



Cellule Générale de Politique Drogues
coordination permanente

RAPPORT ANNUEL

2014



TABLE DES MATIERES

1. Introduction	3
2. Réalisations	4
2.1 Réalisations du groupe de travail ad hoc "Politique en matière de cannabis en Belgique"	4
2.2 Legal Highs/Groupe de travail Nouvelles Substances Psychoactives	5
2.3 Financement des mesures judiciaires alternatives et des chambres de traitement de la toxicomanie	7
2.4 Protocole d'accord monitoring des dépenses publiques	7
3. Cellules de travail cgpd	9
3.1. Cellule Politique de santé drogues (CPSD)	9
3.1.1. Plan national Alcool	9
3.1.2. Fonds de lutte contre les assuétudes	9
3.1.3. Projet TADAM: traitement médical assisté par diacétylmorphine	10
3.1.4. Belgian Psychotropics Expert Platform ('BelPEP')	11
3.1.4. Protocole d'accord TDI	12
3.1.5. Réforme Soins de Santé mentale	14
3.2. Cellule contrôle	15
3.3. Cellule 'Recherche et Information Scientifique'	15
3.4. Dossiers internationaux	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 préparation et la coordination de la politique belge en matière de drogues est assurée par la Cellule générale de politique Drogues (CGPD). C'est la CIM compétente qui, au final, prend les décisions sur les dossiers que la CGPD lui soumet.

La dernière réunion de la CIM Drogues remonte au 17 décembre 2013. Compte tenu du contexte politique (élections en 2014), la CIM Drogues ne s'est pas réunie en 2014. La CGPD dans son ensemble n'a tenu qu'une seule réunion en 2014. Plusieurs réunions du groupe de travail ad hoc "Cannabis" ont toutefois eu lieu. Ce groupe de travail a été mis sur pied par la CGPD.

Le présent rapport annuel fournit un résumé des principales réalisations de la CGPD en 2014, comme prévu à l'article 7 du règlement d'ordre intérieur élaboré en exécution de l'accord de coopération précité. Tous les documents de base de la CGPD et de la CIM sont disponibles sur www.drugbeleid.be. Les activités de la Cellule concernent les drogues illégales, le tabac, l'alcool et les médicaments psychotropes.

La CGPD comprend également plusieurs cellules de travail: les **cellules "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 brièvement dans le présent rapport.

2. RÉALISATIONS

2.1 RÉALISATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL AD HOC "POLITIQUE EN MATIÈRE DE CANNABIS EN BELGIQUE"

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 ou services publics compétents et les parties signataires (c.-à-d. les gouvernements) d'accroître lesdites actions"*.



C'est dans le cadre de cette mission qu'à la demande de la Ministre fédérale de la Santé publique de l'époque, madame Laurette Onkelinx, la CGPD a réalisé en 2014 une analyse de la politique en matière de cannabis en Belgique. Cette analyse a été le fruit d'un groupe de travail de la CGPD comprenant des représentants des départements de la Justice, de la Police fédérale, de la Santé publique, ... et comprend les aspects suivants: (a) description des produits et épidémiologie, (b) prévention, (c) traitement et (d) politique pénale.

Le rapport repose donc sur des contributions de tous les membres du groupe de travail et formule en outre pour chaque domaine quelques points d'attention pour la politique ultérieure.

L'analyse se concentre exclusivement sur le cannabis en tant que substance illicite. Le rapport n'aborde donc pas l'utilisation du cannabis à des fins médicales¹.

La CGPD ne s'étant réunie qu'une seule fois en 2014, la CGPD n'a plus pu prendre connaissance du présent rapport pendant la législature précédente. Le rapport, y compris les recommandations de politique qui y sont formulées, sera présenté lors de la première réunion de la CGPD (recomposée). Ce thème continuera donc à être suivi par la CGPD au cours des

2.2 LEGAL HIGHS/GROUPE DE TRAVAIL NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

"Legal highs" est un terme générique pour des substances psychoactives ou produits psychoactifs qui ne sont pas réglementés dans le cadre de la loi sur les drogues de 1921. 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 au sein de la CGPD.

