

L'USAGE DE DROGUES EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

RAPPORT 2013-2014

MICHAËL HOGGE & DELPHINE DENOISEUX

L'USAGE DE DROGUES EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

RAPPORT 2013-2014

AUTEURS : MICHAËL HOGGE
& DELPHINE DENOISEUX

SOUS LA COORDINATION DE LUCIA CASERO

RELECTURE : PASCALE ANCEAUX, LUCIA CASERO,
MARTINE DAL & CATHERINE VAN HUYCK

DATE DE PUBLICATION : JUIN 2014



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
REMERCIEMENTS	10
1 CADRE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL	11
1.1 ORGANISATION	11
1.1.1 Compétences	11
1.1.2 La 6 ^e réforme de l'État	11
1.2. FINANCEMENT PUBLIC DU SECTEUR TOXICOMANIE	27
1.2.1 Considérations générales	27
1.2.2 L'État fédéral	28
1.2.3 La Fédération Wallonie-Bruxelles	30
1.2.4 La COCOF	31
1.3. LES DÉVELOPPEMENTS LÉGISLATIFS RÉCENTS	32
1.3.1 Report de la réforme du secteur de la promotion de la santé	32
1.3.2 Nouvel arrêté royal relatif aux Plans stratégiques de sécurité et de prévention	32
1.3.3 Euphorisants légaux et alertes précoces : adoption d'un projet de loi modifiant la loi de 1921 sur les stupéfiants	33
1.3.4 Nouvelles substances psychoactives : deux propositions émanant du Parlement et du Conseil européen	35
1.4. DÉBAT/ÉVOLUTION DE LA SITUATION	39
1.4.1 Plan bruxellois de Réduction des Risques (RdR)	39
1.4.2 Trois guides des bonnes pratiques en matière d'abus d'alcool et de drogues chez les adolescents	41
1.4.3 Création de la Cellule francophone santé-assuétude	42
1.4.4 Premier plan national de lutte contre le sida 2014-2019	43
1.4.5 Plan alcool 2014-2018 rejeté	44
1.4.6 Soins aux détenus : un transfert de compétences indispensable ?	46
1.4.7 Vers une reconnaissance légale des salles de consommation et du traitement par diacétylmorphine ?	47
1.4.8 Relance du débat autour de la réglementation du cannabis	50
1.4.9 Préparation d'un projet de loi sur l'usage thérapeutique du cannabis et sa vente en officine	52
1.4.10 Préparation d'un arrêté royal sur le traitement de substitution aux opiacés	53
1.4.11 Projet de loi sur la probation comme peine autonome	54
1.4.12 Cadastre des services ambulatoires bruxellois	55
1.4.13 Plan hépatite C 2014-2019	56
2 SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET TENDANCES	57
2.1 LA PRÉVALENCE DES USAGES DE DROGUES	57
2.1.1 L'usage de drogues dans la population générale	58
2.1.2 L'usage de drogues chez les jeunes	62
2.1.3 L'usage de drogues chez les personnes prostituées	66
2.1.4 L'usage de drogues en prison	69
2.1.5 Le registre des traitements de substitution aux opiacés	72

2.2	LA PRÉVALENCE DES USAGES D'ALCOOL	73
2.2.1	L'usage d'alcool dans la population générale	74
2.2.2	L'usage d'alcool chez les jeunes	76
2.2.3	Conclusions	77
2.3	LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ	78
2.3.1	Demande de traitement auprès des services spécialisés en assuétudes : données issues de l'indicateur de la demande de traitement (TDI)	78
2.3.2	Le projet TADAM : essai clinique d'un traitement assisté par diacétylmorphine	96
2.3.3	La morbidité en rapport avec la consommation de drogues	98
2.3.4	La mortalité en rapport avec la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes	110
2.4	LES CONSÉQUENCES SOCIALES	113
2.4.1	Données recueillies par les forces de l'ordre	113
2.4.2	Conduite sous l'influence de drogues	114
2.4.3	Conduite sous l'influence d'alcool	115
2.4.4	Accidents de la circulation sous l'influence d'alcool	116
2.4.5	Disponibilité et offre	118
3	DONNÉES INDICATIVES SUR L'USAGE DE DROGUES DANS DES GROUPES SPÉCIFIQUES	128
3.1	LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET AUTRES CONTACTS ENREGISTRÉS PAR INFOR-DROGUES	128
3.2	LES APPELS TÉLÉPHONIQUES DU CENTRE ANTIPOISONS	130
3.3	L'USAGE DE DROGUES EN MILIEU FESTIF	131
3.4	L'USAGE DE DROGUES «EN RUE»	135
3.5	DONNÉES ISSUES DU DISPOSITIF D'ACCESSIBILITÉ AU MATÉRIEL D'INJECTION	138
4	LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE	143
4.1	LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU EUROPÉEN	143
4.2	LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU BELGE	143
4.2.1	Cadre légal	143
4.2.2	Mode de fonctionnement	144
4.3	LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE EN QUELQUES CHIFFRES	146
4.3.1	Les NDS détectées en Belgique et en Europe de 2005 à 2013	146
4.3.2	Les alertes précoces diffusées par Eurotox de 2001 à 2013	147
4.4	EXEMPLES D'ALERTE PRÉCOCE DIFFUSÉES PAR EUROTOX EN 2013	149
5	CADRE ET MISSIONS D'EUROTOX	153
5.1	INTRODUCTION	153
5.2	SOUS-POINT FOCAL DE L'OEDT	154
5.2.1	Missions du Sous-Point Focal Eurotox	154
5.3	OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL DROGUES EN FWB	157
5.3.1	Rapport sur l'usage de drogues en FWB	157
5.3.2	Diffusion des résultats et services aux institutions	157
5.3.3	Tendances émergentes ("Emerging trends")	158
5.4	ACTIVITÉS DE RECHERCHE	158
6	BIBLIOGRAPHIE	160
7	LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	164

INTRODUCTION

L'asbl Eurotox remplit, depuis septembre 2000, les missions d'Observatoire Socio-Épidémiologique Alcool-Drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) et de Sous-Point Focal belge de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies. Il s'agit du septième rapport socio-épidémiologique produit par Eurotox sur l'usage de drogues en FWB. Il couvre les données épidémiologiques de l'année 2010 ou postérieures, lorsqu'elles étaient disponibles. Il arrive toutefois que des années antérieures soient prises en compte, de manière à dégager des tendances sur un long terme. Pour ce qui est des données sociologiques et de cadre légal ou réglementaire, le rapport est plus souple, remontant parfois en amont, descendant parfois en aval de l'année 2011.

Le rapport est composé de cinq chapitres, suivis d'annexes. Les conclusions générales ne sont plus présentées en fin de rapport, mais évoquées ici même, dans l'introduction aux différents chapitres, principalement en ce qui concerne le cadre légal et organisationnel (chapitre 1) et la situation épidémiologique (chapitres 2 et 3).

Le **PREMIER CHAPITRE** décrit le cadre légal et organisationnel relatif à la 6^e réforme de l'État, au transfert de compétences en Belgique en général, et en Fédération Wallonie-Bruxelles en particulier. Il aborde la question des compétences des différents pouvoirs publics concernés, du financement public et des développements législatifs ou de stratégies politiques récents.

Dans sa première partie, on se penche sur la 6^e réforme de l'État. La loi spéciale sur la réforme du financement des communautés et des régions, de l'élargissement de l'autonomie fiscale des régions et du financement des nouvelles compétences a d'ores et déjà fait l'objet d'une publication au Moniteur belge, le 31 janvier 2013. En effet, le but central de la réforme étant d'organiser une plus grande autonomie fiscale des entités fédérées, on connaît à présent les matières concernées par ces transferts de compétences, et donc de responsabilité budgétaire, vers les entités fédérées. Aussi, cette partie se penche notamment sur les compétences transférées de l'État fédéral à la Fédération Wallonie-Bruxelles, à celles qui restent entre les mains de la Fédération Wallonie-Bruxelles, et à celles transférées de la Fédération Wallonie-Bruxelles aux régions.

Deux échéances ont également été fixées pour ces transferts : il est prévu que les budgets soient transférés le 1^{er} janvier 2015 aux entités concernées par le transfert de compétences ; tandis que l'exercice des compétences «santé» est transféré à partir du 1^{er} juillet 2014, de la Fédération Wallonie-Bruxelles à la Région wallonne et le cas échéant, à la COCOF pour les compétences qui ne relèvent pas exclusivement de la COCOM pour le territoire de Bruxelles.

On se penche également sur le rôle grandissant de l'**Office de la naissance et de l'enfance**, organisme d'intérêt public placé sous la tutelle du gouvernement de la Communauté française. Avec la 6^e réforme de l'État, il absorbe de nouvelles compétences qui ne sont pas transférées aux régions. On peut donc s'attendre à ce qu'il joue un rôle grandissant dans les mois et années à venir.

Par ailleurs, comme nous l'avons souligné dans notre précédent rapport, les observateurs s'accordent à dire que ces transferts peuvent s'apparenter à un véritable casse-tête, bien plus complexe encore que la scission électorale et judiciaire de BHV. Pour les entités fédérées, soit les régions et communautés, le défi est donc grand. Comment ce transfert se concrétisera-t-il sur le terrain ? Quels sont les enjeux liés à ce transfert pour le secteur de la santé et plus particulièrement de la promotion de la santé ? Les acteurs de la promotion de la santé seront-ils représentés dans le futur organisme d'intérêt public et dans les instances de décision relatives aux politiques de santé ? Ces questions, ainsi que la nature des transferts et les nouvelles instances décisionnelles qui ont vu le jour, sont détaillées dans une partie relative aux **enjeux du transfert de compétences pour le secteur de la promotion de la santé**. On découvre notamment la réaction du secteur face à ce transfert de compétences, qui s'est organisé pour l'occasion en «Plateforme associative de suivi de l'implémentation en région bruxelloise des compétences transférées par la 6^e réforme de l'État» (PLASTIC). D'autre part, deux plateformes rassemblant les acteurs de la promotion de la santé dont les activités se déroulent à Bruxelles et/ou en Wallonie ont également vu le jour. Chacune d'elles

a produit un **mémemorandum** à destination des politiques présentant la promotion de la santé et sa plus-value, l'objectif de cette démarche étant d'assurer un lobbying auprès des décideurs politiques afin qu'ils accordent la place et les budgets nécessaires au secteur de la promotion de la santé dans le cadre de la 6^e réforme de l'État.

On se penche ensuite sur les **budgets dédiés aux drogues**, détaillés notamment selon la troisième levée de l'enquête fédérale récurrente Drogues en chiffres. C'est l'occasion de revenir sur cette étude menée historiquement par l'université de Gand et de souligner qu'une nouvelle levée est actuellement en préparation. Contrairement aux années précédentes, la Conférence Interministérielle Drogues a chargé le SPF Santé publique d'exécuter cette analyse. Nous reviendrons également sur la répartition des subsides entre les quatre piliers traditionnels (prévention, assistance, réduction des risques et sécurité). Nous évoquerons également le Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes et ses liens avec le dit Fonds tabac.

Des **développements législatifs** récents ont également vu le jour. On retiendra trois grandes idées : le report de la réforme du secteur de la santé envisagé par la ministre, Fadila Laanan, alors en charge de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles ; la publication au Moniteur belge d'un nouvel arrêté qui prévoit que les Plans stratégiques de sécurité et de prévention (ou PSSP) restent de la compétence du fédéral et ne sont pas transférés aux entités fédérées ; l'adoption d'une nouvelle loi belge qui pourrait entraîner l'interdiction automatique et non motivée de substances psychoactives inoffensives, et qui peut donc paraître très restrictive en regard du cadre juridique européen en préparation consacrant le commerce licite des nouvelles substances psychoactives (la protection de la santé publique et la lutte contre le trafic de drogues n'intervenant qu'en second lieu).

Toujours dans ce chapitre relatif au cadre légal et organisationnel, nous proposons un aperçu des principales **évolutions et des incertitudes planant sur le secteur**. Une série de plans et institutions ont vu le jour et une série de questions subsistent quant à leur mise en oeuvre ou devenir : Plan bruxellois de réduction des risques ; Plan national de lutte contre le sida ; Cadastre des services ambulatoires bruxellois ; Cellule francophone santé-assuétude ; Plan hépatite C, etc. Des projets de loi et des réquisitoires liés au transfert des compétences ont également été déposés et il s'agira de suivre leur évolution à travers l'attention que leur accordera le gouvernement. Ces dossiers ouverts et faisant l'objet d'un débat concernent notamment les soins aux détenus, la reconnaissance légale des salles de consommation de drogues à moindre risque (SCMR) et du traitement par diacétylmorphine, la réglementation du cannabis et son usage thérapeutique. Autant de domaines dans lesquels il serait difficile de prédire de quel côté penchera la balance à moyen terme. Aussi, cette situation induit des incertitudes, voire une certaine précarité dans le champ des professionnels et des acteurs de terrain en matière de déploiement de leurs missions, de leurs programmes et de leur recherche de soutiens structurels et structurants.

Le **DEUXIÈME CHAPITRE** présente le volet épidémiologique du rapport.

Dans un premier temps, il présente la **prévalence de l'usage de drogues dans la population générale âgée de 15 à 64 ans, chez les jeunes, chez les femmes prostituées, et chez les personnes incarcérées**, et ce au niveau national ou de la FWB. On y présente succinctement la méthodologie des enquêtes réalisées et compilées, puis leurs principaux résultats. La situation épidémiologique est ainsi dépeinte, les modes de consommation et leur ampleur sont estimés, tout comme les prévalences de consommation des différents produits.

Les résultats de l'**enquête HIS 2008** montrent qu'environ 14 % de la population belge âgée de 15 à 64 ans a déjà expérimenté au moins une fois le cannabis. En ce qui concerne l'usage actuel, cette enquête révèle qu'environ 3 % de la population belge en a consommé durant les 30 derniers jours précédant l'enquête. Elle relève par ailleurs que les autres drogues illicites sont rarement consommées par la population belge âgée de 15 à 64 ans. En effet, moins de 4 % des personnes interrogées ont avoué avoir expérimenté au moins une fois une drogue illicite autre que le cannabis.

Les résultats de l'**enquête HBSC 2010** montrent que les différents indicateurs de prévalence de consommation de cannabis et d'ecstasy sont en recul par rapport aux enquêtes précédentes chez les jeunes de 12-20 ans scolarisés en FWB. Quant aux autres produits (cocaïne, amphétamines, opiacés, hallucinogènes, etc.), ils restent peu fréquemment consommés par les jeunes de cet âge. Leur

consommation est toutefois plus importante chez les garçons que chez les filles, et elle augmente avec l'âge des répondants.

Les résultats d'une **enquête européenne sur l'attitude des jeunes par rapport aux drogues** suggèrent que l'expérimentation de «legal highs» est peu fréquente chez les jeunes belges de 15 à 24 ans et que ceux-ci estiment être peu informés sur les drogues, par rapport aux autres jeunes européens. Enfin, cette enquête révèle que 50 % des jeunes belges interrogés sont favorables à la dépénalisation de la vente de cannabis.

L'enquête sur l'**usage de drogues chez les femmes prostituées** confirme que l'usage de drogues est nettement plus répandu dans cette population que dans la population générale. Ainsi, l'expérimentation de cannabis concerne 58,5 % des personnes interrogées, et celle de cocaïne 45 %, l'ecstasy et les amphétamines ayant été quant à eux expérimentés par 33 % et 27 % d'entre elles, respectivement. L'usage au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête est certes moins répandu, mais concerne tout de même une portion importante des personnes interrogées : ainsi, 26 % d'entre elles ont mentionné avoir consommé au cours des 30 derniers jours des benzodiazépines, 25 % du cannabis et 17 % de la cocaïne, la consommation des autres produits étant nettement moins courante. Cette enquête met également en évidence des différences en fonction du secteur de prostitution.

La dernière enquête sur les risques sanitaires liés à l'**usage de drogues en prison** confirme que la consommation de drogues n'est pas arrêtée ni même freinée par les murs de la prison. En revanche, la découverte de nouveaux produits y est moins fréquente. Au-delà de ces chiffres, les vrais problèmes qui se posent par rapport à l'usage de drogues en prison sont d'ordre sanitaire. En effet, selon l'article 88 de la loi des principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus (Moniteur belge du 12 janvier 2005), «le détenu a droit à des soins de santé qui sont équivalents aux soins dispensés dans la société libre et qui sont adaptés à ses besoins spécifiques». Pourtant, la prévention et la réduction des risques liés à l'usage de drogues éprouvent encore bien du mal à s'y implanter.

Nous fournissons également dans ce chapitre des données détaillées relatives à la prévalence de **consommation d'alcool dans la population générale** (enquête HIS) et chez les jeunes scolarisés dans le secondaire (enquête HBSC) ou étudiants de l'Université catholique de Louvain. Il ressort de ces enquêtes que la consommation d'alcool est effectivement bien ancrée dans les mœurs des jeunes et des adultes de notre pays. Néanmoins, une partie d'entre eux ne consomme pas d'alcool ou en consomme de manière occasionnelle. L'expérimentation est de plus en plus précoce au fil des décennies et, chez les jeunes, l'âge de début n'est désormais plus influencé par le sexe ni par la filière d'enseignement. Les consommations plus régulières et davantage susceptibles de poser des problèmes (surconsommation, binge drinking, usage quotidien) sont en revanche plus fréquentes chez les garçons que chez les filles et surviennent généralement quelques temps après la découverte du produit. Les jeunes de 15 ans et plus sont relativement nombreux à pratiquer la surconsommation ou l'hyperalcoolisation de manière hebdomadaire ou mensuelle, la plupart du temps dans un contexte festif. Toutefois ils sont rarement des consommateurs quotidiens d'alcool, contrairement aux adultes. Enfin, la consommation d'alcool n'est pas plus marquée chez les étudiants de l'UCL que chez les jeunes du secondaire âgés de 18-20 ans, mais elle est plus importante que celle des moins de 18 ans.

Dans un **second temps**, le chapitre 2 aborde les conséquences sur la santé de l'usage d'alcool et de drogues. Celles-ci sont d'abord abordées à la lumière des résultats du **monitoring des demandes de traitement auprès des services spécialisés dans la prise en charge des assuétudes** (l'indicateur de demande de traitement, TDI). Après un bref rappel du contexte de recherche et de la méthodologie employée, nous présenterons les demandes de traitement introduites sur la période 2012-2013. Nous distinguerons les premières demandes (patients sans antécédent de traitement) de l'ensemble des admissions, et nous dépeindrons notamment les caractéristiques sociodémographiques et le profil de consommation problématique des patients. Nous constaterons que l'âge moyen des patients admis sur la période 2012-2013 est d'environ 37 ans. Les patients sont majoritairement de sexe masculin et d'origine belge, mais on notera tout de même que 20 % des patients sont de nationalité étrangère. Une importante portion des patients est peu scolarisée et, corollairement, sans emploi. Près de la moitié des patients vivaient seuls et environ 32 % étaient sans logement stable au moment d'introduire leur demande de traitement. Au niveau du profil de consommation, on observe que la classe des opiacés est celle qui est la plus fréquemment

à l'origine des demandes de traitement enregistrées sur cette période (environ 42 % des demandes), suivie par l'alcool (32 %). Le mode de consommation du produit principal le plus fréquemment rapporté est l'inhalation/fumette, suivi de l'absorption par voie orale. Néanmoins, un quart des patients a déjà eu recours au moins une fois à l'injection, et 8 % ont eu recours à ce mode de consommation durant les 30 derniers jours précédant l'introduction de la demande de traitement. Enfin, nous terminerons cette partie par une description du profil par type de produit principal consommé (opiacés, cocaïne, cannabis et alcool) des patients avec et sans antécédents thérapeutiques.

Nous présentons ensuite les principaux résultats de l'évaluation scientifique du **projet TADAM**, relatif au traitement psychosocial assisté par diacétylmorphine. Cette évaluation montre que ce traitement est réalisable en Belgique et offre un traitement plus efficace que la méthadone chez certains patients, mais il est difficile d'estimer précisément la différence d'efficacité des deux traitements en raison de la courte durée d'évaluation et du nombre restreint de patients ayant participé à l'étude.

Les conséquences sur la santé sont également abordées sous l'angle de la **morbidity** et de la **mortalité**, et nous présentons des données sur l'infection au VIH, aux hépatites B (VHB) et C (VHC) et à la tuberculose.

Les données issues du **registre belge des cas séropositifs** et des malades du SIDA montrent que, après avoir diminué régulièrement de 1992 à 1997, l'incidence de l'infection au VIH a considérablement augmenté pendant la période 1997-2003, et qu'elle subit à nouveau une augmentation lente mais régulière depuis 2006. En 2012, l'injection de drogues par voie intraveineuse n'était impliquée que dans 0,7 % des nouveaux cas dont le mode de transmission probable est connu.

Les données issues de l'**indicateur «maladies infectieuses»** révèlent que sur la période 2006-2011, la proportion de patients en traitement pour un problème de drogues en Wallonie atteints par le VHC est relativement importante, puisqu'elle correspond à environ un quart des patients testés. La proportion de sujets atteints par le VHB parmi les patients testés est en revanche nettement moins élevée (environ 10 %). Finalement, la proportion de patients atteints du VIH parmi les patients testés est très faible (environ 3 %). De manière générale, on observe qu'une grande majorité des patients infectés par ces maladies ont déjà eu recours à des comportements d'injection. De manière complémentaire, une étude effectuée au niveau fédéral sur la prévalence de ces maladies infectieuses auprès des usagers de drogues par injection confirment des niveaux de prévalence élevés pour le VHC (43 %), mais relativement faibles pour le VHB (3,7 %) et le VIH (2,3 %).

Les données issues du **registre belge de la tuberculose** suggèrent que l'alcoolisme chronique et le recours à l'injection sont des facteurs qui peuvent favoriser la déclaration de la maladie lors d'une infection préalable.

Finalement, les conséquences sur la santé sont complétées par les **données du Résumé Psychiatrique Minimum** sur les prises en charge de patients dans un service de psychiatrie. Ces données montrent notamment que les comorbidités psychiatriques sont fréquentes chez les personnes présentant un diagnostic lié à un problème de consommation d'alcool ou de drogues. Enfin, nous présentons également des données issues du **Résumé Infirmier Minimum** relatives aux cas d'exposition à l'alcool et aux drogues chez les nouveau-nés.

Dans un **troisième temps**, ce chapitre aborde les **conséquences sociales**, en présentant les **données** relatives aux drogues recueillies par la **police fédérale** (nombre de saisies, quantité saisies, infractions liées aux drogues, tests salivaires anti-drogues) ainsi que par d'autres instances telles que l'**Institut Belge de la Sécurité Routière** (conduite sous l'influence d'alcool, accidents de la circulation sous l'influence d'alcool). Nous présentons également les résultats de l'enquête réalisée annuellement par Eurotox sur le **prix des drogues** en rue ainsi que des données relatives à la **pureté des drogues** en circulation en Belgique et aux **produits de coupe** identifiés dans les échantillons de poudre analysés.

Le **TROISIÈME CHAPITRE** présente des **données indicatives sur l'usage de drogues dans des groupes spécifiques et à hauts risques** (personnes rencontrées en milieu festif, personnes rencontrées en rue à travers les opérations Boule-de-Neige¹). Ces données sont généralement récoltées par des associations de terrain qui développent des actions de manière à réduire les risques liés à l'usage de drogues. Ce chapitre présente également les données en lien avec les contacts enregistrés par la ligne téléphonique d'Infor-Drogues ainsi que par le Centre Antipoisons belge, et se clôture par une présentation des données relatives au dispositif d'accessibilité au matériel d'injection stérile.

Le **QUATRIÈME CHAPITRE** est un nouveau chapitre consacré à une description détaillée et chiffrée du système d'alerte précoce sur les nouveaux produits ou nouveaux modes de consommation entraînant des risques accrus, dit aussi «**Early Warning System**» ou «**EWS**» auquel participe Eurotox.

Le **CINQUIÈME CHAPITRE décrit brièvement l'observatoire** socio-épidémiologique que constitue **Eurotox**, et les missions qu'il remplit. Celles-ci se divisent en missions d'observation, de récolte et traitement de données pour la **FWB** d'une part, et pour l'**Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies** de l'autre. Dans ce dernier cadre on y détaille ses différentes missions telles que la participation au «**Belgian National Report**» sur l'usage de drogues, à destination de l'OEDT, ou encore la mise en œuvre des cinq indicateurs épidémiologiques-clés.

¹ Opérations d'information et de réduction des risques visant spécifiquement les consommateurs de drogues en rue (et non la population générale), via le réseau social de «jobistes», eux-mêmes consommateurs de drogues (principe du «peer-to-peer»).

REMERCIEMENTS

Pour leur collaboration, l'échange et la bonne circulation de l'information, indispensables à la rédaction de notre rapport, nous tenons à remercier :

- Les institutions de terrain actives en toxicomanies en Fédération Wallonie-Bruxelles, que ce soit dans le domaine de la prévention ou du traitement, qui ont participé au recueil de données et collaboré à la collecte d'information sur leurs activités.
- Parmi elles, une mention particulière pour les institutions qui nous ont fourni, parfois avant leur publication, des données qui ont servi à l'élaboration des chapitres 2 et 3. Soit en particulier pour cette année, Modus Vivendi, Infor-Drogues, le service SIPES-ULB, le FARES, l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles et la Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale.
- Nous remercions également les institutions qui nous ont fourni des informations qui nous ont servi à l'élaboration du chapitre 1, dont le service Action sociale et de la Santé du SPW, la Cellule francophone santé-assuétude, la Plate-forme Prévention Sida, Lama, Transit, Modus Vivendi, l'Observatoire liégeois de prévention et de concertation sur les drogues, la fondation Tadam, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, l'Association Pharmaceutique Belge, etc.
- Les centres de traitement qui ont participé au recueil des données épidémiologiques (TDI).
- Toutes les institutions de terrain qui ont participé à l'enquête sur le prix des drogues en rue.
- La Fédito wallonne et la Fédito bruxelloise.
- Les autres sous-points focaux belges de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT) avec lesquels nous collaborons, soit le VAD (Vereniging voor Alcohol en andere Drug problemen de la Communauté flamande) et la Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale.
- Le Point focal belge de l'OEDT, soit l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP), dépendant du Ministre fédéral en charge de la Santé.
- Les cabinets et administrations des Ministres ayant en charge la Santé en Fédération Wallonie-Bruxelles et en Wallonie, ainsi qu'à Bruxelles, pendant la période couverte par ce rapport.
- Certains organismes publics ou parastataux tels l'IBSR, l'INS, le SPF Santé publique, la Cellule naissance-décès de la FWB, le SPP ou encore la Police Fédérale, qui nous ont fourni des informations précieuses pour la rédaction de ce rapport.

1 CADRE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL

1.1 ORGANISATION

1.1.1 COMPÉTENCES

Jusqu'aux élections de mai 2014, les compétences sur les matières qui touchent aux drogues sont restées échelonnées entre l'État fédéral, les entités fédérées, les provinces et les communes. Dans ce cadre, elles relèvent principalement des secteurs de la santé et de la justice. D'autres secteurs interviennent toutefois, et notamment le ministère de l'Intérieur. Citons encore le niveau provincial et le niveau local.

Dans le cadre de la 6^e réforme de l'État que nous vous présentions déjà dans notre précédent rapport, un transfert des compétences de diverses matières est en cours. Ce transfert qui ne se fera pas en une fois, bouleverse le cadre organisationnel qui prévalait jusqu'ici. Cette réforme a été votée et a été initiée au lendemain des élections régionales et fédérales (et européennes), afin qu'un transfert effectif des compétences ait lieu et que les différents portefeuilles soient distribués aux nouveaux ministres. Néanmoins, les ministres de la COCOF et de la Région wallonne se donnent la possibilité de demander à la FWB un délai de manière à s'organiser pendant un an ou deux.

- Pour connaître la répartition des compétences qui prévalait jusqu'en mai 2014, nous vous renvoyons à notre précédent rapport 2011-2012.
- Dans les lignes qui suivent, nous vous proposons de prendre connaissance des principaux éléments approuvés à ce jour dans le cadre de cette réforme.

1.1.2 LA 6^e RÉFORME DE L'ÉTAT

1.1.2.1 Qu'est-ce qui était prévu ?

Les principes de la 6^e réforme de l'État ont été décrits dans l'Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'État du 11 octobre 2011. Compte-tenu de ses implications et de sa mise en œuvre complexes, elle laisse planer des incertitudes pour le secteur de la santé (et donc des assuétudes).

1.1.2.1|1 Financement

Le but central de la réforme de l'État est de donner une plus grande autonomie fiscale aux entités fédérées, ce qui répond à une revendication flamande. Ce processus a notamment pour objectif de rendre les régions et les communautés plus autonomes par rapport à l'État fédéral. Ce changement se concrétise par des transferts de compétences, et donc de responsabilité budgétaire, vers les entités fédérées.

