de la Santé publique, de l'AFMPS, de l'INCC, de la Police fédérale, de l'ISP et du Collège des Procureurs-généraux ont participé en 2012 aux activités de ce groupe de travail.

Plusieurs rapports ont été élaborés sur les résultats des activités de ce groupe de travail lors des réunions de la CGPD et à l'intention de la CIM Drogues.

Le groupe de travail "substances psychoactives" a rédigé une note stratégique visant une approche ciblée et novatrice de la problématique dans notre pays. Cette note a été discutée lors de la CIM DROGUES du 15 mai 2012.



En décembre 2012, le groupe de travail NSP a rédigé un avant-projet de loi 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 et l'a transmis à la Ministre fédérale de la Santé publique.

Cet avant-projet de loi a été approuvé par le Conseil des Ministres du 26 avril 2013 et envoyé pour avis au Conseil d'Etat.

Ensuite, le groupe de travail NSP a pris connaissance de l'avis du Conseil d'Etat et a procédé aux adaptations nécessaires. Les textes approuvés ont été signés par les Ministres de la Santé publique et de la Justice en octobre 2013 et ont ensuite été transmis au Parlement pour traitement ultérieur. La loi a été publiée le 10.3.2014²

La loi final contient différentes principes et modifications, à savoir :

- une adaptation de la loi à l'évolution galopante du marché des drogues
- une meilleure exploitation des informations recueillies en matière de drogues en circulation, et notamment de nouvelles substances;
- l'incrimination générique des nouvelles substances;
- l'incrimination des actes préparatoires;
- l'ajout des circonstances aggravantes d'association pour les infractions en matière de précurseurs;
- l'obligation de destruction des substances illicites, matières premières et matériel ayant servi ou destiné à la production de drogues.

Le 17 septembre 2013, la Commission Européenne a présenté un nouveau cadre réglementaire pour l'approche de cette problématique au niveau européen. Or, la procédure nationale portant sur le projet de loi susmentionné sera continuée étant donné le stade préliminaire de la proposition européenne et l'urgence pour une approche adéquate. La mise en place de la réglementation européenne sera suivie étroitement de manière à pouvoir anticiper d'une manière adéquate l'impact sur la législation belge.

Lors de la réunion du 17 décembre 2013, la CIM a pris note de la situation. La CIM drogue a également demandé à la CGPD de prendre en charge le suivi de ce dossier.

² 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



2.3. GROUPE AD HOC RÉDUCTION DES RISQUES

La CIM Drogues a donné, en mai 2012, un mandat au groupe de travail ad hoc 'demande réduction' afin d'apporter une réponse aux points névralgiques concernant la prévention, la réduction des risques et l'assistance. Il a été demandé à ce groupe de travail ad hoc, composé de représentants des Ministres compétents en matière de santé, du Ministre de la Justice et du Ministre des Affaires intérieures, de proposer à la prochaine CIM, une série d'actions politiques en rapport avec les dossiers précédents : le financement des mesures judiciaires alternatives (MJA) et les Plans stratégiques de Prévention et de Sécurité (PSSP).

Les deux dossiers ont été mis à l'ordre du jour de la réunion de la CGPD de 2013 mais les discussions en la matière ont été plusieurs fois ajournées car les représentants des cabinets impliqués n'étaient pas présents. Au final, aucune proposition concrète concernant le financement d'un certain nombre de projets, dans le cadre des mesures judiciaires alternatives et des Plans stratégiques de sécurité et de Prévention, n'a pu être soumise à la CIM Drogues.

2.3.1. Mesures judiciaires alternatives (MJA)

Au cours de ces dernières années, de plus en plus d'alternatives à une sanction judiciaire pour les consommateurs de drogues ont été encouragées, et ce à tous les niveaux de la chaîne pénale. Ces mesures judiciaires alternatives (MJA) sont en grande partie financées par la Justice (et en partie par l'Intérieur) au moyen de subventions temporaires.

Les membres de la CGPD sont demandeurs de plus de clarté sur le financement ultérieur des MAJ. Lors de la réunion de la CGPD de juin 2013, le représentant du Ministre de la Justice a annoncé qu'il ne pourrait communiquer d'avantage en la matière étant donné qu'il faut en premier lieu de plus amples éclaircissements concernant le transfert des compétences, dans le cadre de la réforme de l'état imminent.