¹ Pour une analyse de l'usage du cannabis médicinal, il est fait référence à l'avis de juillet 2014 de la Commission des médicaments à base de plantes à usage humain et de la Commission des médicaments à usage humain au sein de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.



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 ad hoc "Nouvelles substances psychoactives" a rédigé une note stratégique pour une prise en charge ciblée et novatrice de cette 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 a transmis à la Ministre fédérale de la Santé publique 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. Cet avant-projet de loi a été approuvé par le Conseil des Ministres du 26 avril 2013 et transmis pour avis au Conseil d'État.

Le 17 décembre 2013, la Commission européenne a publié une proposition de nouveau cadre réglementaire pour la prise en charge de cette problématique au niveau européen. Toutefois, compte tenu du stade préliminaire de la proposition européenne et de l'urgence d'une prise en charge adéquate, la procédure dans le cadre de l'avant-projet de loi précité a été poursuivie. L'élaboration de la réglementation européenne est cependant suivie de près afin d'en anticiper correctement l'impact sur la législation nationale.

Les textes finaux et approuvés de la loi belge ont été signés par les Ministres de la Santé publique et de la Justice en octobre 2013. 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;

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



- l'obligation de destruction des substances illicites, matières premières et matériel ayant servi ou destiné à la production de drogues.

L'AFMPS, l'ISP et l'INCC ont été désignés pour rédiger les arrêtés d'exécution en la matière. La CIM Drogues a demandé à la CGPD de continuer à assurer le suivi de ce dossier.

2.3 FINANCEMENT DES MESURES JUDICIAIRES ALTERNATIVES ET DES CHAMBRES DE TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE

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.

Le secteur est demandeur d'une plus grande clarté quant à la poursuite du financement des MJA et des chambres de traitement de la toxicomanie (avec une éventuelle extension à d'autres arrondissements judiciaires). Lors de la réunion de la CGPD de juin 2013, le représentant du Ministre de la Justice a fait savoir qu'il ne pouvait rien communiquer à ce sujet parce qu'il fallait d'abord obtenir plus de précisions concernant le transfert de compétences dans le cadre de la réforme de l'État imminente.

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.

2.4 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'.

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.



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 (provisaires) 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.

C'est pourquoi le président a décidé que le secrétariat répéterait le monitoring des dépenses publiques, mais cette fois pour les données relatives aux drogues illégales, au tabac, à l'alcool et aux médicaments psychotropes de l'année 2011. À cette occasion, il a fortement insisté sur la collaboration de tous les pouvoirs publics. Ces résultats ont été présentés à la CGPD en octobre 2013.

Étant 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.

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 (CPSD)

Le 30 mai 2001, les Ministres compétents pour la santé ont signé un protocole d'accord pour la mise en place 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 liés aux substances. À cette fin, la Cellule Politique de Santé Drogues (CPSD) a été créée en 2002, et celle-ci s'est depuis lors réunie très régulièrement.

En 2014, la CPSD n'a tenu que deux réunions. Le contexte politique (élections) a en effet entravé cette année-là le bon fonctionnement de la CPSD. En outre, une partie de ses activités a été reprise par divers forums créés dans le cadre de la CGPD. La plupart des membres de la CPSD ont dès lors participé au(x) groupe(s) de travail ad hoc précité(s), en particulier le groupe ad hoc Cannabis et le groupe ad hoc Alcool. Malgré le caractère plutôt limité des réalisations de la CPSD cette année, nous donnons ci-après un récapitulatif succinct des thèmes abordés lors des réunions, notamment le plan national Alcool, le Fonds de lutte contre les assuétudes, le projet TADAM, la plate-forme Psychotropes (rebaptisée entre-temps "Belgian Psychotropics Expert Platform"), le Treatment Demand Indicator et la "place" du secteur spécialisé dans la cadre de la réforme des soins de santé mentale.