Il était prévu que ces matières soient réglées par une «loi spéciale de financement». Un accord sur celle-ci était d'ailleurs intervenu fin septembre 2011. Cette loi devait instituer une autonomie fiscale plus grande mais encadrée, assurée par des mécanismes permettant d'éviter l'appauvrissement des entités les plus fragiles, maintenant de la sorte le mécanisme de solidarité entre les entités. Il était donc prévu que le mécanisme d'autonomie fiscale autorise les régions à prélever un impôt sur l'impôt fédéral, que la répartition se fasse selon des clés démographiques, et que ce principe soit inscrit dans des lois spéciales et dans la constitution.

Il avait également été décidé que l'autonomie fiscale porterait sur 10,736 milliards d'euros, ce qui représente environ un tiers de l'impôt sur les personnes physiques (IPP). L'autonomie fiscale et les transferts de compétences allaient ainsi peser ensemble environ 17 milliards d'euros. À titre d'exemple, l'accord prévoyait d'emblée le transfert de certaines compétences comme la dé-fédéralisation des allocations familiales, soit 5 milliards d'euros.

Autres éléments prévus en amont de la réforme : le mécanisme de solidarité compensera à quelque 80 % la différence de richesse entre le Nord et le Sud du pays. Il diminuera progressivement pour s'éteindre au bout de dix ans. La Région bruxelloise sera quant à elle refinancée à hauteur de 134 millions d'euros dès 2012, pour arriver jusqu'à 461 millions d'euros en 2015. Ce montant continuera ensuite à croître. Bruxelles se verra dotée d'une capacité fiscale différente, notamment en raison du gros manque à gagner que constituent les revenus des navetteurs et des fonctionnaires des institutions internationales, qui ne peuvent être pris en compte sur le territoire bruxellois. L'exonération de nombreux bâtiments à la fiscalité immobilière devra également être prise en compte, ainsi que les charges supplémentaires liées au bilinguisme, à la mobilité ou à la sécurité notamment, autant de facteurs ne se retrouvant pas ou à moindre échelle dans les autres entités fédérées.

1.1.2.1 | 2 Transfert de compétences : quand et comment ?

Il était prévu que janvier 2014 soit la date de mise en œuvre des transferts.

Pour les mettre en œuvre, un «Comité de mise en œuvre des réformes institutionnelles» (COMORI) a été créé. Il comprend une représentation de tous les partis qui ont participé à la discussion ayant abouti à l'«Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'État», y compris le parti Écolo, qui n'a pourtant pas été inclus dans l'exécutif après cette discussion. Lors de la rédaction de notre précédent rapport, on ne savait pas encore clairement comment ces transferts de compétences allaient être opérés. Des textes traduisant l'accord devaient être rédigés. Allaient-ils l'être par la plume du premier ministre ? Ou de deux ministres (un de chaque rôle linguistique) de son gouvernement ? Ou encore par les députés ?

Ce sont tous ces points qui ont été débattus au sein du COMORI. En outre, les observateurs s'accordaient à dire que ces transferts pouvaient s'apparenter à un véritable casse-tête, bien plus complexe encore que la scission électorale et judiciaire de Bruxelles-Hal-Vilvorde (BHV), traduite en loi durant l'été 2012.

Pour les entités fédérées, soit les régions et communautés, l'incertitude restait donc grande : quelles administrations allaient être renforcées pour mettre en œuvre ces transferts ? Qui écoperait de quelle compétence ? Quelles seront précisément les balises budgétaires ? Dans quels bâtiments seront logés ces nouveaux fonctionnaires ? etc. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que le dédoublement entraîne la perte de certaines économies d'échelle (au niveau bâtiments, notamment, puisque ceux-ci devront être multipliés), ce qui a aussi un coût financier. De plus, l'accord institutionnel obtenu a plus été pensé en termes de sortie de crise et d'équilibre politique qu'en termes d'implications concrètes à terme.

1.1.2.1 | 3 Transfert de compétences : quoi ?

Voici ce qui était d'ores et déjà inscrit noir sur blanc dans l'accord constitutionnel, concernant de près ou de loin les matières qui touchent aux assuétudes :

- Les conventions de revalidation «toxicomanes» (dépendantes actuellement de l'INAMI) seront transférées aux entités fédérées ;
- les plateformes de soins de santé mentale sont également transférées aux entités fédérées ;

«Les moyens que le fédéral affecte actuellement à la prévention seront transférés, de même que le Fonds de lutte contre les assuétudes». La prévention passera donc intégralement dans l'escarcelle des Communautés, et à Bruxelles de la COCOF associée à la FWB, ainsi qu'à la Région wallonne.

1.1.2.1 | 4 Transfert de compétences : qui, ou quelles nouvelles instances de décision ?

À l'époque, la seule instance de décision/concertation dont la création semblait faire chorus était un institut qui permettrait de garantir des réponses concertées aux grands défis en soins de santé.

Cet institut était envisagé comme un lieu de concertation et de réponse aux questions notamment budgétaires pour tous les domaines de la santé. Il était prévu que tous les ministres de la santé y soient représentés, et de leur concertation, il était censé se dégager «une vision prospective commune et une politique de soins durable». Au vu des informations disponibles à l'époque, on pourrait pu le comparer à la Cellule générale de politique drogues, mais qui engloberait l'ensemble des aspects de la santé. Une sorte de «cellule générale santé», donc. En parallèle, le fonctionnement actuel de la Conférence interministérielle santé demeurerait inchangé.

1.1.2.2 Ce que l'on sait actuellement

1.1.2.2 | 1 Financement²

La loi de financement évoquée plus haut fixe les montants des transferts des masses budgétaires aux entités fédérées et des paramètres d'évolution ont notamment été fixés pour les années à venir.

En décembre 2013, les propositions de loi concernant les transferts de compétences et la loi spéciale de financement ont été déposées au Parlement³. Le Conseil d'État a rendu son avis sur les propositions de loi, et des amendements (faisant suite à cet avis) ont été déposés.

Le 31 janvier 2013, **la loi spéciale du 6 janvier 2014 portant sur la réforme du financement des communautés et des régions**, de l'élargissement de l'autonomie fiscale des régions et du financement des nouvelles compétences a fait l'objet d'une publication au Moniteur belge et entre en vigueur le 1^{er} juillet 2014.

Cette loi stipule que le financement du budget de la Communauté française et de la Communauté flamande est assuré par :

- 1° des recettes non fiscales ;
- 2° des parties attribuées du produit d'impôts et de perceptions ;
- 3° des dotations fédérales ;
- 4° pour la période de 2015 jusqu'à 2033, un mécanisme de transition ;
- 5° des emprunts

Tandis que le financement du budget de la Région wallonne, de la Région flamande et de la Région de Bruxelles-Capitale est assuré par :

- 1° des recettes non fiscales ;
- 2° des **recettes fiscales** visées par la présente loi ;
- 3° des recettes de l'exercice de l'autonomie fiscale en matière d'impôt des personnes physiques ;
- 4° des parties attribuées du produit d'impôts et de perceptions ;
- 5° des dotations fédérales ;
- 6° un mécanisme de solidarité nationale ;
- 7° pour la période de 2015 jusqu'à 2033, un mécanisme de transition ;
- 8° des emprunts

Concernant le principe de base du financement des entités fédérées, il était prévu que le transfert de compétences aille de pair avec les moyens attachés à ces compétences.

Toutefois, ce principe n'est pas absolu, compte-tenu qu'il a été décidé que les régions doivent participer à l'effort d'**assainissement des finances publiques** et au **coût du vieillissement**. Si certains craignent

2 Basé sur «Transferts des compétences en santé : quels enjeux et quels impacts pour la solidarité et la santé ?», conférence organisée par la Fédération des maisons médicales. Cf. <http://www.pipsa.be>

3 Réforme de l'État, «Note de politique générale», nov. 2013

que cet effort soit reporté vers les entités fédérées, Benoit Bayenet, économiste et chargé de cours à l'Université libre de Bruxelles, rappelle que ce transfert est accompagné de la compétence des régions de prélever une part de l'impôt sur les personnes physiques⁴ ; l'objectif à terme de cette participation à l'effort d'assainissement étant de répondre aux attentes de l'Union européenne, tel que l'équilibre structurel en 2015 et un surplus budgétaire imposé par l'Europe (MTO - objectif de moyen terme) de 0,75 % du PIB.⁵

Des trajectoires par entité ont également été définies, notamment pour l'État fédéral, la sécurité sociale, les entités fédérées et les pouvoirs locaux. À noter que la participation des entités fédérées au coût du vieillissement se fera via la réduction du rythme d'évolution des différentes dotations qui sont prévues dans la loi de financement.

La participation à l'assainissement et au coût du vieillissement a été calculée sur l'ensemble des compétences des entités fédérées et non sur les nouveaux transferts. En effet, d'après Benoit Bayenet, on entend trop souvent dire que seul 90 % des moyens seront transférés pour financer les nouvelles compétences ; ou autrement dit que les moyens seront rabotés de 10 % sur l'ensemble des compétences. D'après l'économiste, il s'agit de comprendre que «les entités fédérées doivent faire un effort sur l'ensemble de leur budget et qu'il n'est écrit nulle part que cet effort doit être réalisé sur les nouvelles compétences transférées». Le principe d'**autonomie financière** tel que présenté plus haut est donc respecté : les entités fédérées pourront répartir cet effort sur des compétences qu'elles exerçaient déjà auparavant.

Par ailleurs, la question de savoir si les entités fédérées couperont ou non dans certains de leurs services rendus aux citoyens pour combler ce trou demeure. Et elle n'est pas à exclure, à moins que la suppression des redondances (ou «couches de lasagne») entre les compétences gérées par le fédéral, les régions et les communautés débouche réellement sur une diminution des dépenses.

1.1.2.2 | 2 Compétences et programmes qui restent aux mains du fédéral

APERÇU DES COMPÉTENCES

Assurance maladie-invalidité dans certaines matières⁶

D'après l'art 6. de la loi spéciale du 4 janv. 2014, l'assurance maladie-invalidité reste aux mains du fédéral en matière de :

- dispensation de soins de santé mentale en dehors du milieu hospitalier ; c'est-à-dire les maisons de soins psychiatriques (MSP), les initiatives d'habitations protégées (IHP) et les plateformes de soins de santé mentale ;
- politique de dispensation de soins dans les institutions pour personnes âgées, en ce compris les services de gériatries isolés. Concrètement, sont visées les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), les maisons de repos et de soins de jour (CSJ) et les centres de court séjour ;
- politique de dispensation des soins dans les services spécialisés isolés de revalidation et de traitement.

Les mesures prophylactiques nationales

Par «mesures prophylactiques nationales»⁷, on sous-entend le programme de vaccination obligatoire. Lorsqu'une mesure consiste à rendre un vaccin obligatoire pour l'ensemble ou une partie de la population, on a affaire à une compétence fédérale. Néanmoins, il ne s'agit pas d'une compétence exclusive. Une vaccination peut être rendue obligatoire par une communauté aussi, à condition qu'elle ne compromette pas la compétence fédérale en la matière. À noter que l'organisation des campagnes de vaccination relève de la compétence des communautés.

4 Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, «Transferts des compétences : quels enjeux et quels impacts pour la solidarité et la santé ?», fév.2014

5 Bayenet B., économiste, ULB

6 Cf. art 6. de la loi spéciale du 6 janv. 2014

7 Proposition de résolution relative au dépistage et à la vaccination (...), Sénat 2009

INAMI

Avant la 6^e réforme de l'État, les conventions INAMI étaient, comme leurs noms l'indiquent, gérées par l'INAMI. Avec la 6^e réforme de l'État, une partie des compétences de l'INAMI est transférée aux entités fédérées. Parmi ces compétences transférées, sont concernées la plupart des conventions de revalidation, et notamment toutes celles dans le domaine des assuétudes ; ces conventions permettant le financement à l'acte avec diverses structures de soin. Avec la nouvelle réforme de l'État, l'INAMI conserverait la majorité de ses compétences (qui concernent le financement des soins) et continuerait à être sous la responsabilité du fédéral.

Hôpitaux

Le financement des hôpitaux reste une compétence fédérale (excepté pour quelques éléments transférés à la FWB qui sont exposés dans ce chapitre 1, point 1.1.2.2|3 «Compétence transférées du fédéral à la FWB»), de même que les règles relatives à la fixation de la liquidation du budget des moyens financiers (BMF) des hôpitaux.⁸ À noter aussi que «tout avant-projet ou proposition de décret, tout amendement à un projet ou proposition de décret, ainsi que tout projet d'arrêté d'une communauté ayant pour objet de fixer des normes d'agrément des hôpitaux, des services hospitaliers, des programmes de soins hospitaliers et des fonctions hospitalières est transmis pour rapport à l'assemblée générale de la Cour des Comptes afin que celle-ci évalue les conséquences de ces normes, à court et long terme, sur le budget de l'État fédéral et de la sécurité sociale»⁹.

Autres

Le fédéral reste également compétent pour la politique de crise dans l'éventualité d'une pandémie aigüe qui nécessiterait des mesures urgentes.

APERÇU DES PROGRAMMES

Les Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention

Le financement des Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention (ou PSSP) émane du fédéral et est attribué aux communes.

Avec la 6^e réforme de l'État, le fédéral reste en charge des PSSP. Ainsi, le SPF Intérieur continuera d'octroyer les subsides aux communes et les projets de conventions seront transmis au ministre de l'Intérieur pour analyse et approbation. La mise en œuvre de ces plans est quant à elle laissée aux mains des pouvoirs locaux, les communes, via les politiques de prévention, comme c'était déjà le cas auparavant.

En outre, si les PSSP ont largement été décrits dans nos précédents rapports, il s'agit de mentionner qu'un redéploiement de ces plans est entré en vigueur. En effet, notre rapport précédent faisait état d'une incertitude qui planait sur leur devenir, et plus particulièrement sur les modalités de leur redéploiement (allaient-ils être déchargés du fédéral pour revenir aux entités fédérées ?), ainsi que sur les budgets accompagnant ceux-ci. Pour rappel, ils avaient été prolongés plusieurs fois sur des périodes plus courtes, dans le cadre d'un gouvernement en affaires courantes d'abord ; de la réforme de l'État et de ses incertitudes ensuite ; la dernière prolongation les ayant mené à échéance au mois de juin 2013.

Aujourd'hui, cette incertitude est levée pour les quatre années à venir, du moins. En effet, la dernière levée prévoit que les PSSP courent du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2017¹⁰. Notons que c'est au cours de l'année 2013 que le sort des PSSP a été fixé par le Conseil des ministres qui a approuvé leur prolongation, via l'adoption d'un nouvel arrêté sur lequel nous reviendrons plus en détail plus loin (cf. chapitre 1, point 1.3, «Les développements législatifs récents»).

Enfin, rappelons que le ministère de l'Intérieur est compétent dans la lutte contre l'insécurité et les «nuisances liées aux drogues» via le Plan National de Sécurité (dernière levée : 2012-2015) et via les PSSP (dernière levée : 2014-2017).

8 Loi spéciale du 6 janv. 2014 relative à la 6^e réforme de l'État publiée le 31/01/2014 dans le Moniteur belge

9 Ibidem

10 Arrêté royal relatif aux Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention (PSSP) et aux dispositifs Gardiens de la Paix, 7 nov. 2013

Plan National de Sécurité (2012-2015)

Le gouvernement fédéral a adopté le 1^{er} mars 2012 le troisième Plan national de sécurité (PNS), soit le PNS 2012-2015. Avec ce plan, l'État entend poursuivre sa politique de lutte contre toutes les formes d'insécurité et de sentiment d'insécurité.

Ce plan a été préparé sur base de l'étude statistique de la criminalité enregistrée et d'une analyse des risques et se décline autour de **dix priorités** valables pour toutes les polices du royaume. L'une des priorités du PNS est bien sûr la lutte contre la criminalité. C'est au sein de celle-ci que l'on retrouve la lutte contre le trafic de stupéfiants, au même titre que celle contre le trafic d'armes, les vols à main armée, la violence dans les espaces publics ou les violences intra-familiales, entre autres choses.

Ces priorités devront être intégrées par la police, censée élaborer un plan d'action pour chacune d'elles, mais aussi assurer le monitoring des objectifs et de leur implémentation. Le PNS 2012-2015 se donne également pour objectif d'accorder une attention particulière aux grandes villes du pays, notamment à Bruxelles.

1.1.2.2 | 3 Compétences transférées du fédéral à la FWB

L'accord institutionnel pour la 6^e réforme de l'État prévoyait une extension des compétences des communautés en matière de soins de santé et d'aide aux personnes.

La **loi spéciale du 6 janvier 2014** règle ces transferts :

D'une part, deux volets relatifs à l'«aide aux personnes handicapées» sont transférés aux communautés, à savoir les «aides à la mobilité» et l'«allocation pour l'aide aux personnes âgées» (APA). À noter qu'à Bruxelles, l'APA sera, elle, transférée à la Commission communautaire commune (COCOM).

Deuxièmement, la loi spéciale du 6 janvier 2014 stipule que les communautés seront compétentes pour définir les normes d'agrément et infrastructures hospitalières/frais d'investissement, c'est-à-dire les normes auxquelles les hôpitaux, ainsi que les services, programmes de soins, fonctions hospitalières doivent répondre pour être agréés, étant entendu que :

- la *programmation* reste de compétence fédérale, des accords bilatéraux asymétriques pouvant néanmoins être conclus lorsqu'une communauté le souhaite ;
- le *financement* des hôpitaux reste de compétence fédérale, excepté pour le budget alloué pour la construction et la rénovation des hôpitaux et les frais d'investissement dans du matériel médical lourd ;
- on vérifiera que les *normes d'agrément* édictées par les communautés n'ont pas d'impact négatif sur les budgets fédéraux, à défaut d'accord bilatéral ;
- les *normes qualitatives* de référence sont celles édictées par l'Union européenne.

À noter que la **proposition de loi spéciale du 25 juillet 2013** prévoit que des accords bilatéraux de reconversion de lits hospitaliers pourront par ailleurs être conclus entre l'autorité fédérale et une communauté qui souhaite promouvoir la prise en charge en dehors de l'hôpital, en ce qui concerne entre autres le secteur des soins de santé mentale ou la politique des personnes âgées. En outre, cette même proposition de loi spéciale précise que «les communautés sont aujourd'hui déjà partiellement compétentes pour les *travaux dans les bâtiments hospitaliers*. De façon à ce qu'elles puissent assurer un maintien en bon état de leurs hôpitaux et décider d'investir prioritairement dans tel ou tel hôpital qui nécessite une rénovation urgente plutôt que dans un autre», la compétence en matière de *travaux de construction, de rénovation et de gros entretien des infrastructures hospitalières* leur est transférée.

Enfin, précisons que les **accords de la Saint-Quentin** (1992) permettent de dévier vers la région et la Commission communautaire française (COCOF) plusieurs compétences transférées du fédéral à la Communauté française. Deux compétences sortent toutefois de ce paquet de la Saint-Quentin : l'aide sociale aux justiciables et les maisons de justice/aide juridique de première ligne. La Communauté hérite de ces nouvelles compétences venant de l'État fédéral, car les négociateurs ont estimé opportun de rassembler ces matières dans une seule et même entité¹¹. La Communauté française devient également compétente pour les services Espaces-Rencontres.

¹¹ Compte-rendu du Parlement francophone bruxellois (COCOF), séance plénière du 31/01/2014

1.1.2.2 | 4 Compétences qui restent à la FWB

La Communauté française reste compétente à l'égard des hôpitaux universitaires, étant donné que la proposition de décret du Parlement wallon¹² élargit cette compétence aux normes d'agrément et au financement de l'infrastructure hospitalière des services médico-techniques.

Deuxièmement, en matière d'éducation sanitaire, il est prévu que la Communauté française reste compétente pour les activités et services de médecine préventive destinés aux nourrissons, aux enfants, aux élèves, et plus particulièrement pour :

1. La **promotion de la santé à l'école** (PSE), la vaccination, la promotion de l'hygiène dentaire dans les écoles et les programmes de dépistage (notamment des anomalies métaboliques et surdité des nouveaux nés)
2. Les missions confiées à l'**Office de la naissance et de l'enfance** (ONE), qui rappelons-le est l'organisme de référence en Communauté française pour toutes les questions relatives à l'enfance, aux politiques de l'enfance, à la protection de la mère et de l'enfant, à l'accompagnement médico-social de la (future) mère et de l'enfant en dehors de son milieu parental et au soutien à la parentalité. (cf. 1.1.2, partie intitulée «Rôle grandissant de l'ONE»)
3. Le **contrôle médico-sportif**, qui relève essentiellement de la politique sportive, une compétence de la Communauté française.

Signalons aussi qu'il est prévu que l'agrément et le contingentement des professions de soins de santé restent de la compétence de la Communauté française en raison du lien qu'ils entretiennent avec la matière de l'enseignement.

Autre compétence qui reste à la FWB : un amendement a été ajouté le 18 mars 2014 à la proposition spéciale de décret relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la COCOF concernant une exception au transfert de compétences en maintenant la compétence relative à la Société scientifique de médecine générale dans les attributions de la Communauté française.¹³

Par ailleurs, la proposition de loi spéciale du 25 juillet 2013 prévoyait le transfert des matières de la politique des personnes âgées et de la revalidation «long term care» aux communautés. Toutefois, en raison des accords de la Saint-Quentin, certaines de ces compétences seront transférées aux régions¹⁴, comme nous l'explicitons dans le prochain point.

À noter encore : bien que les textes n'en font pas encore état, il est prévu que quelques compétences restent dans le giron de la FWB, et ce, même après l'application des accords de la Saint-Quentin. Celles-ci sont :

- la tutelle sur l'ONE ; elle-même relevant de la compétence du ministre de l'Enfance
- le contrôle médico-sportif
- l'équivalence des diplômes en soins infirmiers, exercée actuellement par la Direction générale (DG) de la santé qui sera transférée à la Direction de l'enseignement (AGERS) ; bien qu'elle ne comporte pas de budget.¹⁵

1.1.2.2 | 5 Compétences transférées de la FWB aux régions

Rappelons que les **accords de la Saint-Quentin** (1992) sont un accord politique en vue d'organiser le transfert de compétences de la Communauté française (FWB) vers la Région wallonne (RW) et la COCOF. Ainsi, ils renforcent le régional et permettent d'alléger les finances de la Communauté.¹⁶ Ils sont activés

12 Proposition de décret du Parlement wallon, 20 déc. 2013

13 Compte-rendu intégral du Parlement wallon, séance publique en commission, 24 mars 2014

14 Proposition de décret du Parlement wallon, 20 décembre 2013

15 Tatiana Pereira, FWB, communication personnelle, mai 2014

16 Compte rendu du groupe Fedito-FEJAT-CLDB, 17 janvier 2014

pour toutes les matières transférées d'abord vers la FWB (en provenance du fédéral, donc) et ensuite vers la COCOF et la RW.

Quant aux **accords de la Sainte-Emilie** (2013), ils sont à différencier des accords de la Saint-Quentin, puisqu'ils règlent la façon dont les francophones envisagent la concertation entre Bruxelles et la Wallonie sur la façon de gérer les allocations familiales et certains volets de la politique de santé. Aussi, les services non bicommunautaires (COCOF) qui disposent d'une convention de revalidation sont concernés par ces accords de la Sainte-Emilie pour, à terme, être transférés vers le bicommunautaire (COCOM).¹⁷

CE QUI EST PRÉVU

L'exercice des nouvelles compétences «santé» est transféré, **à partir du 1^{er} juillet 2014**, de la FWB à la RW et le cas échéant, à la COCOF pour les compétences qui ne relèvent pas exclusivement de la COCOM pour le territoire de Bruxelles.

En lien avec ces transferts, deux chantiers peuvent être mentionnés :

- Un décret attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la COCOF ;
- Un accord de coopération ou un décret de socle de principes communs Wallonie-Bruxelles.

Deux décisions majeures doivent également être soulignées :

- le transfert vers les régions des budgets des allocations familiales et de certaines compétences sur l'impôt ;
- le rôle plus important des régions, via une gestion différenciée des compétences sociale et santé ambulatoire selon les régions.

À noter, qu'à Bruxelles, la situation est particulière, compte-tenu des diverses entités fédérées compétentes sur ce territoire, dont la COCOM, la COCOF, la COCON, la Région Bruxelles-Capitale et la Vlaamse Gemeenschap (VGS).

Aussi, les régions seront compétentes en matière de **politique de santé** (sauf exceptions : hôpitaux universitaires ; conventions de revalidation conclues avec les hôpitaux, Académie royale de médecine de Belgique ; agrément et contingentement des professions des soins de santé ; activités et services de médecine préventive destinés aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants ; missions confiées à l'Office de la naissance et de l'enfance ; contrôle médico-sportif ; Société scientifique de médecine générale).¹⁸

Elles seront également compétentes en matière d'**aide aux personnes** (à l'exception de ce qui relève des missions confiées à l'Office de la naissance et de l'enfance ; des services Espaces-Rencontres ; de l'aide sociale aux justiciables ; de la protection de la jeunesse ; de l'aide sociale aux détenus ; de l'aide juridique de première ligne).¹⁹

Elles seront également compétentes en matière de **prestations familiales**.

QUELLES COMPÉTENCES ?

> COCOM

La COCOM reçoit les **services bicommunautaires** pour ce qui concerne le social et la santé ambulatoire ou plus précisément, les compétences portant sur les personnes âgées (maisons de repos, maisons de repos et de soins, etc.), les maisons de soins psychiatriques, les habitations protégées et des regroupements de compétences qui visent à homogénéiser les politiques d'aide aux handicapés, **toxicomanes**, les politiques de prévention, etc.

¹⁷ Ibidem

¹⁸ Selon le texte définitif de la Proposition de décret du Parlement wallon, 11 avril 2014

¹⁹ Idem

À terme, les nouvelles compétences touchant aux personnes qui seront transférées à la COCOM²⁰ sont :

- la gestion des allocations familiales ;
- l'allocation d'aide aux personnes âgées est communautarisée et à Bruxelles, elle est transférée à la COCOM ;
- le Fonds Impulseo ;
- les conventions de revalidation individuelle ;
- la vérification des certificats de naissance et de décès dans le cadre des missions de statistiques publiques en vue de la surveillance et de la protection de la santé ;
- l'agrément des services externes de prévention et de protection au travail ;
- l'inspection d'hygiène ;
- la prévention de la tuberculose ;
- l'environnement ;
- la promotion de la santé «étant donné que ce secteur est vu comme un moyen de lutte contre les inégalités sociales»²¹ ;
- les activités et services de médecine préventive.

> COCOF et Région wallonne

La Région wallonne et la COCOF seront compétentes pour :

- la définition des normes auxquelles doivent répondre pour être agréés les hôpitaux et les services, les programmes de soins, les services hospitaliers, etc. ;
- le financement de l'infrastructure hospitalière et des services médico-techniques (dans le respect des règles de l'autorité fédérale) ;
- la politique de revalidation «long term care», à savoir, les services de soins/hôpitaux spécialisés isolés et gériatriques isolés, les établissements de santé issus de conventions de revalidation conclues avec l'INAMI (à l'exception des conventions de revalidation conclues entre les hôpitaux universitaires et l'INAMI) ;
- l'organisation des soins de santé de première ligne et le soutien aux professions de santé de première ligne ;
- en ce qui concerne l'éducation sanitaire (ou promotion de la santé), les activités et services de médecine préventive ainsi que toute initiative en matière de médecine préventive (à 3 exceptions près qui restent de la compétence de la FWB), en ce compris les Centres locaux de promotion de la santé, les Services communautaires de promotion de la santé et les campagnes d'éducation à la santé ;
- les programmes de dépistage des cancers du sein et du côlon ;
- la Plan national nutrition santé (PNNS) ;
- **le Fonds de lutte contre les assuétudes** ;
- les consultations de sevrage tabagique ;
- la vérification des certificats de naissance et de décès en vue de la surveillance et de la protection de la santé ;
- l'agrément des services externes de prévention et de protection du travail ;
- l'inspection d'hygiène ;
- la prévention de la tuberculose.

À la différence de la COCOM, la COCOF²², la Région wallonne se retrouve avec des compétences en santé qui appartenaient à la FWB, à savoir, les **services non bicommunautaires** pour ce qui concerne le social et la santé ambulatoire, ou plus précisément, les compétences portant sur les personnes âgées (maisons de repos, maisons de repos et de soins, etc.), les maisons de soins psychiatriques, les habitations protégées et des regroupements de compétences qui visent à homogénéiser les politiques d'aide aux handicapés, toxicomanes, les politiques de prévention, etc.