Le président de la CGPD a souligné l'importance de cette décision. En effet, il redoute que l'arrêt du financement entraîne à nouveau un afflux de clients dans la chaîne pénale et, partant, dans les établissements pénitentiaires, étant donné que les centres d'aide aux toxicomanes ne pourront, le cas échéant, pas intervenir dans la prise en charge de ces consommateurs de drogues. Une partie de ces centres a tiré plusieurs fois la sonnette d'alarme et a demandé avec insistance qu'une solution soit apportée. Le président attend aussi que la Justice communique clairement sa position concernant (l'élargissement) des chambres de traitement de toxicomanie.

2.3.2. Les plans stratégiques de sécurité et de prévention (PSSP)

Le financement des PSSP a été longtemps incertain également. Les PSSP ont d'abord été prolongés jusqu'en juin 2013 et ensuite, encore une fois pour une période de 6 mois, jusqu'en fin 2013. En ce qui concerne la poursuite du financement dès 2014 et les critères qui seront pris en compte, on ne peut communiquer d'avantage en 2013.



Cette incertitude concernant la poursuite du financement a conduit certains centres, comme l'asbl Transit, un centre d'accueil et d'hébergement pour, entre autres, les consommateurs de drogues à Bruxelles, à demander à la CGPD d'apporter rapidement des éclaircissements sur la poursuite de leur financement (par les Affaires intérieures) car ils risquaient de se retrouver en danger. De façon plus générale, les membres de la CGPD ont également souhaité connaître les critères qui seront pris en compte pour le financement des PSSP dès 2014.

Fin 2013 les affaires intérieures ont communiqué à la CGPD que le PSSP a entre-temps été prolongé pour une période de quatre ans. De plus, il a été communiqué que les contrats concerneront à partir de 2014 les missions principales des affaires intérieures, notamment sur la prévention (liées) des nuisances sociales.

Étant donné que la CGPD (davantage structurelle) recherche une solution pour cette problématique, ce point sera également suivi rigoureusement par la CGPD en 2014. Le président insiste déjà pour plus de clarté et une réaction formelle rapide vers le secteur et vers la CGPD des ministres concernés. Ceci restera dans tout cas une question prioritaire pour la CGPD en 2014, de telle sorte qu'à la prochaine CIM drogues une proposition puisse être soumise en la matière, si les ministres concernés atteignent à ce sujet un consensus.

2.3.3. Inventaire des initiatives de collaboration justice-assistance

Étant donné la création de plusieurs initiatives de collaboration entre la Justice et l'assistance au cours des dernières années, le président a proposé fin 2012 d'en réaliser un inventaire. Étant donné, d'une part, que de plus en plus de patients sont adressés vers l'assistance et, d'autre part, qu'une répartition régionale inégale de la capacité d'assistance a pu être constatée, les nouvelles initiatives atteindront rapidement leurs limites, ce qui aura des conséquences négatives pour la collaboration. Pour pouvoir intervenir de façon proactive, le président estime qu'il est opportun de réaliser un inventaire des initiatives en cours et des problèmes éventuels. Le Président allait en discuter avec le Président de la cellule de travail contrôle, mais compte tenu le fait que cette cellule a été suspendue pour l'instant, ce point est reporté.

2.3.4. Autres : note concernant la prévention et la Réduction des Risques

Le suivi du dossier d'encadrement des initiatives harm reduction fut attribué fin 2012 à la Cellule Politique de Santé Drogues par le groupe de travail ad hoc demand reduction. La CPSD en a fait rapport à plusieurs reprises à la CGPD et, en 2013, à la demande de la CGPD, elle a suivi cette problématique (cfr. 3.1.2.)



2.4. PROTOCOLE D'ACCORD MONITORING DES DÉPENSES PUBLIQUES

En 2012, un Protocole d'accord³ concernant l'implémentation d'un monitoring annuel des dépenses publiques en matière de drogues illicites, de tabac, d'alcool et de médicaments psychoactives a été conclu. Cette tâche - sur base du protocole d'accord - a été attribuée à la coordination permanente de la CGPD et est réalisée à partir d'un scénario qui était annexé à l'étude 'Drugs in Cijfers III'.