3.1.1. Plan national Alcool

En 2013, le plan national d'action Alcool n'a pas été approuvé au sein de la CIM Drogues. Les ministres ayant la santé dans leurs attributions se sont néanmoins engagés à mettre en place les mesures qui relèvent de leurs compétences. Vu l'importance de cette problématique, la CPSD sera informée à intervalles réguliers des initiatives prises par les ministres concernés.

3.1.2. Fonds de lutte contre les assuétudes

Le Fonds (fédéral) de lutte contre les assuétudes a été créé par le biais de la loi-programme du 20 juillet 2006. 3.000.000 d'euros ont été prévus pour des actions axées sur la lutte contre la dépendance liée à la consommation ou à l'utilisation abusive de substances psychotropes. Une partie des ressources (2.000.000 d'euros) a été affectée à des actions spécifiques en matière de lutte contre le tabagisme.

En vertu de la sixième réforme de l'État, ce fonds a été transféré aux entités fédérées à dater du 1er juillet 2014. 2014 a donc été considérée par les différentes autorités comme une année de transition, et on a opté pour la prolongation des projets existants plutôt que pour le lancement de nouveaux projets (à un an).



Lors de la dernière réunion de la CPSD en mai 2014, on a noté que la Cellule Drogues recevait de nombreuses questions de la part des différents projets du fonds Assuétudes, qui réclamaient d'urgence des précisions sur l'avenir de leur projet après le transfert du fonds Assuétudes dans le cadre de la réforme de l'État. Leurs questions portaient notamment sur l'organisation d'un appel à projets et sur les critères appliqués à cette occasion.

Vu le contexte politique, aucun des membres de la CPSD n'a pu à ce moment-là fournir des précisions. Pour la Flandre, une note de vision avait été élaborée par l'administration, mais on attendait encore l'approbation par le nouveau ministre. Quant à la poursuite des projets francophones, rien de précis n'était encore connu à ce moment-là.

Compte tenu des nombreuses questions et des incertitudes sur le terrain, le président de la CPSD a insisté pour que la cellule Drogues soit informée dès que les entités fédérées auraient pris une décision en la matière.

3.1.3. Projet TADAM: traitement médical assisté par diacétylmorphine

L'un des projets financés depuis plusieurs années dans le cadre du fonds Assuétudes est le projet TADAM: traitement médical assisté par diacétylmorphine. Ce projet s'adressait aux personnes dépendantes à l'héroïne depuis de nombreuses années et souffrant de problèmes graves sur le plan physique, psychique et social. Pour ce groupe cible spécifique qui échappe au réseau de soins classique, une méthode a été expérimentée à Liège au travers d'un projet pilote qui a déjà montré des résultats positifs dans plusieurs pays d'Europe sur le plan de la santé, du comportement à risque et de la criminalité, à savoir un traitement contrôlé au moyen de diacétylmorphine. Ce projet a débuté en janvier 2011 et s'est terminé en janvier 2013. Le projet a été évalué en profondeur de façon à pouvoir comparer ce type de traitement à un traitement à base de méthadone. Par ailleurs, la faisabilité en Belgique de ce traitement au moyen d'héroïne à usage médical a également été évaluée. Le rapport d'évaluation de l'Université de Liège est disponible depuis novembre 2013 (cf. www.ulg.ac.be/espacepresse). Le rapport de synthèse de ce projet a été transmis aux membres de la CPSD.

Concernant ce projet, une fiche a également été établie pour la CIM Santé publique du 24 février 2014 dans laquelle il est demandé aux entités fédérées d'informer la CIM des modalités d'une mise en œuvre éventuelle de ce type de traitement dans leur région. Le type de traitement prodigué dans ces centres relève en effet de la compétence des Communautés et c'est pourquoi il est important qu'un signal soit donné par les entités fédérées sur leur intention de poursuivre ce type de traitement à l'avenir. Il a toutefois été impossible aux membres de la CPSD d'être fixés à ce sujet avant les élections de mai 2014.