20 Rappelons que la COCOM règle et gère les matières communautaires en Région bruxelloise, communes aux deux communautés

21 Serge Carabin, directeur général de la Santé pour la FWB (à 3 exceptions près qui restent de la compétence de la FWB)

22 Rappelons que la COCOF assure, au sein de la Région de Bruxelles-Capitale, les compétences communautaires relevant de la Communauté française

APERÇU DE QUELQUES PROGRAMMES QUI RESTENT AUX RÉGIONS

Plans de cohésion sociale (2014-2019)²³

La prévention, compétence éclatée avant la 6^e réforme de l'État, était d'ores et déjà déclinée en Wallonie, via les «Plans de cohésion sociale» (PCS), qui comprennent de nombreuses actions de prévention dans divers domaines visant à développer la cohésion sociale, dont la prévention des assuétudes (De Ruyver & al., 2011). Ainsi, en Région wallonne, ces PCS permettent de coordonner et de développer un ensemble d'initiatives au sein des communes, par le biais d'actions répondant à l'un des 4 axes suivants : l'insertion socioprofessionnelle, l'accès à un logement décent, l'accès à la santé et le traitement des assuétudes, le retissage des liens sociaux, intergénérationnels et interculturels.

À ce jour, une première programmation des PCS, qui s'étendait d'avril 2009 à décembre 2013, vient de se terminer. Une seconde programmation 2014-2019 vient donc d'être lancée.

Pour comprendre le contexte dans lequel s'inscrit cette nouvelle programmation, un bref retour sur les aspects législatifs liés à cette matière s'impose.²⁴

En 2008, deux étapes importantes sont à retenir. Le 6 novembre 2008, le Parlement wallon approuvait les décrets relatifs aux Plans de cohésion sociale dans les villes et communes de Wallonie. Le 12 décembre 2008, il adoptait les deux arrêtés d'exécution de ces décrets et chargeait le ministre des Affaires intérieures et de la Fonction publique et le ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des chances de lancer, sur cette base, un appel à projet aux 253 communes wallonnes de langue française.

Ensuite, en réponse à l'appel à projet du 17 décembre 2009, 150 communes ont transmis un projet de Plan de Cohésion Sociale à la Direction interdépartementale de la Cohésion sociale. Suite à l'analyse effectuée par la Direction interdépartementale de la Cohésion Sociale (DiCS) et la Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé (DGO5), près de 140 dossiers ont fait l'objet de remarques nécessitant une ou plusieurs modifications de leur plan.

Le 14 mai 2009, le gouvernement a approuvé la liste des projets de plans, les remarques émises par l'administration ainsi que les montants de subvention proposés pour chaque commune. Deux arrêtés de subvention furent nécessaires :

- l'un concernant les subventions octroyées pour la **mise en œuvre du plan** de cohésion sociale (sous la tutelle du Ministre Paul Furlan) ;
- l'autre concernant les subventions relatives à la mise en œuvre des actions réalisées dans le cadre de la **subvention complémentaire** prévue à l'article 18 du décret (sous la tutelle de la ministre Eliane Tillieux).

En effet, l'article 18 du décret prévoit que le gouvernement peut octroyer aux communes des moyens supplémentaires pour soutenir des actions menées dans le cadre du plan par des associations. Ces moyens supplémentaires sont réservés aux communes qui concluent, dans le cadre du Plan de cohésion sociale, une ou plusieurs conventions de partenariat²⁵, et qui impliquent un transfert financier. Dans la limite des crédits disponibles, les moyens supplémentaires visés à l'article 18 du décret sont proportionnels au montant de la subvention modulée octroyée à la commune.²⁶ Ces moyens supplémentaires sont rétrocédés à la ou aux association(s) concernée(s) selon les modalités prévues dans la convention de partenariat.

En définitive, 147 communes réunies dans 140 Plans de Cohésion Sociale ont confirmé leur adhésion au dispositif, dont 4 PCS présentés en regroupement de communes : Clavier (+ Anthisnes, Hamoir, Nandrin et Tinlot), Habay-la-Neuve (+ Tintigny), Lobbes (+ Merbes-le-Château), Orp-Jauche (+ Lincent).

Concernant le **suivi des plans et la liquidation des subventions**, deux administrations distinctes entrent en jeu :

23 Point basé sur une communication personnelle avec Lowies Laura, DGO Pouvoirs locaux, Action sociale et Santé du SPW, fév. 2014

24 Rétrospective basée sur une communication personnelle avec Lowies L.

25 Conventions de partenariat visées à l'article 23, §5 du décret

26 Article 12, §3 du décret

- Le suivi qualitatif des plans (visites sur le terrain, rencontre avec les personnes en charge du PCS dans les communes) est réalisé par la Direction Interdépartementale de la Cohésion sociale (DiCS).
- Le suivi des dossiers financiers et le contrôle de la bonne utilisation de la subvention sont, quant à eux, assurés par la DGO5.

D'un point de vue pratique, une première avance de 75 % de la subvention totale est versée à chaque commune participante en début d'année budgétaire. Le solde de la subvention est liquidé après vérification des justificatifs fournis par la commune. En effet, la commune est tenue de justifier l'emploi de la subvention en communiquant, pour le 31 mars de l'année N+1, les pièces justificatives composées de la balance des recettes.²⁷ Si la subvention n'est pas utilisée aux fins pour lesquelles elle a été allouée ou si les pièces justificatives des frais couverts par la subvention se révèlent insuffisantes, le bénéficiaire est tenu de rembourser le montant ou une partie de la subvention accordée.

Pour la programmation **2014-2019** des PCS et des articles 18, un appel à projet a été lancé auprès des 253 communes wallonnes de langue française. Au total, **181 communes** ont répondu à cet appel. Des remarques ont été formulées par la DiCS et la DGO5, et sur cette base, les communes ont dû modifier les éléments de leurs plans et des actions. Les plans définitifs intégrant les remarques des deux institutions devaient être communiqués à ces instances pour le 15 février 2014.

Notons que d'après le SPW, l'impact de la 6^e réforme de l'État sur les PCS ne pourrait être qu'indirect.

Décret assuétude²⁸

En Région wallonne, le secteur des assuétudes est régi par le Code réglementaire de l'Action sociale et de la Santé. Il organise l'octroi des agréments, des subventions, l'évaluation et le contrôle des services et des réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes.

Le territoire de la Région wallonne est subdivisé en minimum **douze zones de soins** dont la délimitation géographique est définie par le gouvernement, en tenant compte des limites territoriales des associations. C'est au sein de chaque zone de soins qu'est constitué un réseau d'aide et de soins spécialisés en assuétudes, désigné par le Code, sous le vocable de «réseau».

À noter qu'en Région wallonne, les soins et l'aide spécialisés en assuétudes sont organisés sous forme ambulatoire par des asbl ou des pouvoirs publics agréés en qualité de services. Plus précisément, une concertation et des réponses aux besoins sont organisés par les réseaux ou plates-formes de concertation en santé mentale, par les asbl du secteur ou les autorités publiques.²⁹

Concernant l'impact de la 6^e réforme de l'État sur le décret assuétude en Région wallonne, aucun changement n'est prévu dans le chef des autorités wallonnes, pour l'heure.³⁰ Le but serait de réceptionner les compétences transférées en l'état sans rien modifier à l'existant. D'après la DGO5 du Service public de Wallonie (SPW), les secteurs concernés seront concertés en temps utiles si une modification future devait s'opérer, ce qui n'est pas à l'ordre du jour.³¹

Notons qu'actuellement, il n'existe pas de cadastre des services ambulatoires en Wallonie, mais que la Région aurait l'intention d'établir ce type de listing. D'après nos informations, l'accent a jusque maintenant été mis sur d'autres travaux plus urgents, notamment en lien avec les processus d'harmonisation et de simplification administrative.³²

27 Conformément à l'article 31 §2 du décret du 6 novembre 2008

28 Portail Action sociale et Santé en Wallonie : <http://socialsante.wallonie.be/> > La Santé > Soins ambulatoires

29 Ibidem

30 Bothy S., DGO5 SPW, communication personnelle, avril 2014

31 Ibidem

32 Ibidem

RÔLE GRANDISSANT DE L'ONE

L'Office de la naissance et de l'enfance est un organisme d'intérêt public doté d'une personnalité juridique et placé sous la tutelle du gouvernement de la FWB.

Avec la 6^e réforme de l'État, il absorbe de nouvelles compétences. On peut donc s'attendre à ce qu'il joue un rôle grandissant dans les mois et années à venir, puisqu'il conserve une série de compétences qui ne seront pas transférées aux régions.

Mis à part son rôle de référence en FWB pour toutes les questions relatives à l'enfance explicitées ci-dessus, l'ONE assure l'agrément, le subventionnement, l'accompagnement, le contrôle et l'évaluation de l'accueil de l'enfant de 0 à 12 ans.

Concernant la mission d'accueil, sont concernées par les missions de l'ONE, les structures d'accueil comme les milieux d'accueil subventionnés, les milieux d'accueil agréés et non subventionnés, les milieux d'accueil autorisés non agréés, les services d'accueil spécialisés, les services d'accueil organisés par l'ONE, l'accueil extra-scolaire, les centres de vacances et les écoles de devoirs.³³

Concernant la mission d'accompagnement de l'ONE, elle s'exerce principalement via les structures suivantes : l'organisation de consultations prénatales, l'organisation des consultations pour enfants, l'organisation des visites à domicile, le suivi des équipes SOS enfants conventionnées par l'Office, le service Adoption.

Si la proposition de décret du Parlement francophone bruxellois et le décret mission de l'ONE (en cours de révision) sont adoptés, **l'ONE recevra le paquet de compétences qui restent à la FWB**, à savoir :

- la promotion de la santé à l'école (PSE) ;
- la vaccination ;
- la promotion de l'hygiène dentaire dans les écoles ;
- les programmes de dépistage (notamment des anomalies métaboliques et surdité des nouveaux-nés).

Les quatre partis ont pris cette décision lors de la signature des accords de la Sainte-Emilie, et à l'heure actuelle, un groupe de travail est chargé de modifier le décret mission de l'ONE.

À noter aussi que les propositions de décret prévoient la dissolution du Fonds d'Équipements et de Services Collectifs (FESC), ce qui n'étendra pas pour autant les compétences de la FWB, car celle-ci était déjà compétente pour régler le fonctionnement des structures d'accueil. C'est donc l'ONE qui exercera à l'avenir ces missions, dont l'intervention dans le financement des frais d'accueil de chaque enfant bénéficiaire d'allocations familiales au sein des services d'accueil extrascolaire, services d'accueil d'enfants malades, services d'accueil flexible, services d'accueil d'urgence.

ÉTAT D'AVANCEMENT

Au niveau des **échéances** de ce transfert, il est prévu que les budgets soient transférés le 1er janvier 2015 aux entités concernées par le transfert de compétences ; tandis que l'exercice des compétences «santé» est transféré à partir du 1er juillet 2014, de la FWB à la Région wallonne et le cas échéant, à la COCOF pour les compétences qui ne relèvent pas exclusivement de la COCOM pour le territoire de Bruxelles. Ainsi, pour la Région de Bruxelles-Capitale, les compétences seraient dans un premier temps transférées à la COCOF, et seulement, dans un second temps, à la Commission bilingue à Bruxelles (COCOM), lorsqu'un accord sera trouvé avec l'aile flamande.

À l'heure actuelle, la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la 6^e réforme de l'État a été adoptée et publiée au Moniteur belge. Diverses proposition de décrets (émanant du Parlement francophone bruxellois, Parlement wallon et Parlement de la Communauté française) ont également fait l'objet d'une publication et sont en cours de relecture.

33 Proposition de décret du Parlement wallon, 20 déc. 2013

Concernant le décret mission de l'ONE, celui-ci est passé en première phase de relecture, et d'ici le 1^{er} janvier 2015 ou 2016, la FWB n'aura plus la charge des compétences destinées à l'ONE.

1.1.2.3 Enjeux du transfert des compétences pour le secteur de la promotion de la santé et des assuétudes

Pour le secteur de la promotion de la santé et des assuétudes, le premier enjeu de taille relatif à la 6^e réforme de l'État est celui du transfert aux régions de la «promotion de la santé», stratégie jusqu'ici développée par la FWB. En effet, plusieurs défis se posent aux institutions concernées, dont d'une part, celui de parvenir à conserver les valeurs propres à la promotion de la santé. D'autre part, il s'agira aussi d'assurer l'intégration de ces valeurs dans les textes légaux qui émaneront dans les prochains mois et années.

Rappelons que le cadre de référence de la promotion de la santé en FWB se base sur la Charte d'Ottawa (1986). S'inspirant des recommandations de cette dernière, le décret du 14 juillet 1997 de la Communauté française définit la promotion de la santé comme un «processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques»³⁴. En outre, les compétences de la FWB en matière de santé sont définies par les lois spéciales du 8 août 1980 et du 8 août 1988, et par le décret du 19 juillet 1993 attribuant à la FWB notamment les missions d'éducation sanitaire et la médecine préventive. En plus des compétences transférées, les régions devront s'approprier cette base légale et les valeurs qui en découlent. De cette appropriation devra naître une **transversalité** entre les entités fédérées, afin d'assurer une vision cohérente et partagée autour de la promotion de la santé.

Deuxièmement, ce transfert pose la question du devenir des organismes assuétudes financés par la FWB. En effet, assurer la **continuité des services** et éviter la rupture de ceux-ci est l'un des enjeux de cette réforme, sans quoi les bénéficiaires, les opérateurs et les administrations compétentes se verraient pénalisés. Néanmoins, aucune garantie n'a été donnée au secteur quant aux ajustements financiers qui pourraient découler du transfert de compétences de la FWB vers les régions. L'enveloppe globale provenant du fédéral sera transférée à la FWB et ensuite aux régions ; et dans ce tableau, le secteur de la promotion de la santé craint de se voir léser compte-tenu de son poids «limité» à côté d'autres postes tels que les soins. Malgré une volonté politique de conserver ce qui existe, le secteur ne peut se référer à aucun accord écrit. À l'heure d'écrire ces lignes, il semble donc impossible de dire quelle répartition sera faite entre les soins et la promotion de la santé. Il faudra attendre la sortie des budgets régionaux 2015 pour voir se dégager cette répartition soin/prévention et promotion de la santé.

Or, un grand nombre d'associations doivent introduire de nouveaux programmes (pluri)annuels, afin d'assurer une continuité dans leurs missions. Aussi, pour les acteurs dont l'enveloppe dépend de la FWB et qui voient leur Convention de financement se clôturer en 2014, ils devront préparer une nouvelle demande de financement. D'ici 2015, la prochaine administration en charge de recevoir les demandes de reconduction des programmes (pluri)annuels reste inchangée. Le secteur associatif continuera donc à adresser ses demandes de reconduction à la FWB, durant la période de transition actuelle. La FWB fera quant à elle passer les dossiers reçus à ses instances d'avis et rédigera des suggestions pour les régions, et ce, durant toute cette période de transition.

On peut donc présupposer que la COCOF et la Région wallonne donneront également leur avis sur les demandes de reconduction ; du moins, lorsque le prochain gouvernement sera formé et lorsque les noms des ministres élus seront connus. Les instances d'avis des ministres seront maintenues. Au niveau de la FWB, c'est donc le Conseil supérieur de la promotion de la santé et l'instance d'avis du ministère qui sera chargé de remettre un avis sur les dossiers introduits.

Mais à terme, la plupart de ces institutions actuellement financées par la FWB, ne recevront plus un sous de la FWB. Ce sont les régions qui auront ce poste sous leur responsabilité ; d'où les craintes du secteur de la promotion de la santé quant aux modalités pratiques de ce transfert, eu égard au siège social des associations concernées : à Bruxelles ou en Wallonie. Aussi, les questions que se posent les centres et associations du secteur sont diverses : devront-ils changer le siège de leur institution ? Les montants transférés de la FWB seront-ils égaux ? Certains employés seront-ils délocalisés et devront-ils aller travailler dans une autre ville ?

Par ailleurs, ce que l'on sait aujourd'hui, c'est notamment que le Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes est transféré aux régions à la date du 1^{er} juillet 2014.

Autre enjeu du transfert de compétences : l'entente des francophones et des flamands à Bruxelles. En effet, le transfert des compétences partant de la FWB à destination de la COCOM cristallise certaines craintes, notamment du côté francophone. Si ces matières sont effectivement transférées à la COCOM, des acteurs francophones craignent de voir apparaître des divergences avec leurs homologues flamands, notamment sur les matières liées à la réduction des risques, compte-tenu de la vision divergente en Flandre et en FWB. Mais l'enjeu d'une entente entre francophones et flamands à Bruxelles ne se situe pas uniquement autour d'une même vision de la RdR. C'est plus largement une vision commune de la promotion de la santé qu'il s'agit de partager à Bruxelles, ainsi que des valeurs communes autour de celle-ci.

La 6^e réforme de l'État a donc une répercussion importante pour le secteur de la promotion de la santé et des assuétudes et ne lui permet pas de s'engager sereinement pour 2015, compte-tenu de l'absence de réponse quant aux modalités pratiques du transfert de compétences, des priorités et critères d'introduction des programmes et dynamiques à venir.

Face à ces multiples enjeux, **deux plateformes réunissant des acteurs associatifs**, dont ceux du secteur de la promotion de la santé, sont donc nées à Bruxelles et en Wallonie. L'objectif ? Construire une réflexion autour des politiques futures, s'y préparer et donner une visibilité (voire une lisibilité) au secteur de la promotion de la santé.

À Bruxelles, la question des dynamiques implantées au niveau fédéral suscite beaucoup de questions ; d'autant que Bruxelles reste un territoire bilingue nécessitant de s'accorder sur des politiques engagées et des messages concertés. Plusieurs groupes se sont donc créés afin de suivre ce transfert de compétences.

Premièrement, le Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique (CBCS) a impulsé la création d'une plateforme associative chargée du suivi du transfert de compétences en Région Bruxelles-Capitale. Son nom ? La **PLASTIC** ou «Plate-forme associative de suivi de l'implémentation en Région de Bruxelles-Capitale des compétences transférées par la 6^e réforme de l'État».

Actuellement, elle associe des représentants sectoriels et des partenaires sociaux de la COCOF et la COCOM : Services d'Aide à domicile, Centres d'action sociale globale et Centres d'aide aux personnes, Services d'aide aux justiciables, Services Espaces-Rencontres, Secteur de l'aide à la personne handicapée, Secteur des Maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abri, Secteur Promotion de la santé, Secteur de l'insertion socioprofessionnelle, Services d'aide aux toxicomanes, Services de santé mentale, Secteur des maisons médicales, Secteur des initiatives d'habitation protégée, Centres de planning familial, Services de médiation de dettes et Centres de coordination de soins et services à domicile, ainsi que des représentants de mutuelles et des partenaires sociaux.

Partant du constat que la Région bruxelloise semble peu préparée à recevoir les compétences transférées et que les questionnements du secteur sont nombreux, la plate-forme s'est donnée les objectifs suivants :

- **Inform**, diffuser auprès des secteurs toute information à ce sujet ;
- **Communiquer** sur la réalité de son travail de tous les jours, afin que sa perception de la situation soit prise en compte lors des négociations politiques ;
- **Prendre position** par rapport aux propositions et aux décisions politiques ayant un impact sur les secteurs représentés, liés à :
 - 1) l'organisation des secteurs
 - 2) l'impact sur la politique de l'emploi dans ces secteurs
 - 3) l'incidence sur la couverture sociale des usagers de ces secteurs.

Rappelons que l'un des enjeux autour de cette plateforme bruxelloise est de parvenir à faire émerger une vision commune autour de la promotion de la santé (et de ses valeurs), entre les francophones et les flamands qui la composent et la composeront.

D'autres organismes ont également vu le jour.

Notamment le groupe Fédito-FEIAT-CLDB, une plateforme réunissant trois coupoles du secteur toxicomanie bruxellois. Elle est comparable à la PLASTIC, si ce n'est qu'elle est intra-sectorielle.³⁵

Deux autres plateformes ont également été créées : une plateforme wallonne et une autre bruxelloise. Leur objectif ? Susciter la concertation du secteur de promotion de la santé, mais aussi défendre et visibiliser la promotion de la santé. De son côté, la **Plateforme bruxelloise du secteur de la promotion de la santé** a été lancée à l'initiative du CBPS (Centre Bruxellois de Promotion de la Santé). Tandis qu'en Région wallonne, il s'agit de la **Plateforme wallonne de promotion de la santé**, elle-même pilotée par l'inter CLPS.

Ces plateformes ont notamment pour objectif de réunir les acteurs de la promotion de la santé dont le *siège social* se situe soit à Bruxelles soit en Wallonie, d'échanger des informations sur le transfert de compétences, réfléchir à l'intérêt de réaliser un travail de concertation du secteur promotion de la santé afin de le viabiliser le secteur. Ces plateformes réunissent les acteurs de promotion de la santé dont les *activités* se situent à Bruxelles et/ou en Wallonie. Ainsi une association dont le siège social se situe à Bruxelles et travaillant à Bruxelles et en Wallonie peut se retrouver dans les deux plateformes. C'est d'ailleurs le cas pour un nombre non négligeable d'institutions.

En outre, ces deux plateformes ont produit un **mémorandum** à destination des politiques. L'objectif ? Assurer un lobbying auprès des décideurs politiques afin qu'ils accordent la place et les budgets nécessaires au secteur de la promotion de la santé dans le cadre de la 6^e réforme de l'État. Le mémorandum de la plateforme wallonne est en cours de validation, tandis que celui des acteurs bruxellois est d'ores et déjà public. Ce dernier s'intitule «Lutter contre les inégalités sociales de santé par la promotion de la santé, ça rapporte !»³⁶ et fait le point sur une série de défis à relever à Bruxelles en matière d'inégalité de revenu et d'espérance de vie, de risque de pauvreté, de saturation des services psycho-médico-sociaux malgré un investissement constant dans les soins médicaux, etc. En outre, il fait état de la menace que représente la 6^e réforme de l'État pour les associations actives en promotion de la santé. Aussi, diverses pistes y figurent, passant par la contribution à la protection et l'amélioration des conditions de santé et de bien-être des Bruxellois, la lutte contre les facteurs de disparités de santé, par une diminution sur le long terme des coûts sanitaires et sociaux et par la prise en compte des Bruxellois en tant qu'acteurs de leur propre santé (allant de pair avec leur implication dans les décisions et actions à élaborer). En outre, ce mémorandum plaide pour une meilleure valorisation de l'expertise des professionnels bruxellois, afin de mettre en place des stratégies de promotion de la santé concertées et cohérentes. Dans ce cadre, la Plateforme bruxelloise du secteur de la promotion de la santé plaide pour une reconnaissance structurelle et financière du secteur mais aussi une représentation dans le futur organisme d'intérêt public (OIP) et dans les instances de décision relatives aux politiques de santé.³⁷ Ces revendications sont également portées par les acteurs wallons, au sein de la plateforme wallonne.

35 Sébastien Alexandre, directeur Fédito asbl, communication personnelle, mai 2014

36 Cf. mémorandum sur <http://www.cbps.be>

37 Notons que le CBPS, en tant que membre du conseil d'administration du CBCS est représenté au sein de la PLASTIC pour représenter la promotion de la santé

1.1.2.3 | 1 Comment ce transfert va-t-il se concrétiser sur le terrain : le rôle des OIP

Comment ce transfert se concrétisera-t-il sur le terrain ? Quels sont les enjeux liés à la concrétisation de ce transfert ? Voilà deux questions qui mobilisent notamment l'attention du secteur. Bien qu'il reste encore tout à faire, il est prévu de créer **deux organismes d'intérêt public** (OIP), respectivement soumis à un contrat de gestion ; car à terme, l'objectif est de créer des structures «miroirs»³⁸ en Wallonie et à Bruxelles :

- Il est prévu qu'un OIP soit créé au niveau de la RW et qu'il se situe à Charleroi. Au sein de celui-ci, trois comités de gestion devraient prendre en charge les compétences attribuées à l'OIP en matière de «personnes handicapées», d'une part et de «santé et aide aux personnes», de l'autre ; le troisième comité de gestion étant «général». Par conséquent, il n'est pas à exclure que l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH) joue un rôle important dans cet OIP.
- Un OIP au niveau de la COCOM devrait également être créé pour la Région de Bruxelles-Capitale. Il est prévu que sa création soit le résultat d'une concertation entre les flamands et les francophones.

En matière de compétences, le rôle des OIP n'est pas encore défini. Aussi, diverses questions restent ouvertes : quelle sera leur statut juridique ? Une fois créés, quelle sera l'étendue exacte de leurs responsabilités ? Seront-ils mis en place pour définir les lignes stratégiques ou les aspects opérationnels des politiques mises en œuvre ? Géreront-ils l'une ou l'autre compétence transférée de la RW ou de la COCOM, telles que les centres de planning familial, ou les services d'aide aux familles, ou les relais santé, etc. ?

Autre question qui risque de faire débat : quels organismes siégeront dans ces OIP et quels sont ceux qui composeront leur conseil d'administration ? Leur rôle se bornera-t-il à la gestion ? Sera-t-il composé du secteur associatif ou uniquement de politiques ? Ces questions sont d'autant plus importantes que **la composition de cet OIP va marquer le schéma de l'organisation du secteur** de la promotion de la santé en Région wallonne et bruxelloise, mais aussi la manière dont se positionnera le secteur.

Autre défi en lien avec la création de ces deux OIP : le maintien d'une transversalité entre les deux régions. En effet, comment faire le pont entre ces deux OIP sans pour autant opérer une rupture entre les deux régions ?

Afin d'assurer un lien Wallonie-Bruxelles, la création d'une structure «trait d'union» a été décidée par les quatre partis traditionnels, l'objectif étant de favoriser la convergence des politiques menées, tout en bétonnant les liens entre Wallonie et Bruxelles.³⁹ Dans le cadre de cette structure, il est prévu que les entités fédérées soient amenées à conclure un «pacte de simplification». Via celui-ci, elles s'engageraient à ce que les personnes domiciliées en Wallonie (et qui bénéficient de prestations à Bruxelles) ou à Bruxelles (et qui bénéficient de prestations en Wallonie) conservent le même interlocuteur administratif. Il est prévu que cette structure «trait d'union» se décline en trois niveaux :

- Un comité ministériel rassemblant des ministres de tous les gouvernements/collèges des entités fédérées ;
- Un organe de concertation composé de représentants des partenaires associés à la gestion de ces compétences ;
- Une coordination régulière des fonctionnaires dirigeants des organes administratifs concernés, qui assistent également au Comité ministériel⁴⁰.

Il reste encore tout à faire. Toutefois, l'intention d'assurer une transversalité entre les entités fédérées est palpable.

38 Ibidem

39 Cf. «Projet commun d'organisation de nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales»

40 Ibidem

1.2 FINANCEMENT PUBLIC DU SECTEUR TOXICOMANIE

1.2.1 CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

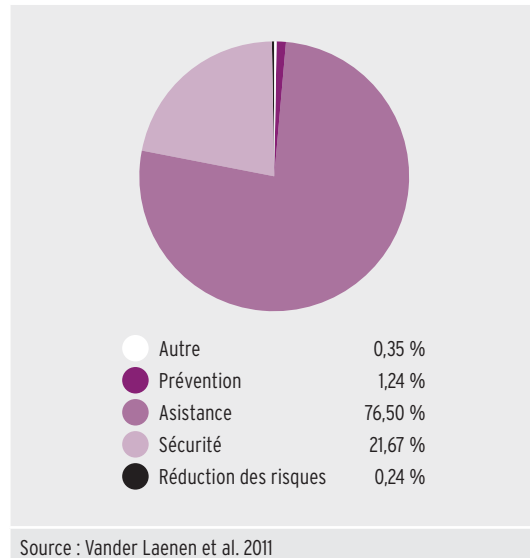
L'étude récurrente «La politique des drogues en chiffres» a historiquement été menée par l'équipe de Brice De Ruyver, professeur et directeur de l'IRCP⁴¹ à l'Université de Gand. C'est donc cette dernière qui est à l'origine de l'étude «Drogues en chiffres III» analysée dans notre dernier rapport.

Une nouvelle levée de cette étude (2011) est actuellement en préparation. Contrairement aux années précédentes, la Conférence Interministérielle Drogues a chargé le SPF Santé publique d'exécuter cette analyse. Un rapport intermédiaire a été rédigé, mais la méthodologie actuelle nécessite une dernière évaluation en vue de garantir une analyse adéquate. La Cellule Générale de Politique Drogues (CGPD) a donc demandé à l'Université de Gand d'évaluer le rapport intermédiaire et la méthodologie appliquée.