Le monitoring des dépenses publiques doit permettre de comparer ces dépenses aux intentions politiques, comme cela est mentionné notamment dans la Déclaration conjointe de la CIM Drogues.

A titre d'exercice, le système a été testé pour la première fois en 2012 pour les données concernant les dépenses publiques en matière de drogues illicites, de tabac, d'alcool et de médicaments psychoactives pour l'année 2010. Le secrétariat de la CGPD a demandé à toutes les autorités compétentes d'indiquer une personne chargée de coordonner et d'envoyer les données.

Il ressort de l'exercice qu'une collaboration adéquate avec toutes les autorités impliquées est essentielle pour rendre possible ce monitoring annuel et pour parvenir à une information complète, fiable et de grand intérêt.

Les résultats (provisoires) de cet exercice ont été présentés pour la première fois en juin 2013. Ces résultats étaient cependant incomplets, étant donné qu'un certain nombre de gouvernements n'avaient pas communiqué leurs données. En outre, les gouvernements impliqués n'avaient pas encore eu l'occasion de valider leurs données.

Par conséquent, le président a décidé que le secrétariat répèterait le monitoring des dépenses publiques en 2013, mais pour les dépenses publiques de l'année 2011 ayant trait aux drogues illicites, au tabac, à l'alcool et aux médicaments psychoactives. Il a sollicité fortement la collaboration de tous les gouvernements. Les résultats ont été présentés à la CGPD en octobre 2013.

Etant donné que cet exercice a délivré des informations intéressantes, on a convenu d'en faire rapport également à la CIM Drogues de décembre 2013. En raison du manque de données de certains gouvernements, ces données étaient incomplètes.

³ Un Protocole d'accord est un document dans lequel les parties parviennent à un consensus sur un domaine spécifique afin d'exécuter une politique concrète, dans laquelle chacun des acteurs s'engage à l'exécuter, dans le cadre de ses compétences. Ce protocole d'accord a été publié le 31 août 2012 dans le Moniteur belge.



Lors de cette CIM, il a été demandé aux ministres impliqués d'être vigilants afin que leurs services puissent délivrer les informations utiles en temps voulu.

La CIM Drogues a réaffirmé son soutien à cet accord. Cet ancrage politique est réellement essentiel afin de pouvoir réaliser, ces prochaines années, un monitoring de qualité qui puisse servir de base à (l'évaluation de) la politique en matière de drogues.

Le secrétariat étudiera entre-temps si la méthodologie de l'analyse peut encore être affinée et comment la charge de travail pour les personnes de contact des gouvernements impliqués peut éventuellement être allégée.

3. CELLULES DE TRAVAIL CGPD

3.1. CELLULE POLITIQUE DE SANTÉ DROGUES

La CPSD s'est réunis quatre fois en 2013. Au cours de ces réunions la «note relative aux défis dans les secteurs de la prévention et de la réduction des risques» fut traitée à plusieurs reprises. En outre, le protocole d'accord TDI fut de nouveau objet de discussions entre les membres de la CPSD.

Comme déjà mentionné ci-dessus, la CPSD a également joué un rôle important dans l'analyse des réalisations dans le cadre de la Déclaration Conjointe sur la politique future en matière d'alcool et la plupart des membres de la CPSD ont participé aux travaux du groupe de travail alcool.

3.1.1. Protocole d'accord TDI

L'enregistrement du Treatment Demand Indicator ou TDI concerne l'enregistrement des demandes de traitements pour une problématique de drogues⁴. Selon l'OEDT⁵ seules les demandes de traitement en matière de drogues illicites doivent être enregistrées. Toutefois, la Belgique a ajouté également les demandes de traitement pour les drogues légales, sur l'insistance de la CGPD. L'enregistrement doit se faire dans les institutions de soins qui prennent en charge des personnes pour le traitement de leur problématique de drogues.

Cet enregistrement TDI n'est pas seulement important sur le plan national car la Belgique doit également délivrer des données au niveau européen.

⁴ L'enregistrement TDI est un des cinq indicateurs principaux de la Stratégie Drogues 2005-2012 de l'UE. Cette stratégie est approuvée par tous les états membres EU.