3.1.4. Belgian Psychotropics Expert Platform ('BelPEP')

Depuis de nombreuses années, l'utilisation élevée des psychotropes en Belgique est pointée du doigt⁴. Jusqu'en 2012, les campagnes de la cellule Drogues étaient principalement axées sur les somnifères et les calmants. Le Conseil supérieur de la santé, dans son avis n° 8571, a proposé d'élargir les actions à la prescription rationnelle d'antidépresseurs et d'antipsychotiques. On souligne en outre les coûts élevés pour l'assurance maladie résultant du recours excessif aux antidépresseurs.

Au vu des nombreux avis émis sur la forte consommation de psychotropes et en exécution de l'accord de gouvernement du 1er décembre 2011, aux termes duquel il fallait lutter contre la surconsommation de médicaments (en particulier en maisons de repos, en ce qui concerne les antibiotiques et les psychotropes, ...), la ministre fédérale de la Santé publique a créé en 2012 une plate-forme scientifique "Psychotropes". L'objectif de cette plateforme est d'aboutir à une consommation adéquate des psychotropes (psychostimulants, benzodiazépines, antidépresseurs et antipsychotiques). Cet objectif est aussi repris explicitement dans l'accord de gouvernement actuel.

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

- GT1 : "Utilisation adéquate des psychostimulants chez les enfants et les jeunes adultes"
- GT2 : "Utilisation adéquate des psychotropes chez les adultes non placés en institution"
- GT3 : "Utilisation adéquate des psychotropes chez les seniors placés en institution."

Lors de la première réunion du GT1 relatif à une "Utilisation adéquate des psychostimulants chez les enfants et les jeunes adultes", il a été constaté que plusieurs secteurs spécifiques ne relevant pas de la compétence fédérale doivent 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 (Kind en Gezin) et des centres de santé mentale. Il a dès lors été demandé aux Communautés et Régions de désigner un expert en ce domaine au sein de la CPSD.

En ce qui concerne la participation des Communautés et Régions au GT1, une fiche a été soumise à la CIM Santé publique en février 2014.

⁴ Avis n° 7600 du Conseil supérieur de la santé d'avril 2002 concernant les substances sédatives et hypnotiques; Avis n° 8571 du Conseil supérieur de la santé de juillet 2011 concernant l'impact des psychotropes sur la santé, avec une attention particulière pour les personnes âgées...



Dans l'intervalle, les différents groupes de travail ont élaboré un plan d'action, qui a été approuvé par le Comité de coordination. Des initiatives ont été planifiées dans le domaine de la sensibilisation, de la rédaction et mise en œuvre de directives et de recommandations à l'intention des professionnels, et de la stimulation de la recherche et de la surveillance.

Par ailleurs, plusieurs études ont entre-temps été entreprises:

- actualisation des recommandations en matière d'antidépresseurs pour les généralistes;
- développement d'accords de collaboration multidisciplinaire pour l'approche et le suivi de patients atteints de dépression majeure;
- élaboration d'un module de formation pour les médecins généralistes sur la façon de mieux distinguer les dépressions et les événements douloureux;
- élaboration d'un plan de communication décrivant comment aborder les professionnels en vue d'arriver à un usage adéquat des psychotropes.
- élaboration d'une étude en vue d'un monitoring national des prescriptions et de la délivrance de l'ensemble des psychotropes, afin d'obtenir un aperçu de la consommation et/ou du remboursement de psychotropes.

La CPSD sera régulièrement informée de l'état d'avancement de ces études et des résultats des travaux des différents groupes de travail et du comité de coordination "Psychotropes". Comme déclaré ci-dessus, certains membres de la CPSD participent à certains groupes de travail ou y ont délégué des experts.