Les études précédemment publiées (De Ruyver et al., 2004 ; De Ruyver et al., 2007) détaillent la répartition de l'argent consacré aux «drogues» en Belgique, avec notamment la part allouée à la prévention et à la sécurité. La troisième levée de cette étude (Vander Laenen et al., 2011) a été élargie aux drogues légales (tabac, alcool et médicaments psychoactifs). Comme nous l'observons dans notre précédent rapport, la répartition des dépenses publiques en matière de drogues s'en est trouvée modifiée, essentiellement de par les montants affectés à la réhabilitation des patients abusant d'alcool. Ceci a eu pour effet de faire exploser la proportion d'argent public comptabilisée dans la rubrique «assistance», comme on peut le voir sur la figure 1.

Conscients du biais constitué par la prise en compte des données liées à l'alcool et aux médicaments psychoactifs dans les données 2008, les responsables de l'étude ont également établi une comparaison des dépenses sans tenir compte de ces nouvelles catégories, afin d'avoir une idée de la réelle évolution des dépenses⁴². Les résultats dès lors obtenus sont présentés dans le tableau suivant.

Figure 1 : Aperçu des dépenses publiques en matière de drogues (2008)



41 Institute for International Research on Criminal Policy

42 Pour ce faire, les chiffres de 2004 ont également été corrigés en tenant compte de l'inflation entre 2004 et 2008.

Tableau 1 : Comparaison des dépenses publiques liées aux drogues illégales avec des clés de répartition semblables : 2004 versus 2008

	2004		2008	
Prévention	12.294.733 €	3,72 %	11.412.257 €	2,91 %
Assistance	130.909.594 €	39,58 %	133.557.858 €	34,05 %
Réduction des risques	min. 340.628 € ⁴¹	0,10 %	2.329.752 €	0,59 %
Sécurité	186.038.337 €	56,24 %	243.000.490 €	61,96 %
Autres	1.190.329 €	0,36 %	1.890.813 €	0,48 %
Total	330.773.622 €	100 %	392.191.170 €	100 %

Source : Vander Laenen et al. 2011

Comme le notent les auteurs, les dépenses publiques consenties à la prévention ont baissé, entre les deux levées de l'étude, de 7,18 %. Plus précisément, ces dépenses ont connu une baisse de 10 % en FWB. Dans le même temps, les dépenses publiques liées au poste «sécurité» ont sensiblement augmenté, comme on peut l'observer dans ce premier tableau. En effet, le pilier «sécurité» emporte la timbale avec 61,96 % des sommes allouées (+ 5,72 %), pour 34,05 % à l'assistance (-5,53 %), 2,91 % à la prévention (-0,81 %) et 0,59 % à la réduction des risques (comptabilisée pour la première fois de manière formelle).

1.2.2 L'ÉTAT FÉDÉRAL

1.2.2.1 La Cellule Générale de Politique Drogues

Pour rappel, cette cellule regroupe tous les représentants politiques dont les compétences touchent aux drogues d'une manière ou d'une autre. Le budget alloué à la cellule générale pour les années 2010, 2011 et 2012 est de 250.000 €. ⁴⁴ À l'heure d'écrire ces lignes, le budget de 2013 n'a pas encore fait l'objet d'une communication officielle. ⁴⁵

1.2.2.2 Le Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes et le «Fonds tabac»

En ce qui concerne le Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes créé en 2006 par le ministre Demotte, alors en charge de la Santé au niveau fédéral, il est composé d'un montant de 2.000.000 d'euros attribués à des programmes «tabac» et de 3.000.000 d'euros attribués à des programmes «autres drogues». Celui-ci sera transféré vers les régions le 1^{er} janvier 2015.

Rappelons que pour l'année 2011, le Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes, a financé un total de 35 projets, pour un montant global de 2.932.391 €. En 2010, 25 projets avaient été soutenus pour un total de 1.415.450 €. En 2009, les chiffres étaient de 14 projets soutenus, pour un total de 1.401.204 €. Rappelons aussi que ce même fonds (lui-même financé via l'INAMI) ne soutient que très peu d'actions de type prévention, comme une «campagne media nationale sur l'alcool et les autres drogues».

Dans le cadre de la 6^e réforme de l'État, divers éclaircissements devront suivre quant aux compétences et aux montants effectivement transférés, ainsi qu'aux destinataires finaux de ces budgets. Une période de transition pour assurer le transfert de la gestion du fédéral aux régions est fixée. Mais à terme, les régions auront la faculté de disposer comme elles l'entendent du budget.

Quant au dit «Fonds Tabac», il a été intégré au Fonds assuétudes en 2006. Un montant de 2 millions d'euros est réservé pour le financement des projets tabac ; d'où la confusion de certains acteurs qui parlent

43 Pour cette catégorie, ce sont simplement les dépenses flamandes pour le «programme d'échange de seringues» qui ont été reprises comme dépenses minimum en réduction des risques, pour les deux périodes.

44 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 (Moniteur belge, 02/06/2003).

45 Katia Huard, Cellule Générale de Politiques Drogues, communication personnelle, avril 2014

encore du Fonds tabac comme s'il s'agissait d'un fonds distinct.⁴⁶ Notons que les apports du Fonds tabac au Fonds des Affections Respiratoires (FARES) couvrent à eux seuls 57 % du financement du service Prévention du tabagisme, et que cet apport est donc régionalisé.⁴⁷ En outre, le secteur de la promotion de la santé, en ce compris l'activité de prévention de la tuberculose du FARES, est transféré aux régions (COCOF et Région wallonne).

1.2.2.3 Ministère des Affaires sociales et de la Santé Publique

Un certain nombre de «centres de rééducation fonctionnelle pour toxicomanes» sont conventionnés par l'INAMI pour des missions de réhabilitation de personnes dépendantes (communautés thérapeutiques ; centres de crise ; MASS - bas-seuil ; centres de jour - ambulatoire).

Le tableau suivant indique les enveloppes annuelles théoriques de ces centres, pour les années 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 et 2013. L'enveloppe annuelle théorique est calculée sur un taux d'occupation de 90 %, et sur les prix forfaitaires en vigueur au 1^{er} décembre de chaque année. Ce taux de 90 % est le plus souvent dépassé et, dans de rares cas, n'est pas atteint.

Tableau 2 : Estimation des dépenses publiques de l'INAMI pour les centres de rééducation fonctionnelle pour toxicomanes dans la partie francophone du pays, 2007-2013

Type d'établissement	Somme des enveloppes annuelles théoriques CENTRES DE JOUR francophones (4)	Somme des enveloppes annuelles théoriques MASS francophones (4)	Somme des enveloppes annuelles théoriques CENTRES RÉSIDENTIELS francophones (9)	GRAND TOTAL (17)
2007	3.748.992,87 €	2.991.021,84 €	12.630.490,70 €	19.370.505,41 €
2008	3.979.022,71 €	3.303.686,81 €	13.519.685,82 €	20.802.395,34 €
2009	4.022.660,16 €	3.329.477,53 €	13.610.704,48 €	20.962.842,17 €
2010	4.328.774,92 €	3.449.134,69 €	14.005.927,47 €	21.783.837,08 €
2011	4.461.201,09 €	3.535.666,52 €	14.397.505,76 €	22.394.373,37 €
2012	4.864.106,89 €	3.808.834,66 €	15.552.884,53 €	24.225.826,08 €
2013	4.864.106,89 €	3.895.587,88 €	15.784.138,48 €	24.543.833,25 €

Source : Olivier Fourez et Lies Van Deursen, communication personnelle

De surcroît, une toute petite partie du budget annuel de ces centres est financée par les tickets modérateurs acquittés en principe par leurs usagers. (Ces sommes ne sont pas reprises dans le tableau ci-dessus.)

À noter que **plusieurs facteurs expliquent l'augmentation de budget** de ces dernières années : l'indexation des prix, l'augmentation des anciennetés des membres du personnel, l'augmentation des frais généraux de certains centres (nouveaux bâtiments, travaux...), ainsi que l'augmentation de capacité et de cadre du personnel dans quelques centres. Concernant plus spécifiquement les augmentations de capacité, une unité mère-enfant a été créée en 2007 (95.000 € hors indexation) et durant les années 2010 et 2014, une extension de capacité a engendré des coûts respectifs de 140.000 € et 150.000 € (hors indexation également). Dans l'ensemble, les augmentations annuelles de budget résultent majoritairement des deux premiers facteurs (indexations et anciennetés).⁴⁸

Enfin, remarquons que le dernier saut d'index a eu lieu le 1^{er} décembre 2012 et qu'il n'y a pas eu de saut d'index en 2013. Les enveloppes fin 2012 et fin 2013 sont donc identiques, en l'absence de révision de conventions (cf. tableau 2).

46 Vladimir Martens, communication personnelle, avril 2014

47 Caroline Rasson, Fonds des Affections Respiratoires (FARES) asbl, avril 2014

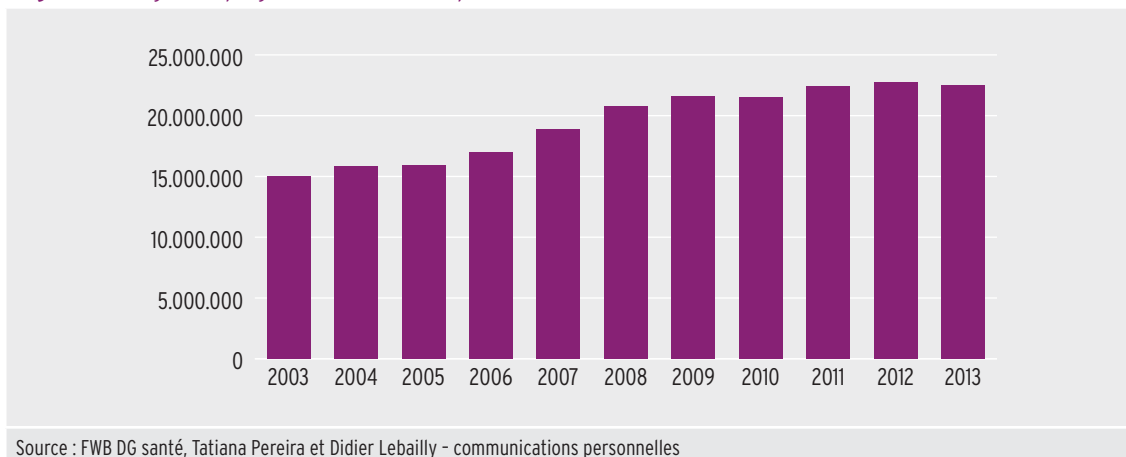
48 Olivier Fourez, Communication personnelle, mars 2014

1.2.3 LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Voici une évolution en FWB, depuis 2003, du budget du «programme 2 - médecine préventive», dont font partie les programmes qui touchent aux assuétudes.

Nous en sommes à 2.021.975 € en 2013, budget relativement stable depuis 2009, après avoir augmenté régulièrement depuis 2003 (il était alors de 1.351.214 €).

Figure 2 : Budget du «programme 2 - médecine préventive» de la FWB, 2003-2013



Voici à présent une contextualisation du poste budgétaire touchant aux assuétudes par rapport au budget global du «programme 2 - médecine préventive».

Tableau 3 : Postes budgétaires liés aux assuétudes et pourcentage du budget global du «programme 2 - médecine préventive» en FWB, 2003-2013

Année	Assuétudes	%	Budget global «programme 2 - médecine préventive»
2003	1.351.214	9,0	15.039.000
2004	1.353.601	8,6	15.802.000
2005	1.411.347	8,9	15.893.000
2006	1.659.563	9,7	17.021.000
2007	1.809.746	9,6	18.870.000
2008	1.562.308	7,5	20.757.000
2009	1.825.747	8,4	21.594.000
2010	1.927.543	9,0	21.512.000
2011	2.099.769	9,4	22.433.000
2012	2.043.978	9,0	22.728.000
2013	2.021.975	9,0	22.459.000

Source : FWB DG santé, Tatiana Pereira et Didier Lebailly, communications personnelles

Citons comme toujours, un peu en marge, le budget du «programme vaccination». En 2012, 6.056.000 € ont été dépensés et en 2013, les dépenses s'élèvent à 6.942.000 € (introduction du vaccin contre le **papilloma virus**). À titre de comparaison, rappelons que 6.476.000 € ont été dépensés en 2011, pour 6.002.000 € en 2009 - nous n'avons pas obtenu les chiffres pour l'année 2010 -, 6.151.000 € en 2008, 5.187.000 € en 2007 et 2.730.000 € en 2006). En effet, ce programme qui concerne non pas les usagers de drogues en particulier mais la population générale, permet que d'éventuels futurs consommateurs de drogues par voie intraveineuse soient immunisés de manière plus satisfaisante contre l'Hépatite B.

Le programme gratuit de vaccination (contre une dizaine de maladies) des nouveau-nés et des jeunes adolescents (12-13 ans) en FWB comprend en effet l'Hépatite B. Il prévoit tous les rappels nécessaires jusqu'à l'âge de 18 ans environ. Dès 2019, une bonne partie de la population de jeunes adultes doit être couverte par cette immunisation : le taux de couverture de cette campagne est estimé à 75 %.

Des populations en situation plus précaire doivent toutefois s'en remettre à des initiatives moins «généralistes» (beaucoup plus rares et moins efficaces) pour espérer être immunisées. Il en va ainsi des personnes prostituées, que seules peuvent atteindre les campagnes de vaccination gratuites contre l'Hépatite B organisées par des organismes spécialisés comme «Espace P...». C'est également le cas pour les usagers de drogues par injection : le secteur des assuétudes milite depuis toujours en faveur d'une vaccination de cette population à risque et précarisée.

Il en va du même du milieu carcéral. Non seulement les gens y sont peu au courant de leurs droits (obligation d'équivalence des soins avec l'extérieur, notamment!), mais ils ont par ailleurs peu d'information standardisée et systématique sur les vaccins. Et finalement, on ne leur propose que peu ou pas l'accès à ce type d'immunisation. Il faut savoir que le volet «prévention» reste peu développé en prison. De plus, comme le schéma vaccinal s'étend sur plusieurs mois, il n'est pas rare que le corps médical choisisse de ne pas l'entamer, ne sachant pas exactement quand le détenu va sortir ou être transféré (et donc, selon ces médecins, risquer potentiellement ne pas poursuivre le processus extra-muros).

1.2.4 LA COCOF

Les services francophones actifs en matière d'assuétudes à Bruxelles ont depuis 2000 été agréés pour une période de 5 ans par la COCOF. Depuis le premier janvier 2010, les agréments sont octroyés pour une durée indéterminée, comme l'a institué le «Décret du 5 mars 2009 de la Commission communautaire française relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé».

Tableau 4 : Budgets COCOF consacrés aux assuétudes, 1999-2014

Année	Montant du crédit inscrit au budget pour les assuétudes (en €)
1999	2.503.724,60
2000	2.615.276,69
2001	2.843.338,73
2002	3.148.000,00
2003	3.319.000,00
2004	3.429.000,00
2005	4.530.000,00
2006	3.636.000,00
2007	3.745.000,00
2008	4.858.000,00
2009	4.174.000,00
2010	4.268.000,00
2011	4.397.000,00
2012	4.507.000,00
2013	4.639.000,00
2014	4.725.000,00

Source : David Joslet, communication personnelle

1.3 LES DÉVELOPPEMENTS LÉGISLATIFS RÉCENTS

1.3.1 REPORT DE LA RÉFORME DU SECTEUR DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Nous l'avons mentionné dans notre précédent rapport, la ministre en charge de la santé en FWB, Fadila Laanan, a demandé en 2010 la réalisation d'une étude d'évaluation du dispositif public de promotion de la santé en FWB. Suite à cette initiative, des orientations de réformes avaient été présentées au secteur, réformes ayant un impact direct sur celui-ci.

Compte-tenu de la 6^e réforme de l'État et du transfert de compétences en cours, cette réforme a été avortée. Nous ne reviendrons donc pas dans ce présent rapport sur les propositions de mesures qui avaient émergées lors de cette évaluation.

1.3.2 NOUVEL ARRÊTÉ ROYAL RELATIF AUX PLANS STRATÉGIQUES DE SÉCURITÉ ET DE PRÉVENTION

Récemment, un nouvel arrêté royal a fixé le sort des Plans stratégiques de sécurité et de prévention (PSSP) pour les quatre années à venir (2014-2017) (cf. le point ci-dessus intitulé «Nouvel arrêté royal relatif aux Plans stratégiques de sécurité et de prévention»). Il s'agit de l'arrêté royal du 7 novembre 2013 relatif aux Plans stratégiques de sécurité et de prévention et aux dispositifs gardiens de la paix.⁴⁹ Ce dernier est venu remplacer l'arrêté du 7 décembre 2006 relatif à cette matière.

D'après la ministre de l'Intérieur, Joëlle Milquet, cette prolongation des PSSP permettra :

- d'aligner les futurs Plans stratégiques et les futurs Plans zonaux de sécurité
- de préserver les différentes actions en matière de prévention entreprises sur le terrain, dont la qualité a été mise en lumière lors de l'évaluation 2007-2010
- de donner à l'autorité fédérale, durant cette période de nouvelle prolongation, les moyens de mettre en œuvre les priorités et modes de financement du prochain cycle qui prendra cours à partir du 1^{er} janvier 2014.

Comme nous l'avons souligné plus haut, le nouvel arrêté prévoit que les PSSP restent de la compétence du fédéral, qui agit en tant que pouvoir organisateur, tandis que leur gestion s'effectue au niveau local (via le travail des fonctionnaires de prévention engagés dans les communes).

En outre, le nouvel arrêté prévoit que **les PSSP s'appliquent aux 102 communes déjà bénéficiaires** d'un contrat de sécurité et de prévention. Outre ces communes, ce texte définit les conditions pour que d'autres communes (ou villes) puissent également bénéficier d'un tel plan. Aussi, pour être bénéficiaire d'une convention, la commune doit avoir réalisé un diagnostic local de sécurité et remplir l'une des deux conditions suivantes : être bénéficiaire d'un plan stratégique de sécurité et de prévention (en date du 1^{er} juillet 2013) ou avoir une population supérieure à 30.000 habitants et appartenir aux communes qui possèdent un indice de prospérité en dessous de la moyenne belge.⁵⁰ Au cas où les crédits disponibles sont augmentés ou si une commune ne satisfait pas aux conditions énumérées, le ministère de l'Intérieur pourra tout de même conclure une convention avec une autre commune qui a réalisé un diagnostic local de sécurité et dont la population est supérieure à 10.000 habitants et l'indice de prospérité en dessous de la moyenne belge.⁵¹

49 Cf. Moniteur belge : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2013110734&table_name=loi

50 Art. 2, § 1^{er}, point 2^o de l'arrêté royal du 7 novembre 2013 relatif aux Plans stratégiques de sécurité et de prévention et aux dispositifs gardiens de la paix

51 Art.2, § 2, op. cit.

Le nouvel arrêté stipule également que les PSSP doivent répondre à **trois nouvelles priorités**, à savoir : 1° développer des politiques de prévention qui répondent aux priorités du Plan national de sécurité 2012-2015 (cf. notre précédent rapport, Eurotox, pg.14), dont la lutte contre le trafic de stupéfiants, aux côtés de celles contre le trafic d'armes, les vols à main armée, la violence dans les espaces publics, etc. 2° permettre le recrutement du personnel de prévention et de sécurité en vue d'appliquer les politiques de prévention 3° assurer des investissements en vue de sécuriser l'espace public notamment par le biais d'outils techno-préventifs.⁵²

On retiendra surtout que les **collaborations supra locales** dans le cadre de la prévention de la criminalité sont davantage encouragées par ce nouvel arrêté, que par le passé. En effet, «en cas de collaborations supra-locales, le travail de prévention mis en place avec une ou plusieurs communes d'une même zone ou de plusieurs zones, fait l'objet d'une convention de coopération qui est annexée au plan stratégique de sécurité»⁵³.

Enfin, concernant **l'évaluation et le suivi**, le nouvel arrêté ré-insiste sur la responsabilité des communes pour effectuer un suivi régulier et une évaluation des objectifs fixés. Aussi, une obligation de résultats découle de l'établissement d'une convention ainsi que l'obligation de la commune de vérifier l'atteinte de ces derniers.⁵⁴

À noter qu'un **arrêté ministériel** déterminant les modalités d'introduction, de suivi, d'évaluation et déterminant les modalités d'octroi, d'utilisation et de contrôle de l'allocation financière relatives aux PSSP 2014-2017 a été promulgué le 24 novembre 2013 et a fait l'objet d'une publication au Moniteur belge, le 31 décembre 2013.

1.3.3 EUPHORISANTS LÉGAUX ET ALERTES PRÉCOCES : ADOPTION D'UN PROJET DE LOI MODIFIANT LA LOI DE 1921 SUR LES STUPÉFIANTS

Dans notre rapport précédent, nous vous parlions d'un projet de loi qui viendrait modifier la pierre fondatrice de la politique des drogues en Belgique, à savoir la loi du 24 février 1921⁵⁵ sur les stupéfiants, de manière à interdire les nouvelles drogues de synthèse non plus de manière nominative et individuelle mais de manière collective sur base des structures moléculaires génériques, afin d'anticiper le développement des molécules dérivées.

Une première modification de cette loi a été publiée au Moniteur belge le 10 mars 2014.⁵⁶ Cette loi pourrait venir largement modifier le cadre juridique relatif aux «euphorisants légaux»⁵⁷ mais aussi aux alertes précoces en :

- interdisant toute les substances ayant un effet psychotrope sur base d'une classification générique des molécules déjà interdites (ou tronc commun moléculaire) et non plus sur base d'une liste nominative (comme c'est le cas dans la loi de 1921). Cette classification générique a été proposée par l'Institut scientifique de santé publique (ISSP), qui s'est basé sur les connaissances internationales, les recommandations et directives de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies et de l'Organe international de contrôle des stupéfiants des Nations Unies, ainsi qu'une revue des autres lois d'interdiction générique déjà d'application dans d'autres pays (États-Unis, Australie, Hongrie, Grande-Bretagne). Cette approche générique permettrait de classer (et d'interdire, dans le cas de la nouvelle loi belge) toute une famille de drogues sans devoir réaliser des analyses au cas par cas sur les nouvelles substances apparaissant sur le marché.

52 Art.3, op. cit.

53 Art.6, op. cit.

54 Art.17, op. cit.

55 La loi du 24 février 1921 concerne 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

56 D'après l'ISSP, des exceptions à cette loi ont été déposées devant le Conseil d'État et les délais de publication de celles-ci au MB dépendront du nombre de remarques formulées par ce dernier

57 Rappelons que la notion d'euphorisant légal est un terme générique pouvant englober d'autres produits que les NDS

- empêchant les laboratoires de se réfugier derrière le secret de l'instruction, pour ne pas transmettre des informations utiles en santé publique, et notamment au système EWS. Plus précisément, l'art.2 § 1 de la présente loi stipule que «les informations anonymes relatives à la composition et à l'usage des substances visées par la présente loi sont communiquées aux autorités (...) par les laboratoires et experts, même lorsqu'ils agissent dans le cadre d'une information ou d'une instruction pénale». À noter toutefois qu'aucune sanction n'est prévue en cas de non-respect de cette loi. On peut dès lors se demander si cette disposition poussera réellement les laboratoires à communiquer de manière proactive leurs résultats à l'ISSP.

En outre, la loi telle que publiée le 10 mars 2014 prévoit d'incriminer les actes préparatoire, au même titre que l'usage, la détention ou la consommation de substances qui nécessite la criminalisation dans un autre cadre. Rappelons également que la loi de 1921 ne permettait pas de suivre le rythme auquel se développe ce marché, d'où le défi posé aux autorités puisque ces substances échappaient à la loi régissant l'interdiction de détention et le trafic de stupéfiants. En effet, lorsqu'une substance était interdite, les producteurs avaient d'ores et déjà anticipé ce changement et légèrement modifié la structure moléculaire de la dite substance, sans pour autant avoir changé sa structure chimique de base. Par conséquent, la loi devait sans cesse être mise à jour et cette réactualisation de données pouvait se poursuivre sans fin. La nouvelle loi, elle, devrait anticiper le développement de molécules dérivées. Ainsi, tous les analogues chimiques des drogues déjà interdites (ainsi qu'un certain nombre d'éventuels précurseurs) seront prohibés au même titre que les molécules mères. Pour les autres substances, il reviendra à l'Institut scientifique de santé publique d'émettre un avis quant à celles à interdire sur base de leur classification générique.

De plus, cette loi introduit une série de nouvelles mesures répressives, devant permettre à la police, aux cours et aux tribunaux de poursuivre plus rapidement et efficacement les producteurs et les dealers. Tel qu'indiqué plus haut, elle instaure une incrimination des actes préparatoires, c'est-à-dire «des matériaux et techniques utilisés dans le cas de la production de drogues et le trafic de drogues». L'application de cette loi supposera l'existence d'une intention délictueuse, ce qui signifie par exemple qu'une personne qui a installé des hottes aspirantes ne pourra pas être poursuivie sur base de cette loi.⁵⁸ En outre, la loi prévoit des circonstances aggravantes en cas d'association pour les infractions relatives aux précurseurs (art.4). De plus, elle rend obligatoire la destruction des substances illégales, des matières premières et du matériel de production, y compris la culture de plantes d'où ces substances peuvent être extraites, lorsque la décision de la juridiction compétente est définitive (art.5). Cette destruction devra suivre une décision du ministère public, et dans le cadre d'une instruction judiciaire, il reviendra au juge d'instruction d'ordonner cette mesure.

QUELLE LISIBILITÉ ?

D'une part, notons qu'avec cette nouvelle loi, la circulation de l'information entre les laboratoires chargés d'identifier les substances en circulation et le système EWS pourrait se voir améliorer, à moins que certains laboratoires ne s'appuient sur l'absence de sanction pour se détourner de leur devoir d'information. D'autre part, une ambiguïté supplémentaire s'ajoute en matière de lisibilité des priorités politiques liées aux assuétudes. Dans le discours, les politiques soulignent que l'intervention pénale doit être la dernière alternative. Avec cette loi, l'interdiction à tout-va devient la norme, avant même que certaines substances ne voient le jour. Aussi, si une infraction deviendrait punissable lorsqu'elle est définie et punie par la loi (principe de légalité en droit pénal), remarquons qu'avec cet amendement, une infraction sera commise alors même que la molécule en question n'aura fait l'objet d'aucune mention dans un texte de loi, puisque la nouvelle loi devrait interdire les analogues chimiques, les molécules mères et certains précurseurs.

Par ailleurs, on peut également se poser la question du rôle que l'on souhaite voir jouer par l'État. Doit-il être davantage répressif, préventionniste, ou se prévaloir d'une approche de réduction des risques, et dans quelle mesure ? Ou bien doit-on attendre de lui qu'il soit davantage régulateur ? Car sous cet angle, cet amendement sur les stupéfiants peut paraître particulièrement liberticide, puisqu'il vient renforcer l'arsenal prohibitif, dont nombre d'institutions perçoivent les limites, compte-tenu qu'il entraîne bien souvent plus de problèmes qu'il n'en résout réellement. Notons aussi que réglementer de manière proactive les NDS uniquement en Belgique, sans convergence internationale, aurait un impact limité sur la disponibilité réelle

58 Question posée en Commission Santé publique, environnement et renouveau de la société à la ministre Laurette Onkelinx, déc. 2013

de ces nouveaux produits, puisqu'ils pourront toujours circuler sur le marché noir au départ des pays limitrophes ou être discrètement expédiés en petite quantité par voie postale à partir d'une commande effectuée sur Internet, le «dark net» étant un mode d'accès aux produits interdits. Certaines pourraient également être directement produites en Belgique dans de petits laboratoires clandestins, comme les drogues synthétiques déjà rendues illégales (amphétamines, MDMA, etc.), et entraîner des problèmes supplémentaires (dont sanitaires) liés aux conditions de production clandestine.

Une autre question peut également être posée : si la plupart des précurseurs et substances psychoactives sont interdits, ne risque-t-on pas de voir apparaître des pratiques d'auto-production ou de détournement de substances clairement non destinées à la consommation et donc potentiellement plus dommageables pour la santé que les nouvelles drogues qui circulent actuellement, comme cela se fait dans certains pays (Grèce, Russie...) ?

Pour que cette loi soit opérationnelle, il resterait encore à adopter des arrêtés d'application. Par ailleurs, notons qu'elle pourrait être complétée par une série d'exceptions, lui permettant de ne pas tomber en contradiction avec le cadre législatif européen en construction sur cette matière. Aussi, parallèlement à ce changement législatif en Belgique, nous vous proposons dans la suite de ce chapitre un aperçu des deux propositions de directive et de règlement émanant du Parlement et le Conseil européen (septembre 2013).

1.3.4. NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : DEUX PROPOSITIONS ÉMANANT DU PARLEMENT ET DU CONSEIL EUROPÉEN

Pour rappel, la primauté du droit européen sur le droit national a été consacré par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), ce qui signifie que le droit européen a une valeur supérieure aux droits nationaux des États membres⁵⁹. Toutefois, chaque État membre peut aller plus loin encore que le droit européen, en adoptant (ou non) un cadre législatif ou une loi plus strict(e) que le minimum imposé par l'UE, pour autant qu'il puisse justifier le bien-fondé de ces mesures supplémentaires.