⁵ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (www.emcdda.eu.int)



La Belgique a réaffirmé son engagement envers le Plan d'Action drogues européen 2009-2012 et 2013 – 2016 à fournir des données (sous forme de tableaux) à l'OEDT. L'ISP⁶, en tant que point focal national, est chargé d'envoyer ces données à l'OEDT.

Etant donné que le protocole TDI belge du 12 décembre 2005 n'était plus conforme aux nouvelles directives du protocole TDI européen⁷, le protocole a dû être adapté rapidement. L'harmonisation du protocole TDI belge, avec les nouvelles directives du protocole TDI européen, doit permettre un enregistrement comparable des demandes de traitement concernant les drogues et l'alcool. Cette actualisation vise d'une part, l'intégration des directives nationales en matière d'échange de données de patients, comme décrit dans le Plan d'action e-Santé 2013-2018. D'autre part, une solution devait être trouvée pour le financement futur de la plateforme technique et de la coordination de l'enregistrement du TDI.

Le Comité de Coordination du Registre, qui a été créé en 2008⁸ sous la présidence de l'ISP, a par conséquent élaboré un nouveau projet de Protocole d'accord⁹ qui a été présenté à la CPSD en mars 2013 par le Dr Van Bussel – qui a été désigné comme coordinateur de l'enregistrement national TDI. Dr Jovan Van Bussel (ISP) a été remplacé entre-temps par M. Jérôme Antoine, en tant que chef de projet TDI. Lors de cette réunion, les membres de la CPSD ont surtout demandé plus de précisions sur le financement de l'enregistrement TDI.

Jusque fin 2014, le financement de la plateforme technique et la coordination du projet par l'ISP ont en effet été assurés par l'INAMI. Un montant de 125.000€ annuel est prévu à cet effet. Dans le cadre de la réforme de l'état à venir, il y a le transfert des compétences (les conventions INAMI). Vu que cela concerne un montant à indexer, les représentants des communautés et des régions craignaient des coûts supplémentaires importants. Ils souhaitent également plus de sécurité concernant la clé de répartition et le transfert des moyens financiers de l'INAMI. Les membres de la CPSD avaient refusé d'approuver le protocole d'accord tant qu'aucun éclaircissement n'avait été apporté.

De plus, ils demandent plus de précisions concernant le rôle des points focaux dans le cadre de l'enregistrement TDI. Concrètement, les membres souhaitent savoir si ces sous-points focaux régionaux avaient encore une fonction séparée à remplir ou si celle-ci était reprise par la plateforme technique de l'ISP.

⁶ Institut scientifique de Santé publique

⁷ Version 3.0

⁸ Ce comité de coordination est constitué de représentants des centres de traitement et des réseaux d'enregistrement, des points focaux national et régionaux du réseau REITOX, des acteurs institutionnels pertinents et de la Cellule Politique de Santé Drogues. Etant donné que le TDI sera désormais enregistré en prison, un certain nombre de représentants de la Justice participent à ce comité ce comité est compétent pour l'élaboration d'un certain nombre d'aspects techniques de l'enregistrement et doit veiller à la façon dont le transfert des données entre les instances impliquées puisse être organisé conformément aux règles de protection de la vie privée

⁹ Ce projet de Protocole d'accord remplace le Protocole d'accord de 2005.



Malgré la réticence de certains membres de la CPSD, le SPF Santé publique a insisté fortement afin que le Protocole d'accord soit rapidement approuvé pour pouvoir élargir l'enregistrement TDI à tous les hôpitaux belges. En effet, un projet pilote a démarré en 2011 dans 25 hôpitaux. En 2013, 42 hôpitaux participaient à ce projet mais il est prévu qu'à partir de 2015, ce projet soit élargi à tous les hôpitaux belges.

Attendu qu'un simple enregistrement TDI des données hospitalières est toutefois très insuffisant, les membres de la CPSD ont été fortement sollicités pour qu'ils s'engagent à enregistrer le TDI dans les centres de traitement¹⁰ pour lesquels les entités fédérées sont compétentes. Ceci est en effet essentiel afin de pouvoir disposer de données plus complètes et plus valides et ce, pour la Belgique et pour les différentes régions du pays, et qui nous permettront de mieux appréhender le phénomène de drogues. En outre, ces informations permettront également à chaque niveau de compétences de développer une politique adaptée.