3.1.4. Protocole d'accord TDI

L'enregistrement du Treatment Demand Indicator ou TDI concerne l'enregistrement des demandes de traitements pour une problématique de drogues⁵. Selon l'OEDT⁶ 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. 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'ISP⁷, en tant que point focal national, est chargé d'envoyer ces données à l'OEDT.

⁵ 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.

⁶ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (www.emcdda.eu.int)

⁷ Institut scientifique de Santé publique



Etant donné que le protocole TDI belge du 12 décembre 2005 n'était plus conforme aux nouvelles directives du protocole TDI européen⁸, 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 2008⁹ sous la présidence de l'ISP, a par conséquent élaboré un nouveau projet de Protocole d'accord.¹⁰

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 traitement¹¹ 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.

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 la CIM Santé publique du 30 septembre 2013, 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.

⁸ Version 3.0

⁹ 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

¹⁰ Ce projet de Protocole d'accord remplace le Protocole d'accord de 2005.

¹¹ 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.



Une copie de ce protocole d'accord a été transmise pour information aux membres de la CPSD début 2014. De plus, depuis début 2015, chaque hôpital de Belgique est obligé d'enregistrer le TDI¹².

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.

3.1.5. 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 7 unités de crise résidentielles dotées de 4 lits pour les personnes présentant un trouble lié aux substances psychoactives¹³ et 2 unités de crise "intégrées" disposant de 2 lits supplémentaires pour les personnes en situation de crise psychique et/ou psychiatrique¹⁴. Seules ces deux dernières unités disposent de 6 lits. 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, on ne sait plus exactement quelle place ces unités de crise occuperont dorénavant. 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 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 importe aujourd'hui que les acteurs pertinents se réunissent pour définir les besoins et difficultés rencontrés sur le terrain, et en discuter.

¹² Le 25 avril 2014, l'arrêté royal modifiant les règles selon lesquelles les hôpitaux doivent communiquer les données relatives au « Treatment Demand Indicator » au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions a été signé par le Roi.

¹³ CHR de la Citadelle, UZ Leuven, CHU Ambroise Paré, CHR de Namur, AZ Sint Jan, Ziekenhuis Oost-Limburg, UZ Gent

¹⁴ CHU Brugmann et ZNA - PZ Stuivenberg



En tout cas, le ministre fédéral de la Santé publique continuera d'encourager la collaboration entre les unités de crise "Drogues" et les établissements des réseaux créés dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale. Le 9 septembre 2014, une journée de réflexion intitulée "Intégration des drogues dans les SSM" 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 "Drogues" 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 toxicomanes, 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. Ce thème continuera d'être abordé lors des réunions de la CPSD dans les prochaines années.

3.2. CELLULE CONTRÔLE

La CGPD a décidé en 2013 de mettre en attente la cellule de travail 'contrôle' jusque la fin de l'ancienne législature. Il est prévu que cette cellule reprenne ses activités le plus vite possible, 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 programme sont l'excellence scientifique, (b) le regroupement des questions clés pour les différents gouvernements et (c) le cofinancement avec d'autres gouvernements.

En 2014, dans le cadre du programme de recherche "Drogues", priorité a été accordée aux thèmes suivants:

- 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.



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 INTERNATIONAUX

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

Compte tenu du contexte politique en 2014, il faut avant tout souligner que les travaux de la CGPD ont tourné en ralenti en 2014. Les élections qui ont eu lieu en mai 2014 ont eu pour effet que depuis la dernière CIM Drogues de fin 2013, plus aucune décision (politique) fondamentale dans le domaine de la politique belge en matière de drogues n'a été prise par les responsables politiques de l'époque.

Les principales réalisations de la CGPD en 2014 ont dès lors été la **coordination et le suivi des activités des différents groupes de travail** créés en son sein. Il s'agit notamment du groupe de travail ad hoc "Politique en matière de cannabis" et du groupe de travail ad hoc "Substances psychoactives".