- En ce qui concerne les règlements, ils ont un effet direct dans les États membres.⁶⁰ Ils sont donc nécessairement plus contraignants, puisqu'ils sont obligatoires dans tous leurs éléments et directement applicables dans les États membres.
- Quant aux directives, elles sont un acte à destination des États membres et doivent être transposées par ces derniers dans leur droit national. Ainsi, elles permettent une harmonisation minimale au niveau de l'UE, en laissant une certaine souplesse aux États membres dans la mise en œuvre au niveau national, des règles et principes, ainsi que de leurs dérogations.⁶¹

1.3.4.1 Une proposition de règlement sur les nouvelles substances psychoactives

Le cadre juridique en vigueur depuis 2005 dans l'Union européenne prévoyait une procédure de longue haleine et ne permettait pas la réactivité nécessaire pour répondre au défi de la propagation rapide de ces nouvelles drogues de synthèse. En outre, à la lueur du sacro-saint principe de libre circulation, la Commission estimait qu'il était susceptible de perturber le commerce des utilisations licites de ces substances, intervenant dans la fabrication de médicaments par exemple.

La présente proposition de règlement européen a donc pour objectif de :

- lever les obstacles au commerce des nouvelles substances psychoactives utilisées à des fins industrielles et commerciales ;
- améliorer le fonctionnement du marché intérieur, en consacrant le principe de libre circulation des nouvelles substances psychoactives au sein de celui-ci ;

59 <http://europa.eu> > législation

60 Art. 288 du traité sur le fonctionnement de l'UE

61 Directive du Parlement européen et du Conseil modifiant la décision cadre 2004/757/JAI

- protéger la santé des personnes en accélérant les procédures pour interdire temporairement (ou non) une substance soupçonnée de présenter un risque immédiat pour la santé publique, quitte à lever cette mesure s'il n'y a finalement pas de raison de l'interdire.

Retenons de cette proposition qu'elle promeut la libre circulation et le commerce légitime de ces substances, à moins qu'elles ne présentent un risque immédiat pour la santé publique. En effet, ce n'est que dans ce dernier cas de figure qu'elles seront temporairement retirées du marché, dans l'attente de résultats. Les substances nocives ainsi identifiées feront alors l'objet d'une **restriction de marché permanente**, et ne pourront être utilisées qu'à des fins industrielles, commerciales, de recherche ou de développements scientifiques expressément autorisées.

LE RÔLE DES ÉTATS MEMBRES

D'après l'article 4 de cette même proposition, les États membres pourront adopter des règles techniques pour une nouvelle substance psychoactive (et ce, conformément à la directive 98/34/CE), lorsque l'UE n'a pas adopté de mesures visant à soumettre une nouvelle substance psychoactive à une restriction de marché. Cette disposition implique qu'il reviendra aux États membres eux-mêmes, de démontrer que ces substances sont dangereuses, et non plus aux vendeurs, de démontrer qu'elles ne le sont pas.⁶²

Plus précisément, l'art. 13 prévoit que «la Commission interdit, sans retard, par voie de décision, la production, la fabrication, la mise à disposition sur le marché, notamment l'importation dans l'Union, le transport et l'exportation à partir de l'Union, de la nouvelle substance psychoactive si, sur la base des données scientifiques existantes, cette substance présente, globalement, des risques graves pour la santé, la société et la sécurité». Des exceptions à cet article 13 sont toutefois de mise. En effet, d'après l'article 14, les décisions visées à l'article 13 ne font pas obstacle à la libre circulation dans l'Union, à la production, fabrication, mise à disposition sur le marché, notamment l'importation dans l'Union, au transport, ou encore à l'exportation à partir de l'Union, des nouvelles substances psychoactives :

- (a) à des fins de recherche et de développement scientifiques ;
- (b) à des fins autorisées par la législation de l'Union ;
- (c) qui sont les substances actives de médicaments ou médicaments vétérinaires ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché ;
- (d) à des fins de fabrication de substances et de produits, à condition que les nouvelles substances psychoactives soient transformées de telle manière qu'elles ne puissent pas être utilisées de manière abusive ou être récupérées.

En outre, le présent règlement distingue plusieurs catégories de risque, et en fonction du risque encouru, il prévoit différentes restrictions :

- Pour les substances qui présentent un risque considéré comme «**faible**» pour la santé, aucune restriction ne sera imposée (article 11).
- En cas de risques **modérés**, les substances feront l'objet d'une restriction d'accès au marché de consommation mais leur échange à des fins commerciales, industrielles et scientifiques sera autorisé (article 12).
- En cas de risques **graves** pour la santé, les substances psychoactives concernées seront interdites par une décision de la Commission européenne (article 13), mais resteront accessibles pour des utilisations spécifiques (scientifiques, médicales).

1.3.4.2 Une proposition de directive étroitement liée

Une seconde proposition émane du Parlement européen et du Conseil. Il s'agit cette fois d'une proposition de directive qui prévoit que les nouvelles substances psychoactives qui entraînent des risques pour la santé publique soient soumises non seulement à une restriction de commercialisation (cf. règlement) mais aussi aux dispositions du droit pénal sur le trafic de drogues établies par la décision-cadre 2004/757/JAI.

⁶² Rapport d'information déposé par la Commission des affaires européennes sur les nouvelles substances psychoactives, Assemblée nationale, France, 2014

Aussi, pour mieux lutter contre les nouvelles substances psychoactives, la proposition de directive **redéfinit le terme «drogue»**, afin de les soumettre aux mêmes dispositions de droit pénal que les drogues réglementées par les conventions des Nations Unies. Est donc considérée comme «drogue» (art.1) par cette proposition de directive :

- (a) toutes les substances visées par la convention unique des Nations unies sur les stupéfiants de 1961 (telle que modifiée par le protocole de 1972) et par la convention des Nations Unies sur les substances psychotropes de 1971 ;
- (b) toutes les substances énumérées à l'annexe ;
- (c) toutes les nouvelles substances psychoactives présentant de sérieux risques pour la santé, la société et la sécurité soumises à une restriction de commercialisation permanente.

À noter que cette proposition de directive se fonde sur le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE, art.83) qui habilite le Parlement européen et le Conseil à établir des règles minimales relatives à la définition des infractions pénales et des sanctions liées à la «criminalité particulièrement grave revêtant une dimension transfrontière». ⁶³

1.3.4.3 Un conflit à venir entre le cadre européen et la loi belge ?

Comparée au cadre juridique européen, la nouvelle loi belge peut sembler très restrictive voire paternaliste, puisqu'elle entraînera aussi l'interdiction automatique et non motivée de substances psychoactives inoffensives. D'un autre côté, le cadre juridique européen consacre le commerce licite des nouvelles substances psychoactives, tandis que la protection de la santé publique et la lutte contre le trafic de drogue n'interviennent qu'en second lieu. ⁶⁴

Aussi, la question de savoir si des citoyens pourraient se prémunir de la législation d'application au niveau européen pour contrecarrer celle de leur pays peut être posée. En effet, en France, la Commission des affaires européennes chargée de suivre les travaux qui sont menés au sein des institutions de l'Union européenne et de dialoguer avec la Commission européenne, indique que si la proposition de règlement est adoptée, «les justiciables pourraient également former des recours contre les législations nationales en se prévalant du niveau de risque déterminé par la Commission européenne pour demander l'inapplicabilité de mesures nationales plus strictes».

En se reportant aux deux propositions de cadre juridique européen, de quels éléments dispose-t-on pour confirmer ou infirmer cet apparent «conflit» ?

Premièrement, le règlement européen prévoit que chaque pays membre peut interdire davantage de produits que ce qu'exige l'Europe. En effet, l'article 4 du présent règlement sur la prévention des obstacles à la libre circulation stipule que :

*Dans la mesure où l'Union n'a pas adopté de mesures visant à soumettre une nouvelle substance psychoactive à une restriction de marché au titre du présent règlement, les États membres peuvent adopter des **règles techniques** pour cette nouvelle substance psychoactive conformément à la directive 98/34/CE⁶⁵. Les États membres communiquent immédiatement à la Commission tout projet de règle technique pour les nouvelles substances psychoactives, conformément à la directive 98/34/CE.*

Notons que la directive 98/34/CE entend par «règle technique», une spécification technique ou autre exigence (...), dont l'observation est obligatoire (...) pour la commercialisation, la prestation de services (...) ou l'utilisation dans un État membre (...), de même que (...) les dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres interdisant la fabrication, l'importation, la commercialisation ou l'utilisation d'un produit (...).

63 Rapport d'information déposé par la Commission des affaires européennes sur les nouvelles substances psychoactives, Assemblée nationale, France, 2014

64 Ibidem

65 Cette directive vise à supprimer ou de réduire les entraves à la libre circulation des marchandises qui peuvent résulter de l'adoption des réglementations nationales techniques différentes. Elle prévoit notamment une procédure d'information dans le domaine des normes et réglementations techniques.

En outre, la proposition de règlement européen introduit une possibilité de restriction de marché pour les nouvelles substances psychoactives (mais non pour les mélanges). Quant à l'[article 8 de la directive 98/34/CE](#) auquel renvoie ce règlement, il prévoit les motifs et les modalités auxquels devront répondre les États qui souhaiteraient aller plus loin dans l'interdiction de nouvelles substances

«Lorsque le projet de règle technique vise en particulier la limitation de la commercialisation ou de l'utilisation d'une substance, d'une préparation ou d'un produit chimique, **pour des motifs de santé publique ou de protection des consommateurs ou de l'environnement**, les États membres communiquent également soit un résumé, soit les références des données pertinentes relatives à la substance, à la préparation ou au produit visé et celles relatives aux produits de substitution connus et disponibles, dans la mesure où ces renseignements seront disponibles, ainsi que les effets attendus de la mesure au regard de la santé publique ou de la protection du consommateur et de l'environnement, avec une analyse des risques effectuée, dans des cas appropriés, selon les principes généraux d'évaluation des risques des produits (...).»

Aussi, si le règlement européen est adopté, les États membres pourront aller plus loin dans les interdictions, mais **de manière motivée**, puisqu'ils devront rentrer un dossier pour justifier l'intérêt social ou sanitaire, à interdire davantage que ce que l'exige le cadre européen.

À l'échelle belge, l'ISSP indique qu'aucun conflit entre loi belge et le règlement européen n'est à prévoir. D'après l'Institut, des ajouts pourront effectivement être introduits au niveau des législations nationales. C'est d'ailleurs l'un des projets de l'ISSP, qui compte assortir la nouvelle loi belge d'une série d'exceptions, ayant pour objet d'éviter les entraves à l'usage médical et à la recherche scientifique en lien avec les substances qui seront interdites en raison du système de classification générique adopté en Belgique. Un arrêté royal prévoyant des dérogations pour les usages médicaux, la recherche scientifique, les laboratoires (etc.) est d'ailleurs en phase d'examen, par le Conseil d'État.⁶⁶ D'autres adaptations pourraient également voir le jour, mais tant qu'elles ne font pas l'objet d'une publication officielle, les textes sont confidentiels.

Par ailleurs, **en matière d'information et de notification**, notons que la Commission européenne a souligné qu'elle pourrait autoriser certains systèmes de contrôle de ces nouvelles substances plus contraignants au niveau des États membres *après notification de ceux-ci*.⁶⁷ En matière de notification et d'information, c'est la directive 98/34/CE qui s'applique et qui impose aux États membres l'obligation d'informer la Commission et les organismes de normalisation européens et nationaux de leurs nouvelles normes et modifications ; à moins que leurs projets de normes nationales se bornent à transposer une norme internationale ou européenne. La nouvelle loi belge sur les euphorisants légaux ne tombe pas sous le coup de cette exception, puisque celles-ci va plus loin que le cadre juridique européen de 2005 et l'actuelle proposition de règlement. Le législateur belge devra donc assurer un suivi auprès de la Commission.

Si l'actuelle proposition de règlement est adoptée (ce qui n'est pas encore gagné compte-tenu des oppositions qu'elle suscite de la part de certains États membres)⁶⁸, il s'agira aussi de voir *dans quelle mesure* la Commission leur demandera de préciser les raisons de leur entrave au principe de libre circulation. En effet, dans quelle mesure et sur quelle base la Commission considèrera-t-elle qu'un dossier remis par un État est suffisamment motivé ? Également, il s'agira de voir quel poids la Commission réservera à l'argument de la disponibilité de ces nouvelles substances psychoactives sur Internet, y compris le «dark net» échappant à tout contrôle, en tant que justification au principe de libre-concurrence.

Enfin, notons que ces deux propositions de règlement et de directive ont fait l'objet d'une série d'amendements de la part du Parlement, en avril 2014 (procédure législative ordinaire).⁶⁹

66 Peter Blanckaert, Institut scientifique de santé publique, communication personnelle, mars 2014

67 Rapport d'information déposé par la Commission des affaires européennes sur les nouvelles substances psychoactives, Assemblée nationale, France, 2014

68 Ibidem

69 Pour consulter les amendements relatifs à la directive: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P7-TA-2014-0454&language=FR>. Pour consulter les amendements relatifs au règlement: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+20140417+ITEMS+DOC+XML+VO//FR&language=FR#sdocta9>

1.4 DÉBAT/ÉVOLUTION DE LA SITUATION

1.4.1 PLAN BRUXELLOIS DE RÉDUCTION DES RISQUES (RDR)

En 2013, le secteur de la toxicomanie et les acteurs de la réduction des risques se sont concertés afin d'élaborer un plan de réduction des risques liés à l'usage de drogues en Région de Bruxelles-Capitale. Ce projet de Plan a été commandité par la ministre chargée de la santé de la COCOF, Céline Frémault, et a été porté par Modus Vivendi avec le soutien de la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (Fédito) et la Coordination Locale Drogues Bruxelles (CLDB).

Ce plan se décline sous la forme des neuf carnets suivants :

- Carnet 1 : Présentation et cadre méthodologique
- Carnet 2 : Diagnostic qualitatif sur les dispositifs de RDR liés à l'usage de drogues à Bruxelles
- Carnet 3 : Situation épidémiologique relative à l'usage de drogues en Région de Bruxelles- Capitale
- Carnet 4 : Milieu de vie «soins-rue» : actions prioritaires à mener
- Carnet 5 : Milieu de vie «festif» : actions prioritaires à mener
- Carnet 6 : Milieu de vie «carcéral» : actions prioritaires à mener
- Carnet 7 : Milieu de vie «sportif» : étude exploratoire
- Carnet 8 : Groupe «transversal» aux différents milieux de vie : actions prioritaires à mener
- Carnet 9 : Ensemble des actions prioritaires à mener dans les différents milieux de vie

L'objectif de ce plan consiste à fournir un cadre plus formel aux stratégies de RdR en région bruxelloise, en les ramenant sur le devant de la scène, comme pilier des politiques en matière de santé dans le domaine de l'usage de produits psychoactifs, au même titre que la prévention et le soin.

En termes de contenu, ce plan propose un état des lieux du contexte de la RdR et de l'épidémiologie de l'usage de drogues en région de Bruxelles-Capitale ainsi qu'un plan d'actions par milieu de vie élaboré par les acteurs concernés. Enfin, il se clôture par une réflexion sur les actions à mener de manière prioritaire dans ces différents milieux de vie.

MÉTHODOLOGIE

Du point de vue méthodologique, l'approche par milieux de vie a été privilégiée car elle correspond aux pratiques et aux lieux d'intervention des professionnels du secteur, à savoir la rue, le milieu carcéral, le milieu festif et le milieu sportif⁷⁰. De plus, l'approche par milieux de vie est traditionnellement utilisée en santé publique et dans le domaine de la promotion de la santé. À noter qu'elle a également été utile en bout de ligne, lors de la phase de diagnostic, en facilitant la classification des informations recueillies, de façon à préparer la phase de planification des actions à mener.

En outre, les porteurs du projet ont organisé leur travail en deux temps, en recourant à la consultation de trois grandes catégories d'acteurs : les intervenants professionnels, les usagers et les acteurs politiques ou membres d'administration.

- 1) Entre mars 2012 et janvier 2013, une première **phase de diagnostic qualitatif et quantitatif** a permis d'identifier les acteurs (identités, structures, philosophie et pratiques mises en place) et les besoins non-couverts à Bruxelles en matière de réduction des risques.
 - a. Le diagnostic qualitatif s'est basé sur une série d'entretiens, de questionnaires et de focus-groupes menés auprès des trois groupes d'acteurs précités, mais aussi sur un examen de la littérature

⁷⁰ Ce dernier lieu de vie a été abordé dans une phase «exploratoire», compte-tenu de la disparité des acteurs publics et privés appartenant à ce secteur et de l'absence d'intervenant menant des actions spécifiques de RdR en milieu sportif.

existante, celle-ci ayant notamment permis de sélectionner un outil permettant de réaliser une analyse, évaluation et planification répondant à une approche «la plus systémique possible»⁷¹.

- b. Le diagnostic quantitatif de la consommation de drogues à Bruxelles s'est quant à lui basé sur une série d'enquêtes et indicateurs/registres : l'enquête HBSC («Health Behaviour in School-aged Children») sur la santé des jeunes en Fédération Wallonie-Bruxelles, l'enquête HIS («Health Interview Survey») dans la population générale, l'enquête sur l'usage de drogues en prison, le TDI («Treatment Demand Indicator»), le RPM («Registre Psychiatrique Minimum», l'enregistrement des traitements de substitution aux opiacés, la mortalité liées à l'usage de drogues. Ce diagnostic est également complété par une série de données issues d'actions de terrain (opérations Boule-de-Neige en rue, interventions de RdR en milieu festif).
- 2) De février 2013 à janvier 2014, l'équipe en charge du projet a mené une **consultation des acteurs** via des groupes de travail qui ont défini une cinquantaine d'actions par milieu de vie. Les intervenants ont ensuite sélectionné et spécifié les actions prioritaires pour chacun de ces lieux (que ces actions soient ou non déjà existantes). Ainsi, pour chaque action, ils ont défini le(s) public(s) cible(s) et relais, les partenaires qui pourraient être associés à cette action, les outils et animations existant(e)s ou à créer, les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de l'action, etc. L'objectif de ce travail consistait à fournir aux acteurs de terrain un outil de mise en œuvre et d'évaluation de leurs actions.

Un groupe de travail s'est également penché sur des propositions dites «transversales», pouvant s'appliquer à l'ensemble des milieux de vie retenus. Au final, une quinzaine d'actions prioritaires ont été sélectionnées pour chaque milieu de vie, ainsi qu'une série d'actions prioritaires transversales à tous les milieux de vie.

PERSPECTIVES

L'existence de ce plan montre qu'un travail de concertation des acteurs de terrain a été réalisé et qu'ils se sont fédérés autour d'un même projet, pour dégager des stratégies communes, transversales, mais aussi différenciées (par milieux de vie) répondant à l'approche de la réduction des risques.

Un premier pas important, qu'il s'agit cependant de poursuivre. En effet, il s'agit maintenant de passer à une phase opérationnelle et à la mise en place des stratégies et objectifs opérationnels décrits dans ce plan, afin de rendre justice au travail qui a été fourni par le secteur. Car si ce plan a le mérite d'exister, tout n'est pas encore gagné. Certaines actions identifiées comme prioritaires (telle que l'ouverture des salles de consommation à moindre risque)⁷² doivent encore être approuvées par les politiques, avant que les usagers de drogues puissent bénéficier de ces services. En outre, les moyens pour sa mise en œuvre devront également être mis à disposition des acteurs, pour assurer la suite du processus.

Dans ce contexte, la Cellule francophone santé-assuétude (dont nous vous parlons plus loin) aura certainement un rôle à jouer. En effet, celle-ci rassemble des représentants de la Région wallonne, de la FWB et de la Région de Bruxelles-Capitale, qui auront l'occasion de s'approprier des stratégies et actions émanant directement des acteurs de terrain. Dans ce cas, elle pourrait jouer un rôle de levier pour Bruxelles, dans un premier temps, voire plus largement, en Wallonie, dans un second.

Enfin, la RdR n'est pas encore reconnue comme pilier à part entière de la politique drogue en Belgique. Dès lors, cette situation influence la marge de manœuvre des travailleurs actifs dans ce secteur et les budgets qui lui sont attribués. Aussi, si on considère ce plan dans une optique plus large, il peut également permettre de rendre davantage visible la démarche RdR auprès des politiques. En outre, sa mise en place pourrait contribuer à donner une assise plus solide à cette approche. Cette revendication est d'ailleurs portée par les acteurs de terrain travaillant à ce jour et depuis longtemps, dans des conditions et un cadre (légal, notamment) parfois précaires.

71 L'outil de Catégorisation des Résultats (OCR), un modèle de promotion de la santé utilisé par le Service de Promotion de la Santé en Suisse a été privilégié par les acteurs.

72 Eurotox, «Dossier : les salles d'injection supervisées», 2013

1.4.2 TROIS GUIDES DES BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE D'ABUS D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS

Dans la même lignée que le Plan de réduction des risques liés à l'usage de drogues en Région de Bruxelles-Capitale, l'étude ADAPTE-youth financée par Belspo et pilotée par l'Université de Louvain⁷³, a abouti à la publication en mars 2014 de trois guides synthétisant les bonnes pratiques en matière de 1) prévention de l'abus d'alcool et de drogues chez les adolescents et de dépistage, évaluation et traitement de l'abus 2) d'alcool et 3) de drogues chez les jeunes de 12 à 18 ans.

Ces guides comprennent une série de recommandations visant à **améliorer la qualité des interventions auprès des jeunes** qui ne consomment pas encore d'alcool ou de drogues, auprès de ceux qui ont un risque accru de présenter une consommation problématique et de ceux qui suivent déjà un traitement lié à un abus ou une dépendance à l'alcool ou à une autre drogue. Plus précisément, le guide des bonnes pratiques en matière de prévention d'abus d'alcool et de drogues chez les jeunes s'adresse aux acteurs de terrain susceptibles de jouer un rôle en matière de prévention de l'usage d'alcool et de drogues (fonctionnaires ou conseillers de prévention, éducateurs de rue, travailleurs sociaux, employés des CPAS, animateurs socioculturels, personnel des écoles, etc.).

Les recommandations sont spécifiquement formulées selon l'**environnement dans lequel elles peuvent s'appliquer**, à savoir le milieu scolaire, le contexte communautaire, le cadre familial ou la sphère politique (identification des mesures politiques efficaces à mettre en place). En outre, elles sont différenciées selon le public visé, à savoir tous les moins de 18 ans (prévention universelle) ou les jeunes présentant un risque élevé d'abus d'alcool ou de drogues (prévention sélective et indiquée). Les recommandations reprises dans ce guide ont été sélectionnées soit parce qu'il existe des données scientifiques attestant de leur efficacité (approche «evidence based»), soit parce qu'elles sont considérées comme de bonnes pratiques menant aux résultats escomptés et font donc l'objet d'un consensus (mais sans pour autant être associées pour l'instant à des preuves scientifiques d'efficacité). Si une stratégie ne figure pas parmi les recommandations reprises dans ce guide, cela ne signifie pas pour autant qu'elle ne devrait pas être appliquée ou qu'elle ne serait pas efficace, mais seulement que son efficacité n'a pas encore été démontrée.

Sur le plan méthodologique, la procédure consistait à «adapter» les recommandations nationales et internationales au contexte belge. Pour ce faire, des experts provenant de centres disposant d'une offre de traitement et/ou de prévention spécifique pour les moins de 18 ans⁷⁴ ont effectué le travail de sélection et de hiérarchisation (par attribution de grades) des recommandations soumises par l'équipe de recherche.

Dans le document final, chaque recommandation est suivie d'un argumentaire avec des informations sur sa mise en application dans la pratique. La première recommandation pour le milieu scolaire consiste à «faire en sorte que l'éducation relative à l'alcool et aux autres drogues fasse partie intégrante du programme des cours». Via cette première mesure, les auteurs ont mis le doigt sur l'une des difficultés des acteurs de la prévention, à savoir que la prévention n'est **pas obligatoire** dans les écoles et qu'elle est clairement **sous-financée** par rapport aux autres piliers de lutte contre les assuétudes (voir dans ce chapitre 1, le point 1.2 «Financement public du secteur toxicomanie»). D'autres stratégies de prévention efficaces en milieu scolaire découlent de cette première recommandation, telle que l'adaptation de l'éducation concernant l'alcool et les autres drogues à l'âge des jeunes, l'implication de tous les acteurs de l'école (direction, enseignants, parents, élèves), etc.

En matière de «prévention sélective et indiquée» dans le milieu familial, une recommandation consiste à proposer un accompagnement intensif et prolongé des parents de jeunes de 12 à 16 ans qui présentent un risque élevé d'abus de substances.

Enfin, notons que quelques mesures politiques recommandées dans ces guides rejoignent plusieurs actions contenues dans le «Plan alcool 2014-2018» rejeté fin 2013. Aussi, bien que ce plan ait été rejeté, il nous a

⁷³ <http://ppw.kuleuven.be/home/english/research/mesrg/publications-of-research-projects>

⁷⁴ À noter que la sélection des experts excluait d'emblée les acteurs travaillant avec les plus et les moins de 18 ans. Ainsi, côté francophone, un seul centre a participé à l'élaboration de ce guide, à savoir l'asbl ALFA ; le reste des acteurs étant majoritairement basés en Flandre.

semblé opportun de citer quelques similarités. D'une part, le guide insiste sur l'importance d'exposer le moins possible les jeunes à la publicité pour l'alcool, mais aussi d'effectuer une analyse coûts-bénéfices de l'interdiction totale de la publicité pour l'alcool. Le plan alcool, lui, ambitionnait également de réaliser une étude globale sur la publicité et la commercialisation des boissons alcoolisées en Belgique, et de la faire suivre par une décision politique. En outre, le guide propose d'augmenter le prix de l'alcool pour faire diminuer les consommations et dans le même temps, les dommages liés à l'alcool. Sur ce point, le plan alcool proposait de réaliser une étude relative aux possibilités existantes de moduler le prix des boissons alcoolisées en Belgique. Par ailleurs, notons qu'une mesure du plan alcool ciblait les mineurs et que celle-ci a notamment causé le rejet du dit plan dans son ensemble. Cette dernière mesure sera développée plus en détail dans la partie consacrée à ce plan, et présentée dans la suite de ce chapitre 1, dans la partie intitulée «Plan alcool 2014-2018 rejeté», point 1.4.5.

1.4.3 CRÉATION DE LA CELLULE FRANCOPHONE SANTÉ-ASSUÉTUDE

La création d'une Cellule politique francophone santé-assuétudes a été annoncée pour la première fois en 2011, à l'occasion de la «Conférence de consensus en matière d'assuétudes», à l'initiative de la ministre de la Santé Fadila Laanan (voir nos deux rapports précédents). Celle-ci a effectivement été créée le 20 septembre 2012, par un protocole d'accord⁷⁵ conclu entre les ministres de la Santé de la FWB, de la Wallonie et de la COCOF. Elle sera présidée à tour de rôle par un représentant de chacune de ces institutions (durée de 6 mois). Un coordinateur⁷⁶ a également été engagé et l'organe est opérationnel depuis novembre 2013.

Cette cellule est composée des représentants des ministres de la santé des gouvernements de la FWB, de la Wallonie et de la COCOF, du fonctionnaire dirigeant de chaque administration de la santé (ou de son délégué) et d'un coordinateur. Des représentants du secteur assuétudes sont également invités aux réunions de façon permanente et ont été désignés par chaque ministre compétent de telle sorte que la diversité des approches et des territoires soit représentée⁷⁷ : l'asbl Infor-Drogues, la Fédito wallonne et la Fédito bruxelloise. Toutefois, il est prévu que la composition de la cellule puisse être élargie à des experts et à d'autres mandataires politiques.⁷⁸

La cellule poursuit **trois objectifs** principaux⁷⁹ :

- 1° déployer un cadre politique commun en vue de favoriser la santé des citoyens et l'intégration de tous dans la société ;
- 2° faciliter l'intégration des politiques de santé pour plus d'efficacité ;
- 3° formaliser des collaborations politiques fonctionnelles intersectorielles, afin d'agir sur les déterminants de la santé.

Concernant la façon dont la cellule compte mener ses missions, la réflexion est en cours.⁸⁰ Notons toutefois que son règlement d'ordre intérieur mentionne qu'elle devrait organiser des groupes de travail, dont la durée et le mandat seront précisés lors de leur mise en place. Rappelons également que la ministre de la Santé Fadila Laanan avait exprimé sa volonté de voir cette cellule se réapproprier les résultats de l'étude «Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en FWB», élaboré par Eurotox.