Les différents représentants des ministres compétents en matière de santé publique devaient d'ailleurs décider s'ils souhaitaient un enregistrement TDI (harmonisé) sur le plan national et le cas échéant, s'ils étaient d'accord de poursuivre le financement du projet TDI.

Lors de la réunion de mai 2013, les membres de la CPSD élargie ont discuté des différentes solutions avec les représentants de l'ISP. Leurs remarques ont été intégrées dans le projet de Protocole d'Accord, par Jérôme Antoine, chef de projet. Ce protocole d'accord adapté, dans lequel le principe de cofinancement de l'enregistrement TDI national est repris, a été soumis pour accord à la CIM Santé publique du 30 septembre 2013.

Puisque les différents ministres compétents en matière de Santé publique étaient conscients de l'importance d'un enregistrement TDI harmonisé, ils se sont engagés, lors de cette CIM Santé publique, à implémenter les adaptations au sein des systèmes d'enregistrement pour lesquels ils sont compétents et à financer les éventuels coûts supplémentaires résultant de ces adaptations.

Le Protocole d'accord des ministres, compétents en matière de santé publique, concernant l'enregistrement des demandes de traitements concernant les drogues et l'alcool au moyen du Treatment Demand Indicator européen a été publié au Moniteur belge le 21 novembre 2013. Les instruments d'enregistrement adaptés et les façons d'enregistrer prévus dans le nouveau protocole devront être opérationnels au plus tard en janvier 2015.

Le rôle de la CPSD consiste à continuer de suivre et veiller à ce que les dispositions contenues dans le Protocole d'accord soient respectées.

¹⁰ Les centres de traitement sont les centres qui offrent un traitement en matière de drogues ou d'alcool. Il s'agit de centres spécialisés centrés sur le traitement de consommateurs de drogues ou d'alcool ou de centres qui font partie de plus gros centres, où divers groupes de patients peuvent être pris en charge.



3.1.2. Note concernant les défis dans les secteurs de la prévention et de la réduction des risques

A la demande du président de la CGPD une première note a déjà été établie en 2011 en ce qui concerne les points névralgiques en matière de prévention et de réduction des risques. Le président de la CGPD a donné cette mission suite à la recherche « la politique drogues en chiffres III » dans laquelle, entre autre, un sous-financement du secteur « prévention » a été mis en évidence.

Cette note a été débattue en CPSD début 2013. Au sein de la CPSD, on a atteint un consensus pour définir comme suit la notion de « réduction des risques » :
« La réduction des risques est destinée à limiter les conséquences (dommages) de l'usage de substances psychoactives pour les usagers, leur entourage et la société. La caractéristique principale de la réduction des risques consiste à limiter les dégâts liés à l'usage de stupéfiants. »

Un des objectifs de la note est de répertorier toutes lacunes techniques en matière de réduction des risques. Dans le document on insiste également sur le fait que tout travailleur santé devrait pouvoir échanger de manière légale les seringues. Un élargissement éventuel de l'échange de seringues engendrerait toutefois des frais complémentaires, dans un secteur qui est déjà sous-financé en communauté française. En effet, il s'agit non seulement des seringues mais aussi du matériel stérile, comme l'acide ascorbique, les cuillères, etc.

La discussion de la note a été ensuite inscrite à l'ordre du jour plusieurs fois en CPSD, mais la note n'a plus été finalisée en 2013.

Entre-temps, le Groupe Pompidou a également approuvé une déclaration en ce qui concernant la réduction des risques¹¹. Cette thématique doit donc être suivie davantage en 2014.

3.2. CELLULE CONTRÔLE

La CGPD a décidé en 2013 de mettre en attente la cellule de travail 'contrôle' jusque la fin de l'actuelle législature. L'objectif est que cette cellule de travail reprenne ses activités par la suite, en concertation avec les membres de la CGPD.

3.3. CELLULE 'RECHERCHE ET INFORMATION SCIENTIFIQUE'

La Politique Scientifique Fédérale maintient le programme stratégique politique de recherche qui a été mis en place dans le cadre de la note politique fédérale drogues. Les principes de ce

¹¹ http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/documents_EN.asp



programme sont l'excellence scientifique, (b) le regroupement des questions clés pour les différents gouvernement et (c) le cofinancement avec d'autres gouvernements .