Le **groupe de travail ad hoc "Politique en matière de cannabis"** qui avait été chargé par la CGPD de réaliser une analyse de la politique en matière de cannabis en Belgique et qui a rédigé un rapport sur cette base, dans lequel des recommandations de politique sont formulées, s'est acquitté de sa mission. Néanmoins, aucune suite n'y a encore été donnée pour l'instant parce que le rapport doit encore être soumis à la (nouvelle) CGPD, qui préparera une note de recommandations de politique pour la prochaine CIM.

Les travaux du **groupe de travail ad hoc 'nouvelles 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. Il faut en outre s'atteler d'urgence à la rédaction des arrêtés d'exécution en la matière.

Bien que le **groupe de travail ad hoc "demand reduction"** et le secteur insistent depuis longtemps sur une réponse à la demande d'un financement (plus structurel) des mesures judiciaires alternatives pour les usagers de drogues, de la chambre de traitement de la toxicomanie et de divers projets liés aux drogues dans le cadre des plans stratégiques de sécurité et de prévention, la CGPD n'est toujours pas parvenue en 2014 à obtenir un consensus à ce sujet avec les autorités concernées.

Dans ce contexte, il importe également de souligner que, notamment à la suite du transfert de compétences dans le cadre de la réforme de l'État, une vive inquiétude règne au sein du secteur quant à la prise en charge de la problématique des drogues et l'avenir de la politique en matière de drogues dans notre pays. La CGPD doit y accorder une attention particulière dans la période à venir.

En 2014, 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. Puisque la CPSD ne s'est réunie qu'à deux reprises au cours de l'année écoulée, il a été décidé de ne pas rédiger de rapport annuel distinct pour la CPSD, mais un résumé des activités de la CPSD a été inclus en tant qu'élément dans ce rapport annuel.

Le président de la **cellule de travail "Recherche scientifique et information"** a demandé aux membres de la CGPD de fournir un input pour l'appel lancé dans le cadre du programme de recherche Drogues pour l'année 2015.

La **cellule de travail "Contrôle"** est restée "en veilleuse" en 2014. On s'attend à ce que cette cellule de travail reprenne elle aussi ses activités en 2015 et en informe la CGPD.

En ce qui concerne le **volet international**, le rôle de la CGPD s'est principalement limité en 2014 à donner un feed-back sur les dossiers en cours ainsi que sur les congrès auxquels elle a participé, et à promouvoir la participation à des questionnaires internationaux.

Ensuite, en 2014, 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 2015, il sera judicieux de chercher comment optimiser davantage cette collaboration et la méthodologie utilisée.

Enfin, il est à souligner qu'un **bon transfert d'information et une solide collaboration** entre la CGPD et les autres cellules de travail et/ou groupes de travail ad hoc créés au sein de la CGPD sont essentiels pour un fonctionnement optimal de la CGPD et des cellules de travail. Dans tous les cas, il importe que la CGPD continue de veiller à ce que l'aspect "santé" soit suffisamment abordé dans les discussions sur la prise en charge de l'alcool, du tabac, des drogues et des médicaments psychotropes.

En 2015, une nouvelle composition de la CGPD est prévue. La CIM Drogues a été supprimée et les missions de l'Accord de coopération seront reprises par la **Réunion Thématique Drogues au sein de la CIM Santé publique**. La mission essentielle de la CGPD dans les prochaines années restera de rassembler autour de la table les différents acteurs et autorités concernés par la politique en matière de drogues en Belgique pour ainsi s'efforcer d'encourager et de mettre en place une prise en charge intégrale et intégrée de la problématique des drogues.



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'Égalité 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'Économie, 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'Énergie et à la Mobilité, adjoint à la Ministre de l'Intérieur et de l'Égalité 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'Égalité 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'Égalité 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'Égalité des chances.

Pour le Gouvernement de la Région wallonne :

- 1 membre pour le Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité 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).