Enfin, on peut se questionner sur l'avenir qui sera donné à cette cellule après la 6^e réforme de l'État et le transfert des compétences communautaires en matière de santé vers les instances régionales. Dans un futur proche, il s'agira de voir si le protocole d'accord à la base de la création de la Cellule francophone santé-assuétude tient encore et si une volonté politique de le maintenir existe. En effet, au vu du nouveau schéma institutionnel, on peut se questionner sur le rôle qu'aura à jouer la FWB à l'intérieur de cette cellule.

75 Un protocole d'accord n'a pas force de loi.

76 Vladimir Martens

77 «Règlement d'ordre intérieur de la Cellule», <http://www.cocof.irisnet.be>

78 Site web de la cellule : <http://www.cocof.irisnet.be/> > La Cellule politique francophone santé-assuétudes

79 Ibidem

80 Vladimir Martens (coordinateur de la Cellule politique francophone santé-assuétudes), communications personnelles, janv.2014

1.4.4 PREMIER PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2014-2019

Le 30 septembre 2013, la Belgique s'est dotée d'un Plan national de lutte contre le sida, impulsé par la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Laurette Onkelinx.⁸¹ Ce plan est le résultat d'un processus de concertation, mené par l'Observatoire du sida et de la sexualité (côté francophone) et le Centre flamand d'expertise sur la santé sexuelle ou «Sensoa» (côté flamand), auprès d'une série de professionnels de terrain, relevant du monde médical, associatif, des représentants des groupes prioritaires (hommes ayant des relations avec des hommes et migrants), des acteurs de la Santé publique, de la Justice, de l'Égalité des chances, de l'Éducation, etc.

Du point de vue méthodologique, chacun des acteurs a été invité à formuler des suggestions sur le processus d'élaboration du plan et l'ensemble des suggestions reçues a ensuite été transmis et traité au sein de différents groupes de travail, afin de définir les actions stratégiques du plan.

Concrètement, ce plan prévoit une stratégie intégrée de lutte contre le VIH qui repose sur quatre piliers :

- la prévention primaire
- le dépistage et l'accès à la prise en charge
- la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)
- la qualité de vie des PVVIH

Sur base de ces quatre axes, 58 actions ont été déclinées.

Pour ce qui concerne le **volet prévention**, le plan accorde une attention particulière aux migrants et aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). En effet, ces deux groupes ont été définis comme prioritaires car ils présentent le plus de cas de VIH. Néanmoins, la proportion de personnes de nationalité belge parmi les nouveaux cas diagnostiqués a augmenté entre 2002 et 2011, passant de 29,3 à 42,7 % des patients pour lesquels la nationalité est connue.⁸²

En matière de **dépistage**, le plan attache une attention particulière à une approche décentralisée et démedicalisée. En effet, si la vente de tests de dépistage démedicalisé est actuellement interdite en Belgique, les acteurs du plan soutiennent que cette approche permettrait de mieux cibler les groupes prioritaires, puisque les intervenants se rendent directement dans les lieux fréquentés par ceux-ci et y rencontrent une proportion élevée de diagnostics tardifs (notamment dans les milieux festifs). Ainsi, la proportion de personnes infectées qui découvre sa séropositivité au moment de la déclaration du sida était de 21 % en 1995 et 1996 ; et de 38 % en 2010-2011 (41 % chez les hétérosexuels et 37 % chez les HSH).⁸³

Face à ce constat, le plan souhaite donner une plus grande place à la prévention de la transmission du VIH par le **traitement**, empêchant que des personnes qui n'ont pas encore découvert leur séropositivité transmettent la maladie et que l'infection se fasse. Aussi, le Plan propose de documenter davantage les pratiques de recours à des médicaments antirétroviraux et d'élargir le champ d'application de ces interventions. Plus concrètement, l'une des mesures proposées consiste à améliorer l'accessibilité d'antirétroviraux pour les personnes qui peuvent avoir été exposées au virus du VIH, suite à un viol notamment, et sans attendre les résultats d'une confirmation sérologique (prophylaxie «post-exposition non professionnelle»). Outre cette catégorie d'intervention, le Plan distingue la prophylaxie post-exposition professionnelle (après une blessure percutanée, souvent une piqûre d'aiguille), le «treatment as prevention» (ou lancement d'une thérapie antirétrovirale peu après le diagnostic de l'infection à VIH en vue de diminuer la charge virale), la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (treatment as prevention de la mère et du nouveau-né et du suivi des enfants nés d'une mère VIH-positif) et la prophylaxie pré-exposition (combinaison de thérapie antirétrovirale orale pour la chimioprophylaxie pré-exposition contre le VIH chez les HSH et chez des hommes et femmes hétérosexuels). Par exemple, en matière de prophylaxie pré-exposition, une des actions du plan consiste à développer un cadre pour les projets pilotes, ainsi qu'une étude permettant d'évaluer la faisabilité de ce type d'intervention.

81 Le plan en ligne sur http://www.laurette-onkelinx.be/articles_docs/Plan_VIH_FR.pdf

82 Plan fédéral VIH 2014-2019, pg. 4

83 Ibidem

Enfin, le plan prévoit le lancement de campagnes adaptées aux différents groupes à risque (milieu homosexuel, migrants, détenus, personnes prostituées, jeunes, etc.) et la mise en place d'actions pour lutter contre les facteurs qui freinent l'utilisation du préservatif (alcool, différence d'âge entre les partenaires, disponibilité limitée de distributeurs dans certains lieux qui augmente pourtant la disponibilité de préservatifs en-dehors des heures d'ouverture des points de vente...).

Au vu du transfert de compétences en cours, on peut tout de même se poser la question de la **suite qui sera donnée à ce plan** et du **rôle que les entités fédérées seront amenées à jouer** pour l'appliquer. D'une part, on observe que lors de la précédente législature, la ministre de la santé de la FWB, Fadila Laanan, s'était emparée du plan et avait d'ores et déjà constitué un groupe de travail chargé de proposer une stratégie de mise en œuvre de celui-ci. Dans quelle mesure le travail accompli sera-t-il valorisé, voire poursuivi (ou transmis) aux nouvelles entités fédérées qui hériteront de ce plan ? D'autre part, on peut aussi se demander quel avenir les entités fédérées réserveront à ce plan : la Région wallonne et la Région bruxelloise souhaiteront-elles hériter d'un plan auquel elles n'ont pas contribué et qui émane directement d'une logique communautaire ? Se l'approprient-elles ? L'adapteront-elles ? Et si oui, comment ? Les prochains mois apporteront peut-être une réponse.

1.4.4.1 Dépistage décentralisé et démedicalisé : un débat mais pas d'avancée

En lien avec ce premier Plan national de lutte contre le sida, le dépistage décentralisé et démedicalisé. En effet, l'une des recommandations de ce plan consiste à réduire le dépistage tardif, compte-tenu qu'en 2011, 40 % des hétérosexuels découvraient encore leur séropositivité au moment du diagnostic de la maladie.

Si ce plan national accorde une large place à l'approche décentralisée et démedicalisée (cf. actions 37 et 38 du plan) en matière de dépistage, divers freins à sa mise en œuvre persistent, et notamment le cadre législatif. En effet, **la loi belge considère le dépistage comme un acte médical**, relevant de la compétence d'un médecin (voire du personnel infirmier) et non d'intervenants travaillant dans le secteur associatif.

Outre la lourdeur des procédures liées à un éventuel changement de loi, cette approche suscite la réticence de certains médecins, voire de centres spécialisés en la matière (dont le centre ELISA).

Par ailleurs, si ces barrières venaient à tomber, il resterait encore aux acteurs de terrain de définir un cadre de référence, afin d'assurer un dépistage rapide de qualité, qui n'aurait toutefois pas pour objectif de se substituer au dépistage traditionnel. Dans ce contexte, il s'agirait de ne pas perdre de vue le counseling pré et post-test, qui accompagne toute démarche volontaire de test VIH ; la formation du personnel qui devra proposer ce test dans les lieux fréquentés par leur public cible ; etc.⁸⁴

Ainsi, si le débat est ouvert en matière de dépistage décentralisé et démedicalisé, les freins sont encore nombreux, d'où l'absence d'avancée sur le terrain.

1.4.5 PLAN ALCOOL 2014-2018 REJETÉ

En décembre 2013, la Conférence Interministérielle (CIM) Drogues a fixé le sort du Plan alcool 2014-2018 et l'a rejeté, faute d'accord.

La nécessité de mener une politique globale et intégrée en matière de lutte contre l'abus d'alcool avait pourtant fait l'objet de trois déclarations conjointes de la CIM Santé Publique en 2008, de la CIM Drogues en 2010 puis en 2013. En outre, ce plan était le fruit d'un travail conjoint entre les membres de la CIM Drogues et de la Cellule Générale de Politique Drogues (CGPD), lui-même soumis ensuite aux commentaires et compléments de trois experts internationaux⁸⁵ et d'une quarantaine d'organisations et d'acteurs

84 Thierry Martin, directeur de la Plate-forme Prévention Sida, communication personnelle, avril 2014

85 OMS, universités de Newcastle, Maastricht et Toronto

associatifs relevant du secteur de la jeunesse, de la prévention et de l'assistance, mais aussi de producteurs et de distributeurs de boissons alcoolisées.

Si ce plan proposait surtout un cadastre des initiatives déjà mises en place, il se présentait aussi comme un «complément aux initiatives existantes», notamment en raison de son objectif de mener une politique globale et intégrée qui tienne à la fois compte de la demande et de l'offre d'alcool. L'idée était en effet de ne pas limiter la problématique alcool à des questions de santé mais de l'élargir aux différents secteurs de l'économie, la publicité, le prix, la mobilité, l'éducation, l'emploi et la société civile. De plus, les membres de la Conférence Interministérielle Drogues s'engageaient donc à ce que leurs politiques et actions futures soient en concordance avec celles avancées dans la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (2010), ainsi que dans le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 (2011) de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Le projet de plan avorté contenait une trentaine d'actions et visait à renforcer la lutte contre l'abus d'alcool en Belgique. Les mesures proposées avaient notamment pour but d'améliorer la prévention et la prise en charge, le contrôle de la vente d'alcool (accès et disponibilité de l'alcool, marketing et étiquetage des boissons alcoolisées, etc.), le contrôle de la consommation d'alcool au volant, tout en incitant les investissements dans la recherche et la collecte de données.⁸⁶

Parmi les mesures, deux d'entre elles n'ont pas fait l'objet d'un consensus, à savoir :

- Clarifier la législation concernant la vente, le service et l'offre des boissons alcoolisées aux mineurs en tenant compte du critère de teneur en alcool dans les boissons ; autrement dit, introduire une distinction entre vente d'alcool «aux 16 ans versus 18 ans» sur base d'un taux d'alcool non encore défini dans le plan.
- Interdire la vente de boissons alcoolisées dans les distributeurs automatiques

Plus précisément, le plan a été rejeté en décembre 2013, en raison de l'opposition des libéraux flamands à l'interdiction de la vente d'alcool dans les appareils automatiques et au durcissement de la législation en matière de vente d'alcool aux mineurs.

Suite à une question parlementaire sur l'échec de son plan, la ministre Laurette Onkelinx a déclaré qu'elle mettrait tout en œuvre pour implémenter les actions qui relèvent «soit de ses compétences exclusives, soit des compétences conjointes avec ses collègues des entités fédérées»⁸⁷. Dans ce cadre, elle s'est engagée à ce que l'analyse des dépenses publiques liées à la politique d'alcool, la collecte des données et l'analyse des demandes de traitement (TDI) soient poursuivies ; à ce que des mesures soient prises pour sensibiliser et former les professionnels des soins de santé à la problématique de la consommation d'alcool pendant la période qui précède directement la grossesse ainsi que pendant la grossesse et la période d'allaitement ; à ce qu'une attention particulière soit accordée au soutien de l'intégration de la prise en charge des personnes en crise suite à une consommation d'alcool et ce, dans le cadre de la réforme de la santé mentale actuellement en cours ; etc.

Une série d'engagements qu'il s'agirait encore de concrétiser, car on l'a vu, aucun accord politique n'a pu être trouvé, voire n'a pu faire le poids. Car plus fondamentalement, ce plan alcool était le fruit d'un long travail de concertation politique dont les lobbies ont eu raison.

⁸⁶ Le plan en ligne sur <http://www.west-info.eu/files/190912011.pdf>

⁸⁷ Question parlementaire de Snoy Th. à la Commission de la santé publique, 26/02/2014

1.4.6 SOINS AUX DÉTENUS : UN TRANSFERT DE COMPÉTENCES INDISPENSABLE ?

Depuis plusieurs années, divers acteurs de terrain travaillent sur la problématique des drogues en prison car on le sait, l'usage de drogues ne s'arrête pas au pied des murs des prisons.⁸⁸ En outre, les problèmes de santé associés à l'usage de drogues en prison sont d'ailleurs maximisés en raison de la faible intégration de la prévention et de la réduction des risques en milieu carcéral, du taux de prévalence du VIH et du VHC significativement plus élevé en prison (Fazel S., Baillargeon J., Lancet, 2011).

En Belgique, à l'heure actuelle, chose étrange, le système de santé en milieu carcéral dépend de l'administration pénitentiaire belge et est placé sous la responsabilité du SPF Justice. Dans les faits, les soins de santé aux détenus relèvent donc de la compétence du ministère de la Justice et non du ministère de la Santé publique ou de la Sécurité sociale.

Les acteurs de terrain dénoncent cette situation qui nuit à la qualité des soins prodigués aux détenus, à leur état de santé ainsi qu'à la qualité des données collectées (par ailleurs trop peu nombreuses). Par exemple, l'enquête réalisée dans les prisons belges en 2010 pour évaluer la prévalence de l'usage de drogues et des comportements à risques chez les détenus n'a toujours pas fait l'objet d'une publication officielle, alors que le rapport est manifestement disponible (nous en présentons les principaux résultats dans le chapitre 2 de ce rapport au point 2.1.4) et que ces résultats sont indispensables pour alimenter les réflexions et guider les actions des travailleurs de terrain. Autre problème soulevé par les intervenants en milieu carcéral : il revient aux médecins et au personnel médical œuvrant en prison de pallier par des pratiques innovantes au manque flagrant de moyens dont disposent leurs services.

Face à cette série de problèmes, le secteur associatif bruxellois s'est mobilisé en 2013 de la manière suivante :

- D'une part, trois membres de la Fédito bruxelloise (Modus Vivendi, Transit, C.A.P.-I.T.I.⁸⁹) ont créé la **Concertation Assuétudes-Prisons Bruxelles** ou **CAPB**, qui rassemble des acteurs du secteur associatif bruxellois désireux d'assurer aux justiciables (et en particulier aux usagers de drogues) une meilleure prise en charge psycho-médico-sociale et une continuité de soins (avant et après une incarcération). Son objectif est de plaider pour l'instauration d'une politique de santé davantage cohérente au sein des prisons belges. Aussi, en mars 2014, la PAPB a mis en ligne une pétition sur Internet, appelant à un transfert de compétences des soins de santé des détenus vers les SPF Santé publique et Sécurité sociale.⁹⁰
- D'autre part, les acteurs de la RdR ont émis une série de recommandations s'appliquant au milieu carcéral, dans le cadre du projet de Plan bruxellois de réduction des risques, dont nous avons brossé les contours dans les pages précédentes de ce rapport (voir chapitre 1, point 1.4.1 «Plan bruxellois de réduction des risques (RdR)»). Un carnet entier de ce plan est consacré au milieu de vie «carcéral». Il comprend les éléments du diagnostic établi par les intervenants eux-mêmes et 16 actions prioritaires à mener dans ce milieu de vie.

Ce transfert de compétences règlera-t-il pour autant tous les maux qui rongent les prisons ? «Une chose est certaine, la santé en prison doit être l'une des priorités des efforts nationaux en matière de santé et ce transfert permettra d'améliorer le fonctionnement des prisons, en ce compris la qualité de vie et la coordination des soins des détenus», répond une coordinatrice de terrain⁹¹.

Quant à savoir si ce transfert a une chance de voir le jour, on ne peut, aujourd'hui, que répondre par l'incertitude. Toutefois, le message est lancé et il s'adresse au nouveau gouvernement.

88 Enquêtes réalisées dans le cadre d'un monitoring bisannuel et organisé par le Service des Soins de Santé Prisons, Direction Générale des Établissements Pénitentiaires, SPF Justice

89 C.A.P.-I.T.I. ou Centre d'accueil post-pénitentiaire et d'information aux toxicomanes incarcérés

90 <http://www.atasp.be/>

91 Vinciane Saliez, Modus Vivendi, communication personnelle, fév. 2014

1.4.7 VERS UNE RECONNAISSANCE LÉGALE DES SALLES DE CONSOMMATION ET DU TRAITEMENT PAR DIACÉTYLMORPHINE ?

Récemment, en Belgique, on a assisté à une mobilisation de divers acteurs autour de la création de «salles de consommation à moindre risque» (SCMR), dont nous avons examiné de manière détaillée le dispositif le plus courant dans notre précédent rapport (Eurotox, 2013). Pour rappel, les salles d'injection supervisées sont mises sur pied dans le cadre de politiques de santé publique et donnent la possibilité à un public d'usagers de drogues par injection vivant dans une précarité sociale extrême de consommer dans un cadre sécurisé, voire médicalisé, plutôt que dans l'espace public.

La création de SCMR peut être replacée dans un contexte plus large.

En effet, cette revendication traduit une volonté de renforcer le dispositif existant en matière d'offre d'aide, de soin et de réduction des risques à destination des usagers de drogues par injection. Même si les acteurs de terrain proposent déjà du matériel d'injection stérile (seringues, filtre, cuillère...) et assurent la récupération du matériel usagé via des équipes mobiles, des comptoirs d'échange⁹², des récupérateurs de seringues usagées ou encore la participation de certaines pharmacies à la distribution du Stérifix, la prohibition et la répression associées à l'usage de drogues favorisent les pratiques à risque (partage de matériel d'injection, dosage approximatif, etc.) et les injections effectuées dans la précipitation dans l'espace public (toilettes, parcs, parking, impasses, etc.) voire en-dehors.

Cette situation accroît les risques de problèmes sanitaires liés à l'injection (abcès, infection au VIH ou aux hépatites, overdose, seringues abandonnées, etc.) ainsi que les nuisances publiques associées. Face à ce constat, l'année 2013 a notamment vu le lancement du projet «Médi-bus»⁹³, mis en place par l'asbl Dune et Médecins du Monde, à savoir un bus qui se rend aux abords de gares à Bruxelles, deux soirs par semaine, afin d'accompagner et d'apporter une aide médicale aux usagers de drogue peu ou pas en contact avec les services d'aide traditionnels. Toutefois, il ne couvre qu'une partie du public, selon des plages horaires fixées par l'équipe. C'est donc en complément de ce type d'initiative que l'ouverture d'une institution dans ce quartier est proposée par les acteurs du secteur spécialisé en toxicomanie. D'après le secteur, l'objectif consiste à offrir un espace supervisé et hygiénique, ouvert à des heures définies, afin de faciliter la prise en charge et le dialogue avec des intervenants, dans un cadre moins clandestin, tout en réduisant les risques sanitaires et les nuisances publiques associées à l'usage de drogues.⁹⁴ Plus largement, l'instauration de salles de consommation est soutenue par une série d'acteurs ne relevant pas uniquement du secteur des assuétudes. Par exemple, l'une des mesures du récent Plan sida (dont nous vous parlions ci-dessus) consiste à améliorer l'accès aux seringues et au matériel de prévention pour les personnes qui s'injectent des drogues, en développant des lieux de consommation à moindre risques⁹⁵. Il s'agit aussi de l'une des actions proposées dans le cadre du Plan bruxellois de réduction des risques.

Pour autant, le débat belge autour des SCMR est loin d'être neuf. Depuis plusieurs années, **diverses propositions de création de salles ont émergé** dans cinq grandes villes en Belgique : à Bruxelles, Charleroi, Liège, Gand et Anvers. Sur le plan organisationnel, la Plateforme des coordinations locales drogues (PCLD) regroupe ces cinq grandes villes, et associe aux discussions sur les SCMR, La Liaison Antiprohibitionniste, la Concertation bas seuil, Modus Vivendi, l'asbl Le Comptoir et la Fédito bruxelloise. En outre, chacune de ces villes dispose d'une Coordination locale drogue (CLD) qui sert de lieu de concertation entre les divers acteurs communaux actifs localement en matière de toxicomanie ; elles jouent donc un rôle d'organes fédérateurs et de porte-paroles des acteurs de terrain financés exclusivement ou en partie via les PSSP (dont nous vous avons parlé plus haut).⁹⁶

92 Alors que leur introduction était sur le point de se concrétiser, les distributeurs automatisés de matériel d'injection n'ont pas encore pu être implantés à Bruxelles faute d'accord avec les communes visées.

93 Le personnel de ce bus propose des soins infirmiers de première ligne, des informations sur la réduction des risques et du matériel stérile d'injection.

94 Eric Husson, Lama, communication personnelle, mars 2014

95 Voir action 22 du Plan VIH 2014-2019

96 Rapport d'activité PCLD, 2010-2011 et 2011-2012, <http://www.urbansecurity.be/IMG/pdf/CLDB.pdf>

Les salles de consommation sont l'un des thèmes de travail de la PCLD, et dans chacune des villes concernées, un (ou des) organisme(s) doit(nt) piloter le groupe de travail planchant sur la question des SCMR.⁹⁷ À Bruxelles, il s'agit de la Concertation bas seuil (Transit, la MASS⁹⁸ de Bruxelles, Lama) et de la Concertation RdR (Modus Vivendi, Transit, Dune et la Liaison antiprohibitionniste) ; à Charleroi de la Division Prévention Drogues ; à Liège de l'Observatoire des drogues ; à Gand du Comité de pilotage politique drogue de la ville (le Stuurgroep drugbeleid) ; et à Anvers du SODA (Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen).⁹⁹

À **Liège**, la réflexion sur les SCMR a été initiée dès 2003, au sein du Plan stratégique drogues liégeois.¹⁰⁰ Suite à un article de presse et des photos postées sur les médias sociaux, le Bourgmestre et le Chef de Corps de Liège se sont positionnés en faveur de ces structures et ont réaffirmé leur intérêt pour une SCMR dans une ville telle que Liège.¹⁰¹ Plus récemment, en 2013, un séminaire de travail relatif aux dispositions légales autour de la création de ce type de salles a également été tenu à Liège. Il faisait suite à une première journée d'étude organisée à **Charleroi** par la Liaison Antiprohibitionniste, en octobre 2013, en présence de Paul Magnette, bourgmestre de Charleroi. À cette occasion, le besoin de mettre en place des SCMR, dans une optique de renforcement du dispositif existant s'est une nouvelle fois exprimé. Notons qu'à Charleroi, cette réflexion avait d'ores et déjà été engagée en 2010 au sein du réseau de la Concertation Assuétudes du Pays de Charleroi (CAPC)¹⁰² et que ce dernier s'était positionné en faveur du projet. Un rapport d'étude sur la faisabilité d'un «local de consommation supervisé» à Charleroi a également été rédigé par la cellule Prévention Drogues Charleroi, qui cristallise toutes les réflexions autour de ces dispositifs, en lien avec les spécificités locales.¹⁰³

Parallèlement, à **Bruxelles**, le projet Riboutique piloté par le centre Transit et soutenu par le Fonds Fédéral de Lutte contre les Assuétudes a alimenté les débats dans les différentes villes où la création d'une SCMR est envisagée. En effet, fin 2011, la plateforme communale «Ribeupôle», constituée de plusieurs associations de quartier, de la cellule communale de lutte contre l'exclusion sociale, ainsi que de la police de la zone et d'autres acteurs, a entamé une réflexion sur les problèmes engendrés par le commerce et la consommation de diverses drogues à Ribaucourt. La mission que s'est donnée cette plateforme consiste notamment à offrir une réponse concrète aux problèmes rencontrés dans ce quartier, en se focalisant sur l'aide et le soin à offrir aux usagers. En effet, ceux-ci, souvent très précarisés, achètent et consomment leurs produits dans l'espace public. Une étude pilotée par la Concertation bas seuil (et menée dans ce quartier) a d'ailleurs permis de mettre en évidence :

- que le dispositif actuel est incomplet en matière de réduction des risques pour les usagers et qu'il serait nécessaire de mettre en place une salle de consommation pour renforcer le dispositif global et les interventions des acteurs de terrain ;
- un manque de cohérence entre les acteurs de terrain et les différentes initiatives en matière d'offre santé/assuétude, générale/spécialisée.¹⁰⁴

Forts de ces constats, la Concertation bas seuil et Modus Vivendi ont ensuite lancé un appel à signatures¹⁰⁵ (fin 2012), en faveur de l'ouverture de SCMR en Belgique. Cette mobilisation a été soutenue et relayée par les Fédités bruxelloise et wallonne et par la CLDB. Ce mouvement a pour objectif de fédérer une série d'acteurs en provenance de milieux divers (société civile, monde associatif, politique, judiciaire, académique économique et social), qui s'engagent publiquement à soutenir l'ouverture de ces salles, dans une optique de RdR, de soins et de cohésion sociale.¹⁰⁶

Notons que sur le plan thérapeutique, l'année 2013 a vu la phase d'expérimentation TADAM franchir une étape importante d'évaluation. Ce projet-pilote liégeois consistait à proposer un traitement assisté par

97 Ibidem

98 La Maison d'Accueil Socio-Sanitaire de Bruxelles

99 Murielle Goessens, Transit, communication personnelle, avril 2014

100 Laurent Maisse, Observatoire liégeois de prévention et de concertation sur les Drogues, communication personnelle, mars 2014

101 Idem

102 La CAPC a pour objectif la mise en connexion d'institutions inscrites sur le territoire administratif de Charleroi qui travaillent dans le domaine des assuétudes.

103 Cf. Rapport d'étude en ligne sur <http://reductiondesrisques.be>

104 Eric Husson, communication personnelle, mars 2014

105 Cf. Plateforme reductiondesrisques.be > Dispositifs et documents > Salles de consommation > Appel (Ou : <http://reductiondesrisques.be/appel-scr-m-belgique/>)

106 Laurent Maisse, communication personnelle, mars 2014

diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique) dans un centre de soins spécifique à un groupe de patients résistants à l'offre de traitement actuelle. Il a réuni quatre hôpitaux locaux, la province et la ville de Liège ; les résultats de cet essai clinique sont présentés au chapitre 2 (point 2.3.2).

DEUX PROPOSITIONS DE LOI

Dans ce contexte de mobilisation autour de la création de salles de consommation et de clôture du projet TADAM, le sénateur et bourgmestre de Liège, Willy Demeyer, a rédigé deux propositions de lois, déposées le 15 janvier 2014 au Sénat :

- l'une en faveur d'un aménagement législatif rendant possible la **reconnaissance des lieux d'usage supervisés pour usagers de drogues**, plus communément appelés les «salles de consommation à moindre risque»¹⁰⁷
→ Proposition qui relève du champ de la réduction des risques
- l'autre visant la distribution contrôlée d'héroïne sous forme médicamenteuse, ou plus précisément, la **reconnaissance légale du traitement assisté par diacétylmorphine** à destination des patients toxicomanes sévèrement dépendants et résistants aux traitements existants¹⁰⁸ (proposition formulée à la suite du projet TADAM).
→ Proposition qui relève essentiellement du champ thérapeutique

Concernant la première proposition de loi sur la reconnaissance de lieux d'usage supervisés, notons qu'une partie des acteurs belges sont persuadés que sans modification légale, aucune autorité publique ne souhaitera se lancer dans ce type de projet, d'où cette démarche d'amener le débat au niveau politique.¹⁰⁹ À tort ou à raison ? En Allemagne, la loi n'est intervenue qu'a-posteriori d'une pratique sur le terrain, l'avantage étant que les acteurs locaux ont abouti à un consensus et qu'ils ont évité un «immobilisme» pour cause de débat politique. On se souviendra également qu'en Belgique les premiers comptoirs d'échange de seringues se sont initialement développés dans l'illégalité.

Concrètement, relevons deux éléments importants de la présente proposition :

1. Pour les intervenants et le personnel de terrain, la reconnaissance légale des SCMR impliquerait que la loi du 24 février 1921 soit modifiée en son article 3, § 2. En effet, à l'heure actuelle, des interdictions et des peines sont prévues «à l'encontre des personnes qui auront facilité à autrui l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit des substances stupéfiantes visées, soit en procurant à cet effet un local, soit par tout autre moyen». Aussi, il s'agira de lever ces interdictions et les peines prévues pour une catégorie de personnes définie (les organisateurs et praticiens de ces lieux d'usage), travaillant dans des conditions déterminées¹¹⁰ ;
2. Cette proposition de loi propose **un accueil de première ligne à bas seuil** d'accès pour les usagers de drogues.