Lors de la réunion du mois de mai 2013, il a été annoncé dans le cadre du programme de recherche «drogues» que priorité sera donnée aux thèmes suivants :

- analyse du coût social de la consommation de drogues légales et illicites en Belgique (tabac, alcool et drogues illicites);
- recherche sur les normes de qualité minimales dans les domaines de la prévention, de la réduction des risques et de l'aide en matières de drogues. Il s'agit d'une mise en œuvre des normes de l'Union Européenne dans le contexte belge, en coopération avec les parties pertinente belges;
- analyse des risques pour la santé quant à la destruction des plantations de cannabis et rédaction de propositions politiques.

Finalement, il a été décidé que ces trois thèmes, ainsi que le projet ICARUS seront financés.

Pour plus d'informations sur le programme et les études réalisées et en cours, nous nous référons au site web de la Politique Scientifique Fédérale: <http://www.belspo.be/belspo/fedra/prog.asp>.

3.4. DOSSIERS INTERNATIONALES

Bien que la création de la cellule "coopération internationale" ait été prévue dans l'accord de coopération, il a été décidé, lors de la CIM d'octobre 2010, après analyse des dossiers pouvant être traités par cette cellule et des chevauchements possibles avec les systèmes de coordination existants, de ne pas mettre en place cellule de travail.

Pour les dossiers internationaux, la Cellule Générale de Politique Drogues est le panel privilégié pour veiller à la cohérence des différents points de vue belges.

4. CONCLUSION

Une des réalisations les plus importantes de la CGPD en 2013 fut avant tout la coordination des activités des divers groupes de travail, qui ont été mis en place au sein de la CGPD. Il s'agit principalement des groupes de travail ad hoc 'alcool', ad hoc 'demand reduction' et ad hoc 'substances psychoactives'.

En 2013, le groupe de travail ad hoc 'Alcool' tenta d'élaborer un protocole d'accord relatif au plan alcool 2014-2018, qui aurait constitué le cadre dans lequel est décrite la future politique en matière d'alcool. Ce groupe de travail n'a pas ménagé sa peine afin d'élaborer un ensemble



équilibré de mesures dans divers domaines de compétence. L'objectif était de tenter de réduire la consommation (abusives) d'alcool au moyen d'une approche globale et intégrée. En dépit des efforts déployés par les membres de ce groupe de travail, aucun accord ne put être atteint à ce sujet au cours de la CIM Drogues.

En revanche, les travaux du groupe de travail ad hoc 'substances psychoactives' ont abouti à des résultats concrets, notamment à une modification de la loi afin, à l'avenir, de répondre de manière plus efficace à la problématique croissante des substances psychoactives dans notre pays. Le président a par ailleurs souligné à plusieurs reprises le dynamisme des membres du groupe de travail et la collaboration optimale qui existe entre eux. Dans ce contexte, il est toutefois important d'attirer l'attention sur la législation européenne qui doit être observée de près, de manière à pouvoir suffisamment anticiper l'impact sur la législation nationale.

Bien que, depuis un certain temps déjà, le groupe de travail ad hoc 'Demand reduction' et le secteur insistent pour une réponse à la demande d'un financement (plus structurel) des mesures judiciaires alternatives pour consommateurs de drogues et d'un certain nombre de projets liés à la drogue dans le cadre du Plan stratégique de Prévention et de Sécurité, la CGPD n'a pas réussi à aboutir, en 2013, à un consensus avec les autorités concernées.

La CGPD s'engage à dénoncer à nouveau cette problématique en 2014 auprès des responsables politiques concernés afin d'apporter plus de clarté pour le secteur.

Fin 2013, la CGPD a également décidé de créer un groupe de travail ad hoc 'Cannabis' et ce à l'initiative de Mme Onkelinx, présidente de la CIM Drogues, suite à une question de l'AFMPS sur la position de la CGPD en matière de cannabis médicinal. Ce groupe de travail ad hoc a reçu la mission de faire une évaluation globale de la politique en matière de cannabis (santé, sécurité, législation, ...). Un groupe de travail commun 'médicaments à usage humain' et 'médicaments à base de plantes pour usage médical' au sein de l'AFMPS va émettre un avis sur l'usage médicinal du cannabis. Le groupe de travail soumettra sa note finale, avec ses recommandations, à la prochaine CIM Drogues.