Quant à la seconde proposition de loi, elle prévoit la délivrance d'héroïne, à défaut de disposer d'une autre molécule que les médicaments de substitution existant. Aussi, cette proposition de loi se différencie très largement de la première, car sa mise en place irait de pair avec une **prise en charge médicale à très haut seuil** d'accès pour l'utilisateur. En effet, cette proposition de loi prévoit que l'héroïne sous forme médicamenteuse soit distribuée sous contrôle médical strict, à des usagers dépendants et ayant préalablement démontrés une résistance aux traitements de substitution existants. Les objectifs de cette proposition sont résumés comme suit :

- (r)amener ces usagers réfractaires vers les soins en général et le traitement de leur(s) assuétude(s) en particulier ;
- améliorer leur qualité de vie et les détacher du cercle de la délinquance ;
- stabiliser leur consommation et les sortir de la rue.

107 Proposition de loi complétant 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, visant à la reconnaissance légale des lieux d'usage supervisés pour usagers de drogues

108 Proposition de loi complétant la loi du 24 février 1921 (...), visant à la reconnaissance légale du traitement assisté par diacétylmorphine.

109 Laurent Maisse, communication personnelle, mars 2014

110 Voir aussi l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales

Parallèlement au dépôt de ces deux propositions de loi, des rencontres intersectorielles sont organisées au niveau local, afin de définir le cahier de charges qu'il s'agira de remplir, si de telles salles venaient à voir le jour dans notre pays. Mais aujourd'hui, les travailleurs de terrain n'ont aucune certitude de voir ces propositions adoptées. D'ailleurs, ces deux propositions de lois ont-elles réellement une chance d'être adoptées ? Ou bien le secteur devra-t-il se satisfaire d'une seule d'entre elles ? Verra-t-il alors cette manœuvre comme un «geste» politique ?

En outre, bien que ces deux propositions aient été déposées devant le Sénat et que la Commission justice doit encore les examiner, on peut s'attendre à ce qu'elles suscitent de nombreuses questions.¹¹¹ En effet, elles ne répondent pas encore à toutes les interrogations que ces pratiques suscitent dans d'autres pays. Exemples : au sein d'une SCMR, quelle sera la responsabilité des médecins, des employeurs et des pouvoirs publics en cas de complication médicale, due à l'absence d'asepsie ou à une mauvaise qualité des produits injectés par l'utilisateur ? Comment envisager la collaboration entre le monde médical et l'industrie pharmaceutique en cas de reconnaissance légale du traitement à base d'héroïne médicale ?

Quoi qu'il en soit, il s'agira de saluer le jour où la Commission inscrira cette discussion à l'ordre du jour. En effet, des manœuvres de relance seront nécessaires avant que le nouveau gouvernement en place ne se penche sur ces propositions.

1.4.8 RELANCE DU DÉBAT AUTOUR DE LA RÉGLEMENTATION DU CANNABIS

Le débat autour de la décriminalisation du cannabis ne date pas d'hier et la législation belge autour de ce produit est souvent mal connue, notamment en raison des allers-retours des législateurs sur cette matière. La principale loi régissant cette matière est celle du **24 février 1921** concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes et antiseptiques. Celle-ci a été modifiée deux fois dans les années 2000.

Hors réglementation sur la circulation routière (Eurotox, 2011)¹¹², voici les principaux éléments à retenir en matière de réglementation relative au cannabis :

- **La loi modifiant la loi du 24 février 1921** concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes et antiseptiques (publiée le **6/02/2003** au MB)¹¹³, communément connue sous le nom de «**loi cannabis**», assouplit le cadre législatif s'appliquant aux consommateurs de cannabis, en opposition à ceux de drogues «dures». Elle prévoit que pour toute détention de cannabis (incluant l'usage personnel), la police doit dresser un procès-verbal ; que le juge ne peut plus sanctionner spécifiquement les «nuisances publiques» ; que la quantité pour l'usage personnel est laissée à l'appréciation du juge. Cette loi a été modifiée, et partiellement annulée notamment en raison de son article 16, jugé «discriminatoire» par les intervenants de terrain. Cet article prévoyait qu'il reviendrait au policier d'établir si l'usage de cannabis était «problématique». Pour ce faire, le policier aurait dû établir un diagnostic médical et psychologique de l'utilisateur, alors qu'il n'est pas compétent dans ce domaine.
- **La directive commune** de la ministre de la Justice et du collège des procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la poursuite des infractions en matière de détention de cannabis (publiée le **31/01/2005** au MB)¹¹⁴ tente de pallier les lacunes de la loi précitée, laissant tout de même certains flous. Elle prévoit que la détention de 3 grammes maximum (ou d'une plante) de cannabis par un majeur de plus de 18 ans et destinés à l'usage personnel doit constituer le degré le plus bas de la politique des poursuites, sauf circonstances aggravantes (présence d'un mineur au moment des

111 Dominique Delhauteur, coordinateur TADAM, communication personnelle, mars 2014

112 «Crache test», chapitre 1

113 Moniteur belge (03/05/2003) et la loi modifiant la loi du 24 février 1921 (...) et l'article 137 du Code d'instruction criminelle (04/04/2003) : http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm

114 Moniteur belge : http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm

faits) ou trouble à l'ordre public¹¹⁵. Concrètement, la police dressera un procès-verbal simplifié (PVS) qui mentionne le lieu et la date des faits, le type et la quantité de produit, l'identité complète de l'auteur et sa version des faits. Il sera conservé sur un support électronique au service de police et pourra ensuite être classé sans suite par le Parquet¹¹⁶.

Ces changements législatifs n'ont toutefois pas fait taire le débat autour de la réglementation du cannabis en Belgique.

Premièrement, la loi de 2005 n'est pas la panacée et **certaines vides subsistent**. Par exemple, un plant fournit plus de 3 grammes de cannabis. En outre, la notion de «trouble à l'ordre public» n'est pas claire et fait référence à des termes flous tels que «ostentatoire», «environs», «immédiats», etc. ; d'où la question de l'interprétation qu'un policier donnera à ces termes.¹¹⁷

Deuxièmement, de plus en plus d'acteurs défendent l'idée d'une autre approche en matière de cannabis. Ainsi, en novembre 2013, des chercheurs belges, dont le criminologue **Tom Decorte**, ont défendu l'idée d'étudier soigneusement **l'option politique d'un marché réglementé** pour le cannabis (Decorte T., De Grauwe P., Tytgat J., 2013)¹¹⁸. Ils soutiennent que la réglementation du marché du cannabis fournira plusieurs options pour réguler l'offre et la demande de cannabis, ainsi que pour contrôler sa production. Aussi, ils mettent en lumière l'intérêt des licences et des inspections pour contrôler les différentes étapes de la culture du cannabis jusqu'au produit fini. Ils soulignent les avantages d'un marché réglementé, qui selon eux permettrait de faciliter le travail des agents de prévention et des travailleurs sociaux, de faciliter l'étude scientifique des conséquences sur la santé de son usage, ainsi que d'améliorer l'offre et l'accès aux traitements. Les chercheurs belges ont également fait écho au constat d'échec des politiques répressives en matière de drogues partagé sur la scène internationale, en rappelant que les dépenses consenties à la répression augmentent mais ne résolvent rien et mènent à une dissimulation accrue des activités illégales, une augmentation de la criminalité, davantage de problèmes de santé pour les consommateurs, peu d'attention aux problèmes sous-jacents des consommateurs problématiques, des dépenses exubérantes sans preuve d'efficacité, etc.

L'année 2013 a d'ailleurs vu l'**Uruguay** devenir le premier pays à avoir légalisé et réglementé le marché du cannabis. Concrètement, un décret permettra aux usagers d'acheter du cannabis, produit et commercialisé sous le contrôle de l'État. Aux **États-Unis**, la production et la vente de cannabis viennent également d'être autorisés dans les États du Colorado et de Washington. Des mesures qui de prime à bord entrent en contradiction avec la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 qui exige notamment que les stupéfiants ne soient fournis ou dispensés à des particuliers que sur ordonnance médicale (art.30). Toutefois, l'article précise que «cette disposition n'est pas nécessairement applicable aux stupéfiants que les particuliers peuvent légalement obtenir (...) à l'occasion de l'exercice dûment autorisé de leurs fonctions thérapeutiques».

Hormis ce marché réglementé légalisant la production et la vente, **d'autres approches** en matière de législation alternative à la répression pure du cannabis existent. Rappelons qu'en Belgique la **simple détention** de cannabis ou la **possession** d'un plant¹¹⁹ par une personne majeure doivent constituer le degré le plus bas de la politique des poursuites, ce qui constitue en quelque sorte une mesure à cheval entre la répression et la dépénalisation. Aux Pays-Bas, l'**achat** de cannabis est légalisé, puisque les personnes majeures peuvent depuis longtemps acheter du cannabis dans des coffee-shop, mais cela dans le cadre d'une politique libérale incohérente et problématique en termes de santé publique puisque la production de cannabis n'y est pas autorisée. Cette situation contraint les commerçants à se fournir auprès de revendeurs non identifiés, voire de réseaux criminels échappant à toute norme sanitaire de production.

115 Les circonstances constituant un trouble à l'ordre public étant : la détention de cannabis dans un établissement pénitentiaire ou dans une institution de protection de la jeunesse, la détention de cannabis dans un établissement scolaire ou dans ses environs immédiats, la détention ostentatoire de cannabis dans un lieu public ou un endroit accessible au public (p. ex. un hôpital).

116 Les PVS ne sont généralement pas transmis individuellement au parquet de la zone où la constatation a été établie, mais celui-ci reçoit mensuellement la liste complète de tous les PVS rédigés. Les PVS sont également encodés dans la Banque de données nationale générale, de manière à pouvoir être comptabilisés dans les statistiques policières. Notons finalement que les PVS n'alimentent pas de «casier judiciaire».

117 Voir Infor-Drogues

118 Lire l'article d'Eurotox sur <http://www.eurotox.org/actualites/cannabis-des-chercheurs-belges-favorables-a-un-marche-reglemente.html>

119 Ce qui permet aux cannabis social clubs d'évoluer juridiquement dans une zone grise.

Enfin, en matière de dépénalisation, soulignons aussi la récente position du bureau des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) sur la **consommation** de drogues, qui a déclaré que «dépénaliser la consommation de drogues peut être un moyen efficace de désengorger les prisons, de réaffecter les ressources au traitement et, au bout du compte, de faciliter la réadaptation, la requalification et la réinsertion des toxicomanes»¹²⁰.

Bref, on le voit, les approches de dépénalisation par pays peuvent être diverses. Dans une logique de dépénalisation, certains pays cibleront davantage la détention de cannabis ou d'un plant, tandis que d'autres s'attacheront à l'usage et/ou l'achat de cannabis. Toutefois, ces mesures qui ne visent qu'une seule partie du problème ne sont pas toujours cohérentes en matière de santé publique (exemple, les Pays-Bas). Une politique de dépénalisation cohérente en matière de santé publique consisterait à aller au-delà de cette approche sectorielle. Aussi, l'option d'un marché réglementé (tel que proposé par Tom Decorte) a le mérite d'entrevoir de façon systémique le débat autour du cannabis : depuis le contrôle de sa production et de sa culture jusqu'à celui du produit fini, de sa mise à disposition, de son prix et de son accessibilité sur le marché (selon des critères qu'il resterait à définir).

1.4.9 PRÉPARATION D'UN PROJET DE LOI SUR L'USAGE THÉRAPEUTIQUE DU CANNABIS ET SA VENTE EN OFFICINE

En Belgique, l'usage de cannabis thérapeutique est autorisé de manière très limitée par l'arrêté royal du 4 juillet 2001 déterminant les conditions pour la délivrance des médicaments contenant un ou des tétrahydrocannabinol(s). Il permet aux médecins belges de recourir à ces médicaments à certaines conditions, pour certaines maladies uniquement, et uniquement dans le cadre d'essais cliniques.

L'arrêté prévoit :

- 1° qu'ils doivent être prescrits dans le but d'exécuter des **essais cliniques** pour les indications thérapeutiques suivantes :
 - a) nausées et malaise lors de chimiothérapie et de radiothérapie
 - b) glaucome
 - c) spasticité (sclérose en plaque) ;
 - d) syndrome lié au SIDA ;
 - e) douleurs chroniques, après l'échec d'autres traitements de la douleur
- 2° qu'ils doivent être prescrits par un médecin attaché à un hôpital universitaire ou à un centre de la douleur conventionné
- 3° la prescription doit mentionner qu'il s'agit d'un essai clinique¹²¹

En pratique, seuls quelques cas d'essais cliniques ont été enregistrés en Belgique : trois en 2010 et deux en 2011. D'après Patrik Vankrunkelsven, ex sénateur et auteur d'une proposition de loi sur la mise à disposition de cannabis à des patients qui le souhaitent (2007)¹²², peu de médecins ont actuellement recours à cette pratique en raison de la lourdeur de la procédure¹²³.

Dans ce contexte, **fin 2013**, un groupe de travail¹²⁴ a été constitué au sein de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) afin d'émettre un avis scientifique sur l'utilisation du cannabis médicinal : dans quelles conditions peut-on y avoir recours ? Quel groupe-cible ? Quel dosage ?

120 «Contribution du Directeur exécutif de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime à l'examen de haut niveau de l'application de la Déclaration politique et du Plan d'action sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue, auquel la Commission des stupéfiants doit procéder en 2014», décembre 2013.

121 Arrêté royal de 4/7/2001 déterminant les conditions pour la délivrance des médicaments contenant un ou des tétrahydrocannabinol(s)

122 Proposition de loi de 2007 rendue caduque. Elle souhaitait compléter la loi du 24 février 1921 comprenant un chapitre sur «l'utilisation du cannabis en tant que plante médicinale».

123 Patrik Vankrunkelsven, communication personnelle, fév. 2014

124 Un PV de la Commission pour les médicaments à base de plante à usage humain (CMP) de septembre 2013 mentionne l'existence de ce groupe de travail : http://www.fagg-afmps.be/fr/binaries/20130912_CMP_PUBLIC_PV_%20%20FR_tcm291-240281.pdf

Quelle voie d'administration¹²⁵ ? L'avis de ce groupe de travail est attendu dans le courant de l'année 2014 et servira de base pour les mesures éventuelles que pourrait prendre l'AFMPS. Si l'avis est positif, il se pourrait qu'à terme le cannabis médicinal soit disponible en officine et sur prescription médicale pour certains groupes de patients¹²⁶, pour autant que l'arrêté royal du 4 juillet 2001 soit modifié.

À l'heure d'écrire ces lignes, aucun texte n'a encore été publié et la position de ce groupe n'a pas encore été rendue publique.¹²⁷

1.4.10 PRÉPARATION D'UN ARRÊTÉ ROYAL SUR LE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

Un nouvel arrêté royal sur les traitements de substitution aux opiacés (TSO) est actuellement en préparation. Cette nouvelle base légale devra permettre de se faire une idée précise du nombre de personnes recourant aux TSO en Belgique (via l'établissement d'un registre de personnes sous TSO), et du même coup, réduire le phénomène de «sur-prescription», facilitant le détournement de ces produits sur le marché noir.

Cet arrêté est le fruit d'un processus initié quelques années plus tôt : en 2009, un groupe de travail avait été formé sous la direction de l'AFMPS et était chargé d'évaluer la législation en vigueur et d'élaborer des recommandations. En 2010, la Cellule de politique générale drogues a souligné l'importance de développer un système d'enregistrement permettant d'éviter le «shopping médical» et de cartographier les prescriptions et les caractéristiques des patients recourant à un TSO. En 2011, l'actuelle ministre de la Santé publique et des Affaires sociales a ordonné la rédaction du nouvel arrêté royal : l'AFMPS et le SPF Santé publique ont alors élaboré une proposition d'arrêté en se basant sur la législation existante et en tenant compte des résultats de la recherche scientifique «Analyse et optimisation des TSO en Belgique» (Vander Laenen et al. 2013) financée par la politique scientifique fédérale.

Pour rappel, deux arrêtés royaux déterminent aujourd'hui les conditions de traitements de substitution aux opiacés en Belgique :

- l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution, mettant en œuvre la loi de 2002, qui découlait de la Conférence de consensus sur le traitement de substitution à la méthadone de 1994 ;
- l'arrêté royal du 6 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution.

Actuellement, il n'y a pas de monitoring continu des TSO et les seules données dont nous disposons datent de 2007 (voir Ledoux et al., 2008, ainsi que le point 2.1.5. du chapitre 2). En effet, d'après l'Association Pharmaceutique Belge¹²⁸ le monitoring qui conduisait au rapport «Ledoux et al.» n'a pas été poursuivi. Les seules données plus récentes et disponibles à l'Institut Pharmaco-Épidémiologique Belge (IPhEB) concerneraient les spécialités remboursées dans le cadre du tiers payant (Subutex, Suboxone). Le nouvel arrêté permettrait donc de relancer et d'assurer à nouveau l'enregistrement des TSO, afin de comptabiliser le nombre et dresser le profil des personnes qui suivent un tel traitement.

D'après l'AFMPS, le nouvel arrêté qui remplacera les arrêtés de 2004 et 2006 devrait être d'application en 2014. Le projet a d'ores et déjà été soumis à la Commission de la protection de la vie privée qui doit encore transmettre son avis et ses suggestions d'adaptations éventuelles. Ensuite, il sera soumis à d'autres instances (dont le Conseil d'État¹²⁹) pour approbation.

125 Wim Vervaet, AFMPS, communication personnelle, janv. 2014

126 Wim Vervaet, communication personnelle, fév. 2014

127 Ibidem

128 Kristien De Bruyn, Association Pharmaceutique Belge (APB), communication personnelle, mars 2014

129 Greet Declerck, AFMPS, communication personnelle, fév. 2014

Enfin, en matière de monitoring, notons que l'APB, l'Office des pharmacies coopératives de Belgique et la ministre de la Santé, Laurette Onkelinx, ont lancé cette année le «dossier pharmaceutique partagé» (DPG). Il prévoit la possibilité de reprendre toutes les données de médication (antirétrovirale et autre) d'un patient dans un seul dossier pharmaceutique global et accessible à tous les pharmaciens (pour peu que le client l'accepte)¹³⁰. La volonté est d'améliorer le service-conseils des pharmaciens confrontés à des patients dont ils ne connaissent pas le dossier médical, non sans susciter le débat concernant le respect de la vie privée.

1.4.11 PROJET DE LOI SUR LA PROBATION COMME PEINE AUTONOME

En 2013, un projet de loi sur la «probation comme peine autonome» a été introduit par la ministre de la Justice, Annemie Turtelboom. Il a pour objectif d'insérer la probation comme peine autonome dans le Code pénal, ce qui modifierait ainsi le Code d'Instruction criminelle, le Code judiciaire et la loi du 29 juin 1964 concernant la suspension, le sursis et la probation. Rappelons que «la probation consiste à ce qu'une personne condamnée soit soumise, pendant une durée comprise entre six mois et deux ans, à des mesures d'assistance, de contrôle et de suivi adaptées à sa personnalité, afin de prévenir la récidive, tout en favorisant sa réinsertion dans la société».

Si ce projet de loi est accepté, le juge pourra imposer une probation à titre de «peine principale» lorsqu'un fait est passible d'une peine de police ou d'une peine correctionnelle, et plus seulement comme modalité suspensive *accompagnant* une amende ou un enfermement. En outre, la personne condamnée à une probation comme peine autonome devra observer des conditions spécifiques durant une période déterminée par le juge (entre 6 mois minimum et 2 ans maximum), et ces conditions devront répondre à un dispositif orienté vers le **traitement d'une problématique spécifique**, en ce compris une addiction aux drogues.¹³¹

Actuellement, la seule alternative à la prison pour les délinquants n'ayant plus droit au sursis au regard de leurs antécédents judiciaires est la peine de travail. Toutefois, d'après le projet de loi, celle-ci «se montre souvent inadaptée à des problématiques telles que la **toxico-dépendance** ou une mauvaise gestion de l'agressivité».¹³² Aussi, le projet de loi souhaite fournir au juge cette possibilité de recourir à un autre type de peine.

La probation comme peine autonome pourrait donc bientôt rejoindre l'arsenal de peines de substitution existant par ailleurs (bracelet électronique, peine de travail autonome, etc.), l'objectif de ces peines dites «alternatives» étant de trouver un équilibre entre le besoin sociétal de punition et le constat que la peine d'emprisonnement fait parfois plus de mal que de bien. En effet, l'incarcération plonge les délinquants dans un milieu davantage hostile et contraint les usagers (problématiques ou non) à entrer en contact avec des milieux criminels, ce qui complique leur prise en charge et ajoute des difficultés à leur situation initiale (isolement affectif, exclusion sociale, stress ou inactivité pouvant provoquer l'aggravation de certains problèmes, etc.). Vu sous cet angle, on peut donc se réjouir de l'existence de ce projet de loi, car la prison n'apparaît plus comme une solution pour punir un consommateur de stupéfiants. Aussi, si ce projet de loi est adopté, il ajouterait une pierre de plus à l'édifice des aveux de l'échec de la politique carcérale.

Néanmoins, la probation comme peine autonome ne serait *a priori* pas une panacée, car certains parquets obligent déjà, par exemple, des usagers non problématiques de cannabis à suivre un traitement lourd (parfois de type résidentiel) alors qu'une telle mesure pénale est souvent inadaptée. Globalement, on peut donc se demander si cette loi n'incitera pas les juges à recourir davantage à ce dispositif de traitement, qui est loin de convenir à tous les usagers. Vu sous cet angle, ce projet de loi ne s'écarte donc pas de l'approche répressive de l'usage et de la consommation de drogues, qui a pourtant maintes fois démontré ses limites (voir par exemple Werb et al., 2013 ; Coppel et Doubre, 2012). On peut donc se demander par quels éléments la mise en place de ce type de peines est motivée. Recherche-t-on de véritables solutions «alternatives» ? Ou bien ces répondent-elles à un objectif politique motivé par des intérêts économiques et de lutte contre la surpopulation carcérale ?

130 Le Plan national de lutte contre le sida 2014-2019 fait d'ailleurs référence au DPG et mentionne que cette possibilité (...) «doit être étudiée et encouragée, sous réserve que le patient le souhaite [le patient étant, dans ce contexte, la personne vivant avec le VIH]».

131 Voir art.7 du projet de loi en question

132 Voir «Introduction» du projet de loi, pg.6

À l'heure d'écrire ces lignes, ce projet de loi a été adopté en Commission et doit encore passer en séance plénière, où les sénateurs pourront l'adopter, l'amender ou le rejeter. Les discussions au sein du Sénat ont commencé le 12 mars 2014 et devraient aboutir en séance plénière dans le courant de cette année 2014.¹³³

1.4.12 CADASTRE DES SERVICES AMBULATOIRES BRUXELLOIS

En septembre 2012, un cadastre des services ambulatoires (139 agréments, dont 115 répondants) a permis de dresser un état des lieux des actions et des acteurs qui interviennent dans les services ambulatoires agréés par la COCOF en Région de Bruxelles-Capitale (Coppieters et Cremers, 2012). Divers secteurs ont été sondés, tels que les centres de planning familial, maisons médicales, services de soins palliatifs, services d'aide aux justiciables, etc., mais aussi les **services actifs en matière de toxicomanie** (SAMT)¹³⁴. Sur les 15 services ambulatoires (avec agréments COCOF) actifs en matière de toxicomanie, 14 ont participé à ce cadastre, ce qui apporte un éclairage utile aux professionnels relevant du secteur des assuétudes.

Parmi les principales activités des SAMT mises en place dans le cadre du décret ambulatoire COCOF¹³⁵, le cadastre identifie l'accueil et l'accompagnement (identifiées par 100 % des services) ainsi que la prise en charge individuelle (93 %), suivi par la prévention (86 %), l'orientation et la réinsertion (71 %), ou encore l'aide administrative, la formation et la sensibilisation (64 %). Les métiers qui y sont le plus représentés sont les assistants sociaux et les psychologues (présents dans 93 % des services) ainsi que les secrétaires (86 %), les conseillers juridiques (79 %) et les coordinateurs (57 %). Ces services touchent chacun en moyenne 500 bénéficiaires par an, mais leur distribution au sein des différentes communes peut fortement varier d'une commune à l'autre indépendamment de la taille de sa population. Par exemple, dans la commune d'Uccle (comptant 79 999 habitants), cinq SAMT sont implantés, tandis que Schaerbeek compte trois services de ce type pour une population de 129 413 habitants. Dans les communes d'Auderghem et de Woluwe-Saint-Pierre, aucun SAMT n'est implanté sur leur territoire. Néanmoins, la majorité des SAMT couvre l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale, de sorte que les bénéficiaires ne se limitent pas aux seuls résidents de la commune d'implantation du service. Enfin, bien que les usagers de drogues (UD) constituent globalement le groupe cible prioritaire de ces services spécialisés en assuétudes, ceux-ci peuvent aussi cibler plus spécifiquement certains groupes à risque pouvant présenter une problématique en lien avec l'usage de drogues (personnes souffrant de problèmes de santé mentale, en état de crise ou de détresse psychologique, personnes en situation de précarité sociale ou d'illégalité, etc.).

Finalement, en ce qui concerne l'analyse des besoins relatifs à la mise en place des actions, les besoins financiers, en infrastructures et matériels (surtout injection) et en ressources humaines sont les plus fréquemment cités. Le cadastre pointe également l'écart, de plus en plus important, entre l'offre et la demande au sein des SAMT, «qui s'explique par un nombre de services trop peu important, à la complexification des problèmes et à l'augmentation des bénéficiaires» (pas forcément lié à l'augmentation des problématiques d'assuétudes, mais à une utilisation plus fréquente de ces services par les personnes souffrant de maladies mentales, qu'il y ait ou non une problématique d'assuétude associée).

En ce qui concerne les autres secteurs sondés, retenons que parmi les 25 centres de planning familial, un service cite les usagers de drogues comme public cible et deux, les détenus. Quant aux services de santé mentale, 9 sur 18 pointent les usagers de drogues parmi leurs publics cibles, et concernant les patients adultes, ils rapportent que 5,3 % d'entre eux les contactent la première fois pour des raisons liées aux assuétudes (alcool et médicaments, principalement). Certains centres d'action sociale globale identifient également les usagers de drogues et les détenus parmi leur public cible. Enfin, un peu moins de la moitié (40,7 %) des maisons médicales (sur 27), un «service espace rencontre» (parmi les deux interrogés), et un planning familial (sur 25) citent également les usagers de drogues parmi leur public cible.

¹³³ Pieter Debou, SPF Justice, communication personnelle, fév. 2014

¹³⁴ La cadastre définit les SAMT comme des «services ambulatoires qui, par une approche multidisciplinaire, mènent de manière permanente et privilégiée, des actions spécifiques de prévention, d'accompagnement ou de soins vis-à-vis de personnes confrontées, ou susceptibles d'être confrontées, à un problème de toxicomanie».

¹³⁵ À noter que certains services mettent parfois en place ces activités en dehors de ce décret, de sorte que l'offre globale dépasse légèrement les chiffres que nous mentionnons ici.

Pour la suite à donner à ce cadastre, une phase de programmation doit encore voir le jour. Elle est d'ailleurs loin d'être aboutie à l'heure d'écrire ces lignes. L'étude de programmation en tant que telle n'a pas été finalisée avant les élections et il reste aux ministres de la Santé et du Social d'en accepter le contenu. Précisons aussi que suite aux élections, un nouveau collège doit être constitué et que l'étude devra également être débattue au Conseil consultatif.

De son côté, la COCOF souligne que cette étude sera partielle, vu qu'elle ne prend pas en compte le transfert de la promotion de la santé de la FWB vers la COCOF et la Région wallonne.¹³⁶ Du côté des acteurs associatifs, la phase de programmation de ce plan constituera une étape indispensable. C'est en effet cette étape qui permettra de passer à la mise en place de nouvelles actions.

1.4.13 PLAN HÉPATITE C 2014-2019

Le Plan hépatite C a été adopté en mai 2014 par l'ensemble des ministres de la Santé et propose une série d'actions (20) et de recommandations. Il a été élaboré en collaboration avec les professionnels de la santé (gastro-entérologues spécialisés en hépatologie, représentants des associations professionnelles de gastro-entérologues, médecins associés aux centres de référence SIDA, représentants des centres de traitement des assuétudes, etc.) et les associations de patients.