En outre, en 2013, la CGPD a rempli un **rôle de coordination à l'égard des différentes cellules de travail**.

En 2013, la **CPSD** ne s'est plus réunie mensuellement étant donné qu'une partie de ses activités était reprise par différents forums mis en place au sein de la CGPD. La plupart des membres de la CPSD ont également participé aux activités des groupes de travail ad hoc susmentionnés. Cette participation est essentielle afin de s'assurer que l'aspect santé est suffisamment pris en compte lors des discussions sur l'approche de l'alcool, du tabac, des drogues et médicaments psychoactifs.



Le Président de la **Cellule de travail 'Recherche scientifique et information'** a demandé aux membres de la CGPD d'apporter leur contribution à l'appel qui a été lancé pour l'année 2014 dans le cadre du programme de recherche en matière de drogues. Ils ont d'ailleurs été largement invités à prendre part au forum sur les indicateurs en matière de réduction de l'offre qui a été organisé par BELSPO.

En 2013, la **cellule de travail 'Contrôle'** n'a pas encore tourné (notamment en raison des changements fréquents de personnel) à plein rendement. Il a provisoirement été décidé de mettre cette cellule de travail 'en attente'. Ses travaux devraient pouvoir reprendre en 2014 et la CGPD en donnera l'information.

Pour ce qui concerne la partie internationale, en 2013, le rôle de la CGPD s'est principalement limité à donner un feedback sur les dossiers en cours et en ce qui concerne les congrès suivis et stimulé la participation à des enquêtes internationales.

Ensuite, en 2013, conformément au Protocole d'Accord 'Monitoring annuel des dépenses publiques', la mission fut confiée à la Coordination permanente de faire à nouveau, à l'instar de l'étude Drogues en Chiffres III, **une analyse des dépenses publiques dans le domaine des drogues illicites, tabac, alcool et médicaments psychoactifs**.

Il fut demandé à chaque gouvernement de désigner une personne qui serait responsable de la collecte des données pour son gouvernement. La plupart des gouvernements ont apporté une contribution précieuse dans la réalisation d'une première analyse des dépenses publiques susmentionnées. Toutefois, afin d'obtenir des informations fiables et complètes, qui puissent être politiquement utiles et intéressantes, un engagement très clair de la part de tous les partenaires est nécessaire. En 2014, il sera judicieux de chercher comment optimiser davantage cette collaboration et la méthodologie utilisée.

Enfin, il faut mentionner que la CGPD a une fois de plus choisi de fonctionner à 'petit budget'. Pour le fonctionnement de la CGPD, y compris les cellules de travail, un budget annuel de 211.000 euros est prévu, mais celui-ci n'a pas entièrement été dépensé en 2013.

Le solde restant de 67.284 euros a été, conformément à la clé de répartition, réparti entre les différents gouvernements.

Finalement, il faut préciser qu'en 2013, la CGPD a largement réussi à rassembler autour de la table les différents acteurs et autorités impliqués dans la politique en matière de drogues en Belgique en tentant ainsi de stimuler une approche globale et intégrée de la problématique en matière de drogues. Ceci confirme la pertinence de la CGPD et la CIM pour cette problématique. En 2014, le fonctionnement de la CGPD et la CIM doit encore être renforcé afin que les objectifs et les défis soient respectés.



ANNEXES



ANNEXE I : COMPOSITION DE LA CONFÉRENCE INTERMINISTÉRIELLE DROGUES

Pour l'État fédéral :

- Laurette Onkelinx, Vice-Première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions Culturelles Fédérales ;
- Elio Di Rupo, Premier Ministre,
- Joëlle Milquet, Vice-Première Ministre, Ministre de l'Intérieur et de l'Egalité des Chances;
- Didier Reynders, Vice-Premier Ministre, et Ministre des Affaires étrangères, du Commerce extérieur et des Affaires européennes
- Pieter De Crem, Vice-Premier Ministre et Ministre de la Défense
- Johan Vande Lanotte, Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Economie, des Consommateurs et de la Mer du Nord
- Koen Geens, Ministre des Finances, chargé de la fonction publique
- Annemie Turtelboom, Ministre de la Justice ;
- Jean-Pascale Labille, Ministre des Entreprises publiques et de la Coopération au développement, chargé des Grandes Villes;
- Olivier Chastel, Ministre du Budget et de la Simplification administrative
- Monica De Coninck, Ministre de l'Emploi
- Melchior Wathelet, Secrétaire d'Etat à l'Environnement, à l'Energie et à la Mobilité, adjoint à la Ministre de l'Intérieur et de l'Egalité des chances, et Secrétaire d'Etat aux Réformes institutionnelles, adjoint au Premier Ministre
- Maggie De Block, Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, adjointe à la Ministre de la Justice

Pour la Région wallonne :

- Paul Furlan, Ministre des Pouvoirs locaux, de la Ville et du Tourisme ;
- Eliane Tillieux, Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances.

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 Communauté française :

- André Antoine, Vice-Président, Ministre du Budget, des Finances, de l'Emploi, de la Formation, des Sports et de la Politique aéroportuaire ;
- Fadila Laanan, Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Egalité des chances.



Pour la Région de Bruxelles-Capitale :

- Rudi Vervoort, Ministre-Président du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale.

Pour la Communauté germanophone :

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

Pour la Commission communautaire commune :

- Céline Fremault, Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la Santé et de la Fonction publique ;
- Guy Vanhengel, Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la Santé, des Finances, du Budget et des Relations extérieures.

Pour la Commission communautaire française :

- Céline Fremault, Membre du Collège de la Commission communautaire française (COCOF), chargé de la Fonction publique, de la Politique de la Santé et de la Formation professionnelle des Classes moyennes.



Annexe II : Composition de la Cellule générale de politique en matière de drogues

Pour l'État fédéral :

- 1 représentant du Premier Ministre ;
- 1 représentant du Ministre des Affaires sociales ;
- 1 représentant du Ministre de la Santé publique ;
- 2 représentants du Ministre de la Justice ;
- 2 représentants du Ministre de l'Intérieur ;
- 1 représentant du Ministre de l'Emploi ;
- 1 représentant du Ministre de la Politique scientifique ;
- 1 représentant du Ministre des Finances ;
- 1 représentant du Ministre de l'Économie ;
- 1 représentant du Secrétaire d'État à la Mobilité ;
- 1 représentant du Ministre de la Politique de migration et d'asile ;
- 1 représentant du Ministre de la Défense ;
- 1 représentant du Secrétaire d'État au Budget ;
- 1 représentant du Ministre de l'Intégration sociale.

Pour le Gouvernement flamand :

- 3 représentants du Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille ;
- 1 représentant du Vice-Ministre-Président du Gouvernement flamand, des Investissements publics, des Médias et de la Lutte contre la pauvreté ;
- 1 représentant du Vice-Ministre-Président du Gouvernement flamand, Ministre flamand des Affaires administratives, de l'Administration intérieure, de l'Intégration civique, du Tourisme et de la Périphérie flamande de Bruxelles ;
- 1 représentant du Ministre flamand de l'Enseignement, de la Jeunesse, de l'Égalité des chances et de Bruxelles ;
- 1 représentant du Ministre-Président du Gouvernement flamand, Ministre flamand de l'Économie, de la Politique étrangère, de l'Agriculture et de la Politique rurale.

Pour le Collège réuni de la Commission communautaire commune :

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



Pour le Gouvernement de la Communauté française :

- 1 membre pour le Vice-Président, Ministre du Budget, des Finances, de l'Emploi, de la Formation, des Sports et de la Politique aéroportuaire ;
- 1 membre pour le Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Egalité des chances.

Pour le Gouvernement de la Région wallonne :

- 1 membre pour le Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances ;
- 1 membre pour le Ministre-président du Gouvernement de la Région wallonne ;
- 1 membre pour le Vice-Président et Ministre de l'Enfance, de la Recherche et de la Fonction publique.

Pour la Commission communautaire commune :

- 1 membre pour le Ministre-Président du Collège en charge du Budget, de l'Enseignement et du Tourisme.

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).