Le plan aborde les différents moyens de prévention, de dépistage, de prise en charge, la vaccination et les recherches en matière de VHC.¹³⁷ Plusieurs recommandations sont pertinentes pour le secteur de la toxicomanie, car certaines ont trait aux usagers de drogues injectables et par voie intranasale. En effet, le plan insiste sur la possibilité de réduire le risque d'infection en évitant le partage de matériel d'injection et en appuyant la mise en place d'un cadre légal cohérent avec les objectifs de santé publique et de réduction des risques pour les usagers de drogues. En matière de prévention, le plan préconise notamment l'information aux usagers de drogues quant aux modes de transmission du VHC. De plus, l'action 17 du plan hépatite C soutient l'idée que le travail en réseau, avec les acteurs de première ligne des centres psycho-médico-sociaux, doit être une priorité et que ce travail en réseau exige davantage de soutien. Sur ce point, le Réseau hépatite C Bruxelles mentionne qu'il travaille dans cette optique depuis une dizaine d'années auprès des publics fragilisés et des usagers de drogues.¹³⁸

En matière de dépistage, le plan pointe la nécessité de proposer des tests réguliers de VHC, davantage orientés vers certains groupes-cibles, dont les usagers de drogues injectables et non injectables (tests sanguins et salivaires, en particulier pour les personnes qui préfèrent ne plus être en contact avec des seringues).¹³⁹ En outre, le plan VHC mentionne avec précaution le dépistage rapide (TROD). En effet, si le dépistage relève actuellement et traditionnellement de la compétence d'un médecin généraliste, le plan VHC indique que celui-ci pourrait être plus efficace s'il était gratuit, anonyme et pratiqué «lors du passage des usagers de drogues dans des structures de soins ou les programmes de réduction des risques»¹⁴⁰. Sur ce point, le Réseau hépatite C rappelle qu'en cas de test réactif, une confirmation par prise de sang est de toute façon indispensable. D'après le coordinateur du Réseau hépatite C, plusieurs institutions de 1ère ligne (dont le Réseau hépatite C) travaillent sur le développement de ce type de dépistage, qui constitue «un excellent moyen de prévention et d'information pour les publics fragilisés».

Toutefois, si l'on se réfère au Plan hépatite C lui-même, mentionnons que l'approche d'un «dépistage décentralisé et démedicalisé» n'est pas clairement nommée (ou soutenue «noir sur blanc»), alors qu'elle est développée et défendue dans le cadre du Plan national de lutte contre le sida (voir ci-dessus, point 1.4.4.1).

136 Emmanuelle Menegeot et Thierry Lahaye, COCOF, communication personnelle, avril 2014

137 Pour les données épidémiologiques concernant le VHC, voir le chapitre 2, point 2.3.3.1

138 François Poncin, communication personnelle, juin 2014

139 Cf. Plan hépatite C 2014-2019, pg.9

140 Ibidem

2 SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET TENDANCES

2.1 LA PRÉVALENCE DES USAGES DE DROGUES

Lorsque l'expérimentation d'une substance est vécue positivement¹⁴¹, la personne peut être tentée de réitérer l'expérience et dans certains cas, elle entrera dans un mode de consommation dit «récréatif». Mais parfois, en fonction de certains facteurs de risque ou en l'absence de facteurs protecteurs, elle fera usage de ce produit de façon plus régulière et ne s'inscrira plus dans ce contexte initial de consommation récréative. L'individu pourra alors avoir tendance à consommer en dehors de tout contexte social, de plus en plus fréquemment et de manière incontrôlée. Lorsque cette consommation entraîne des conséquences psychosociales dommageables chez l'individu (problèmes scolaires ou professionnels, conflits interpersonnels, etc.), on parlera alors de consommation abusive qui, progressivement, pourra évoluer vers un état de dépendance. Mais certains individus parviendront à développer un usage régulier et contrôlé du produit, sans que cela puisse être considéré comme problématique sur le plan clinique.

Selon les estimations, seule une minorité des usagers de produits psychoactifs évoluerait vers une consommation problématique (UNODC, 2011 ; Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005). L'étiologie d'un usage, qu'il soit problématique ou non, se situe au niveau des interactions entre l'individu, le produit et son environnement (Zinberg, 1984). Un des facteurs de risque les plus souvent identifiés dans les études relatives au développement de l'usage problématique est la précocité du premier usage du produit (voir par exemple Anthony & Petronis, 1995), d'où l'importance de développer des programmes de prévention adaptés aux jeunes afin de retarder autant que possible le premier contact avec le produit, et de proposer des structures d'aide et de soin suffisamment nombreuses et attractives pour diminuer le délai entre le début de l'usage problématique et la première demande d'aide (ce délai étant généralement de plusieurs années).

Les données de prévalence d'usage présentées dans ce chapitre sont généralement récoltées sur base de questionnaires auto-administrés. L'avantage de cette méthode est qu'elle assure l'anonymat des répondants et que ceux-ci peuvent dès lors se sentir à l'aise de révéler des comportements illégaux ou socialement non-désirables. En revanche, on n'a pas de certitude quant au degré de sincérité des réponses, les répondants pouvant parfois minimiser ou au contraire exagérer les consommations qu'ils rapportent. Malgré ces biais potentiels, cette méthode est considérée comme assez fiable. Nous souhaitons toutefois que le lecteur garde bien à l'esprit que dans un contexte de prohibition, ces enquêtes ne peuvent fournir qu'une approximation de la prévalence réelle des comportements d'usage de drogues, que la loi prohibe et sanctionne actuellement.

Enfin, il importe de préciser que dans les rapports de recherche, les indicateurs épidémiologiques sont souvent complétés par des intervalles de confiance permettant d'estimer la marge d'erreur de l'estimation. Cette dernière s'explique en raison d'une démarche d'*échantillonnage* durant la phase d'enquête, à défaut de pouvoir consulter la *population* dans son ensemble. Pour des raisons pratiques de lisibilité, nous éviterons de présenter ces intervalles de confiance dans le présent rapport. Le lecteur est donc invité à garder en mémoire cette remarque méthodologique et à appréhender les données comme il se doit.

141 Lorsque les effets lui déplaisent réellement, l'individu aura tendance à ne pas renouveler l'expérience, sauf en cas de pression sociale suffisante ou de désir de dépasser cette première expérience négative (et ce en raison d'attentes particulières vis-à-vis du produit).

Dans les enquêtes de prévalence rapportées dans ce chapitre, la consommation d'une substance est généralement évaluée sur une période de temps donnée :

- on parle de «consommation sur la vie» ou d'expérimentation lorsque l'on dénombre les personnes ayant déclaré avoir déjà consommé au moins une fois un produit donné au cours de leur vie ;
- de «consommation récente» lorsque l'on s'intéresse aux personnes l'ayant consommé au moins une fois au cours de la dernière année ;
- et enfin de «consommation actuelle» dans le cas des personnes ayant consommé au moins une fois le produit au cours des 30 derniers jours.

Ces indicateurs de consommation, pour lesquels il suffit d'avoir consommé un produit au moins une fois au cours d'une de ces périodes pour faire partie des «consommateurs», sont une première estimation intéressante. Toutefois, ils apportent peu d'éléments en ce qui concerne les conséquences sanitaires de l'usage et les «nuisances» sociales associées. Aussi, ils sont parfois complétés par d'autres indicateurs permettant d'estimer la fréquence d'usage ou encore l'usage problématique. Mais usage «régulier» n'équivaut pas toujours à usage «problématique», et estimer l'usage problématique à partir de deux ou trois questions ne peut pas remplacer un diagnostic médical, et paraît inadéquat et offensant au regard des outils scientifiques généralement développés en la matière (voir par exemple le «Substance Dependence Severity Scale» proposé par Miele et al., 2000).

Dans cette partie, nous présenterons successivement des données sur la prévalence de l'usage de drogues dans la population générale, chez les jeunes scolarisés en FWB, chez les personnes prostituées et dans les prisons. Nous présentons également des données relatives aux traitements de substitution aux opiacés, ainsi que celles de prévalence de l'usage d'alcool. Les données en lien avec d'autres groupes spécifiques tels que le milieu festif ou encore les usagers rencontrés «en rue» seront traitées dans le chapitre 3, consacré à l'éclairage de la situation épidémiologique à partir des données indicatives issues d'actions de terrain.

Les enquêtes développées seront introduites sous forme du tableau récapitulatif suivant :

Année de collecte de données	
Type d'étude	
Objet primaire	
Population cible	
Méthode d'échantillonnage	
Échantillon d'étude	
Taux de réponse	
Couverture	
Distribution d'âge	
Instrument d'investigation	

Ces différentes rubriques sont remplies dans la mesure du possible, compte-tenu que certaines données sont plus difficiles à obtenir voire manquantes.

2.1.1 L'USAGE DE DROGUES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

Les enquêtes menées au sein de la population générale permettent d'estimer l'ampleur de la consommation des différentes drogues chez l'ensemble des habitants d'un territoire donné à un moment donné. Généralement, elles fournissent des indications sur la prévalence de la consommation de différents produits selon trois «fenêtres temporelles» (au cours de la vie, au cours des 12 derniers mois, au cours des 30 derniers jours). Elles proposent également des estimations plus précises qui tiennent compte de variables sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'éducation, ...). Actuellement, en Belgique, les seules données disponibles sur la consommation de drogues dans la population générale proviennent de l'enquête de santé par interview (HIS) réalisée par l'Institut scientifique de santé publique (ISSP). Comme il s'agit

d'une enquête de santé très générale, le nombre de questions sur les drogues est limité, comme nous le verrons ci-dessous.

2.1.1.1 Enquête de santé par interview (HIS) dans la population générale

L'enquête de santé par interview (HIS, Health Interview Survey) est financée par l'État, les régions et les communautés, et est réalisée par l'ISSP environ tous les quatre ans. Elle a pour objectif d'estimer l'état de santé de la population générale vivant en Belgique. Depuis 2001, un volet «drogues illicites» a été rajouté à cette enquête afin d'évaluer, en quelques questions, la consommation de certains produits illicites (cannabis, amphétamines/ecstasy) dans la population âgée de 15 ans ou plus. En 2004, les questions sur les amphétamines et l'ecstasy ont été abandonnées en raison du petit nombre d'usagers de ces produits, et le volet «drogues illicites» est depuis lors proposé uniquement aux personnes âgées de 15 à 64 ans, sous l'impulsion d'un protocole européen. En revanche, les questions relatives à l'usage de cannabis ont été étendues. Enfin, depuis 2008, des questions portant sur l'usage d'autres substances ont à nouveau été proposées. Elles ne peuvent cependant pas être directement comparées à celles de 2001, parce que les indices de prévalence étaient alors calculés sur une tranche d'âge plus large et qu'ils n'ont hélas pas été recalculés depuis lors. Les dernières données disponibles sont issues de l'enquête 2008, et les résultats de la prochaine enquête sont attendus pour la fin de 2014.

Année de collecte de données	2008
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Étude de l'état de santé de la population vivant en Belgique
Population cible	Population générale
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire (stratifié et par grappe)
Échantillon d'étude	6.792 pour le volet sur les «drogues illicites» (11.254 au total)
Taux de réponse	55 %
Couverture	Belgique
Distribution d'âge	15 à 64 ans pour le volet «drogues»
Instrument d'investigation	Interview en face-à-face et questionnaire*
* En raison de leur caractère sensible ou intime, les réponses aux questions sur l'usage d'alcool et de drogues (notamment) ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire remis à chaque participant après l'interview. L'interview et la remise du questionnaire sont toutefois précédés d'un démarchage téléphonique en vue de convenir d'un rendez-vous avec l'enquêteur.	

Bien que cette enquête s'adresse à toutes les personnes qui résident dans le pays (sans restriction de nationalité ou de statut légal), il est probable que les statistiques qu'elle génère sous-estiment la prévalence réelle de l'usage de cannabis et des autres drogues illicites dans la population générale, et ce pour deux raisons :

- 1) la participation à l'enquête se fait par ménage. Or en 2008, environ 33 % des ménages contactés par téléphone ont refusé d'y participer. Ils ont alors été «remplacés» par d'autres ménages sur base de trois critères partagés : la localisation géographique, la taille du ménage, et l'âge de ses membres. Mais on ne peut exclure qu'une certaine proportion des ménages ayant refusé de participer ont pris cette décision afin de ne pas divulguer certains comportements (notamment la consommation de drogues illicites) ou par peur que l'anonymat de l'enquête soit transgressé.
- 2) L'enquête ne s'applique pas, de par sa méthode de sélection des participants, aux personnes marginalisées (en institution, sans domicile fixe, incarcérées, etc.), qui sont pourtant connus pour en être souvent consommateurs.

PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE DROGUES EN 2008

Comme on peut le constater dans le tableau 5, la dernière enquête HIS¹⁴² (voir Gisle, 2010) montre qu'en 2008, la **prévalence de l'usage de cannabis sur la vie** (au moins une consommation au cours de la vie) est de 14,2 % dans la population belge âgée de 15 à 64 ans. Elle est plus marquée au sein de la tranche d'âge des 25-34 ans (29,9 %) ainsi que, dans une moindre mesure, au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans (21,1 %). L'expérimentation de cannabis est plus élevée en région bruxelloise (23,3 %) que dans les deux autres régions du pays (13 %).

En ce qui concerne la prévalence de l'**usage récent de cannabis** (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois), on constate qu'elle est de 5,1 % en 2008. Les tranches d'âge les plus concernées par l'usage récent de cannabis sont les 15-24 ans (11,8 %) et les 25-34 ans (10,4 %). Enfin, l'usage récent de cannabis est également plus élevé en région bruxelloise (8,7 %) que dans les deux autres régions du pays (un peu moins de 5 %).

Finalement, l'enquête révèle que la prévalence de l'**usage actuel de cannabis** (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) est de 3,1 % de la population belge en 2008. Toutefois, il concerne surtout les 25-34 ans (7 %) et les 15-24 ans (6,5 %). L'usage actuel de cannabis est également plus marqué en région bruxelloise que dans les autres régions du pays. En ce qui concerne la fréquence de consommation de cannabis chez les 3,1 % d'«usagers actuels», la plupart d'entre eux (47,3 %) ont déclaré en avoir consommé 1 à 3 jours au cours du mois précédant l'enquête, pour 16,2 % durant 4 à 9 jours, 6,8 % durant 10 à 19 jours et 29,8 % durant 20 jours ou plus.

Tableau 5 : Prévalence de la consommation de cannabis en 2008. Enquête HIS 2008

	Wallonie (%)	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Belgique (%)
Prévalence vie	13,2	23,3	13,3	14,3
15-24 ans	20,6	26,8	20,6	21,1
25-34 ans	28,4	32,7	30,1	29,9
35-44 ans	11,4	22,6	11,0	12,2
45-54 ans	5,7	19,4	5,7	6,7
55-64 ans	2,4	9,0	2,9	3,2
Prévalence 12 derniers mois	4,9	8,7	4,6	5,1
15-24 ans	10,7	15,3	11,9	11,8
25-34 ans	10,2	13,2	9,9	10,4
35-44 ans	3,3	8,6	2,6	3,4
45-54 ans	0,8	3,3	0,3	0,7
55-64 ans	1,4	0,5	0,8	1,0
Prévalence 30 derniers jours	2,7	6,5	2,7	3,1
15-24 ans	5,5	10,2	6,5	6,5
25-34 ans	6,3	9,9	6,8	7,0
35-44 ans	1,1	6,9	1,4	1,8
45-54 ans	0,7	2,4	0,3	0,6
55-64 ans	1,2	0,5	0,3	0,6

Source : Gisle, 2010

Toujours en 2008, la prévalence d'usage sur la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis est de 3,8 % dans la population belge âgée de 15 à 64 ans. Les tranches d'âge les plus concernées sont celles des 25-34 ans (9,2 %) et, dans une moindre mesure, des 15-24 ans (4,6 %). La prévalence de l'usage récent (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois) concerne quant à elle 1,5 % de la population

142 Les résultats de cette enquête ont déjà fait l'objet d'une présentation plus détaillée dans le rapport d'Eurotox 2009, auquel nous renvoyons le lecteur.

belge âgée de 15 à 64 ans, les tranches d'âge les plus concernées étant celles des 25-34 ans (3,5 %) et, dans une moindre mesure, des 15-24 ans (2,8 %). Si l'on envisage l'usage récent par produit, il apparaît que ces autres drogues illicites (cocaïne, amphétamines/ecstasy, opiacés, autres produits) ont chacune été consommées par moins de 1 % de la population belge au cours des 12 derniers mois. Notons que ces indicateurs de prévalence de consommation des autres drogues illicites que le cannabis sont également plus élevés en région bruxelloise que dans les deux autres régions du pays.

Mais à nouveau, cette différence peut «s'expliquer» par le caractère exclusivement urbain de la Région de Bruxelles-Capitale, puisque lorsque l'on compare ces indicateurs avec ceux des grandes villes de Wallonie et de Flandre, les prévalences de consommation sont sensiblement équivalentes, voir même légèrement plus importantes dans ces dernières. Il conviendrait néanmoins d'identifier plus précisément les déterminants de la plus haute prévalence de consommation en milieu urbain (plus grande accessibilité/proximité du produit, influence de la culture urbaine, etc.).

Tableau 6 : Prévalence de consommation des autres drogues illicites par région en 2008. Enquête HIS 2008

	Wallonie (%)	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Belgique (%)
Prévalence vie (tout produit)	3,5	6,0	3,7	3,8
15-24 ans	4,2	4,4	4,8	4,6
25-34 ans	7,4	9,2	10,1	9,2
35-44 ans	3,7	8,7	3,0	3,8
45-54 ans	1,5	2,9	0,6	1,0
55-64 ans	0,9	1,3	1,1	1,1
Prévalence 12 derniers mois (tout produit)	1,3	2,2	1,6	1,5
15-24 ans	2,3	3,2	3,0	2,8
25-34 ans	2,7	3,3	4,1	3,5
35-44 ans	0,9	2,5	1,2	1,2
45-54 ans	0,7	0,9	0,0	0,3
55-64 ans	0,3	0,3	0,2	0,2
Cocaïne	/	/	/	0,9
Amphétamines	/	/	/	0,9
Opiacés	/	/	/	0,2
Autre produit	/	/	/	0,3
Source : Gisle, 2010				

ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS

Globalement, au niveau de la population âgée de 15 à 64 ans, la prévalence d'**usage de cannabis sur la vie** (ou expérimentation) a significativement augmenté au cours de la dernière décennie, essentiellement entre 2001 et 2004 (la différence entre 2004 et 2008 n'étant pas statistiquement significative). En ce qui concerne la prévalence de l'usage récent de cannabis (12 derniers mois), la prévalence observée en 2008 est stable par rapport à 2004. Finalement, la prévalence de l'usage actuel de cannabis (30 derniers jours) n'a pas non plus augmenté de manière significative depuis 2001, ni l'âge moyen de la première expérimentation de cannabis, qui était de 18,9 ans en 2008 contre 19,2 ans en 2004.

On observe toutefois, pour certaines tranches d'âge, une évolution plus marquée de ces indicateurs de consommation. En particulier, on remarque que l'expérimentation et l'usage actuel de cannabis ont augmenté de manière importante de 2001 à 2008 chez les 25-34 ans, alors qu'ils sont plutôt stables voire en légère diminution chez les 15-24 ans. Il s'agit peut-être d'un effet de cohorte, puisqu'en 2001 la consommation de cannabis était plus marquée chez les 15-24 ans que chez les 25-34 ans (i.e. les consommateurs de 15-24 ans observés en 2001 sont devenus les consommateurs de 25-34 ans observés en 2008).

Tableau 7 : Évolution de la consommation de cannabis de 2001 à 2008 en Belgique. Enquêtes HIS 2001-2008

	2001 (%)	2004 (%)	2008 (%)
Prévalence vie	10,7	13,0	14,3
15-24 ans	20,8	22,3	21,1
25-34 ans	17,6	24,9	29,9
35-44 ans	9,6	11,6	12,2
45-54 ans	4,2	4,6	6,7
55-64 ans	0,4	2,4	3,2
Prévalence 12 derniers mois	/	5,0	5,1
15-24 ans	/	11,8	11,8
25-34 ans	/	10,9	10,4
35-44 ans	/	2,3	3,4
45-54 ans	/	1,2	0,7
55-64 ans	/	0,1	1,0
Prévalence 30 derniers jours	2,7	2,8	3,1
15-24 ans	8,1	6,7	6,5
25-34 ans	3,7	8,3	7,0
35-44 ans	1,6	1,2	1,8
45-54 ans	0,5	0,3	0,6
55-64 ans	0,0	0,0	0,6

Source : Gisle, 2010

2.1.2. L'USAGE DE DROGUES CHEZ LES JEUNES

2.1.2.1. Étude des comportements de santé des jeunes scolarisés en Fédération Wallonie-Bruxelles. Enquête HBSC 2010

L'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) est réalisée tous les quatre ans en partenariat avec le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé. Son objectif est de mieux appréhender la santé et le bien être des jeunes ainsi que leurs comportements de santé dans l'ensemble des pays/régions de l'Union européenne et d'Amérique du Nord. L'enquête est réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré en classe, incluant un volet sur les assuétudes (tabac, alcool, drogues et multimédias), qui n'est toutefois remplis en ce qui concerne les questions sur les drogues que par les élèves du secondaire. L'étude est menée à l'échelle de la FWB par le service SIPES de l'ULB, mais elle est également réalisée en Flandre. En 2010, plus de 10.000 élèves âgés de 10 à 20 ans scolarisés en FWB ont participé à l'enquête, dont 8116 élèves du secondaire. Les résultats présentés ci-dessous correspondent aux questions sur les «drogues» de l'enquête réalisée à l'échelle de la FWB en 2010 auprès des élèves du secondaire (voir Favresse, de Smet & Godin, 2013).

Année de collecte de données	2010
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Comportement de santé des jeunes
Population cible*	Élèves de l'enseignement secondaire
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire stratifié
Échantillon d'étude	8116 élèves
Taux de réponse des écoles contactées	24 % pour les écoles secondaires
Couverture	Jeunes scolarisés en Fédération Wallonie-Bruxelles
Distribution d'âge	12 à 20 ans
Instrument d'investigation	Questionnaire auto-administré

L'enquête 2010 a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif d'élèves fréquentant un établissement secondaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles (échantillon aléatoire stratifié proportionnellement à la répartition de la population scolaire par province et réseau d'enseignement). Il s'agit d'un échantillonnage à deux niveaux (un tirage des écoles et un tirage des classes). Néanmoins, la représentativité des différents degrés d'enseignement est garantie pour l'ensemble de la FWB et non pour chaque région prise isolément. L'outil de récolte est un questionnaire auto-administré validé au niveau international et communautaire.

Les résultats indiquent qu'en 2010, les différents indicateurs de prévalence de consommation sur la vie de cannabis et d'ecstasy sont clairement en recul par rapports aux années précédentes. Ainsi, l'expérimentation de cannabis est un peu moins fréquente chez les jeunes de 12-20 ans par rapport aux années antérieures (-2,6 % par rapport à 2006). Le même constat peut être fait au niveau des consommateurs réguliers de cannabis, ce type d'usage étant un peu moins fréquent en 2010 (-1,4 % par rapport à 2006). En outre, la diminution de l'usage régulier de cannabis est progressive depuis 2002. Enfin, l'expérimentation de l'ecstasy est également en diminution progressive depuis 1998 (-4 %), et l'usage récent est également en diminution.

Tableau 8 : Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis et d'ecstasy chez les jeunes de 12-20 ans scolarisés en FWB. Enquête HBSC 1998-2010

	1998 (%)	2002 (%)	2006 (%)	2010 (%)
Cannabis				
Prévalence vie	24,8	26,7	27,3	24,7
Prévalence 12 derniers mois	/	/	20,9	17,0
Prévalence 1 fois/semaine ou +	6,2	8,5	6,5	5,0
Prévalence 1 fois/jour ou +	2,7	4,4	3,1	1,7
Ecstasy				
Prévalence vie	6,4	5,3	3,7	2,4
Prévalence 12 derniers mois	/	/	2,9	1,9
Prévalence 30 derniers jours	1,6	/	1,7	1,1

Source : Patrick de Smet, communication personnelle

Dans le tableau 9, on constate sans surprise que l'usage de drogues varie fortement en fonction de l'âge¹⁴³ et du sexe des répondants. Il est ainsi plus nettement fréquent chez les hommes que chez les femmes, et augmente généralement avec l'âge des répondants, et ce quelle que soit la période de consommation et pour quasiment tous les produits. À noter que les prévalences de consommation pour les produits autres que le cannabis et l'ecstasy ne sont récoltées que depuis 2006, et ce uniquement en ce qui concerne la consommation sur les 12 derniers mois et lors des 30 derniers jours. Enfin, dans le cas des opiacés (héroïne,

143 Les données relatives aux répondants de 12 ans et de ceux de 19-20 ans ne sont pas rapportées spécifiquement dans le tableau parce que les échantillons correspondants sont de trop petite taille pour pouvoir être considérés comme représentatifs. Néanmoins, les répondants de 19 et 20 ans ont été intégrés dans les analyses globales portant sur la tranche des 13-20 ans (voir les 3 dernières colonnes du tableau).

produit de substitution et opium), des amphétamines/speed et des tranquillisants, il s'agit de prévalence de consommation hors éventuelle prescription médicale.

Tableau 9 : Prévalence de la consommation de drogues chez les jeunes de 13-18 ans scolarisés en FWB, par âge et par sexe. Enquête HBSC 2010

	13-14 ans (%)			15-16 ans (%)			17-18 ans (%)			Total 13-20 ans (%)		
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
Prévalence vie												
Cannabis	10,7	6,8	8,7	30,4	22,0	26,1	50,5	35,9	42,5	31,4	22,1	26,6
Ecstasy	2,1	0,7	1,4	3,0	1,7	2,3	5,7	3,3	4,4	3,9	2,0	2,9
Prévalence 12 derniers mois												
Cannabis	8,0	3,7	5,8	23,9	15,8	19,7	41,5	24,4	32,1	24,5	15,1	19,6
Ecstasy	1,8	0,4	1,1	2,7	1,2	1,9	4,6	2,2	3,3	2,9	1,3	2,1
Cocaïne	2,2	1,3	1,8	2,4	1,9	2,1	3,6	2,3	2,9	3,0	1,9	2,4
Amphétamines	1,9	0,9	1,4	2,9	1,6	2,2	4,8	3,3	4,0	3,4	1,9	2,6
Hallucinogènes	2,1	0,4	1,3	4,0	2,0	3,0	4,3	1,8	2,9	3,7	1,5	2,6
Opiacés	1,8	0,5	1,1	1,6	0,5	1,0	1,9	0,3	1,0	1,7	0,4	1,0
Tranquillisants	1,6	0,6	1,1	1,7	1,8	1,8	2,5	1,8	2,1	2,0	1,4	1,7
Solvants	2,0	1,5	1,8	1,4	1,6	1,5	2,0	1,0	1,5	1,7	1,3	1,5
Prévalence 30 derniers jours												
Cannabis	5,7	2,6	4,1	16,8	10,2	13,4	27,9	13,4	19,9	17,1	9,1	12,9
Ecstasy	1,4	0,3	0,8	1,9	0,6	1,2	2,7	1,3	2,0	1,9	0,7	1,3
Cocaïne	1,8	0,8	1,3	2,2	1,8	2,0	3,1	2,0	2,5	2,6	1,5	2,0
Amphétamines	2,0	0,7	1,4	3,1	1,1	2,1	3,9	2,2	3,0	3,1	1,4	2,2
Hallucinogènes	2,3	0,4	1,4	3,9	1,2	2,5	3,7	1,7	2,6	3,4	1,1	2,2
Opiacés	1,8	0,4	1,1	1,3	0,2	0,8	1,9	0,1	0,9	1,7	0,2	0,9
Tranquillisants	1,7	0,9	1,3	1,9	1,5	1,7	2,0	1,1	1,5	2,0	1,2	1,6
Solvants	2,3	0,9	1,6	1,3	1,3	1,3	2,4	0,6	1,4	1,9	0,9	1,3
Prévalence cannabis quotidien	0,9	0,2	0,5	2,4	0,9	1,6	4,8	1,1	2,8	3,0	0,9	2,0

Source : Patrick de Smet, communication personnelle

2.1.2.2 Enquête européenne sur les attitudes des jeunes par rapport aux drogues

Une enquête européenne sur l'attitude des jeunes par rapports aux drogues (*youth attitudes on drugs*) a été menée en 2011 par l'agence EOS Gallup Europe, à la demande de la Direction Générale de la Justice et des Affaires Intérieures de la Commission Européenne (pour le rapport complet, voir The Gallup Organisation, 2011). Cette enquête porte essentiellement sur les attitudes des jeunes par rapport aux drogues (disponibilité et dangerosité perçues, source d'information, etc.), mais certaines données relatives à l'usage de cannabis et de «*legal highs*» sont également récoltées¹⁴⁴.

144 La notion d'euphorisant légal («*legal high*») est un terme générique qui regroupe l'ensemble des substances psychoactives vendues légalement à un moment donné. Il comprend d'une part des extraits végétaux légèrement psychoactifs vendus dans des smartshops ou via Internet depuis plus d'une décennie et n'ayant jamais véritablement posés des problèmes d'ordre sanitaire (e.g. Kratom, laitue vireuse, damiana), et couvre d'autre part les nouvelles substances psychoactives d'origine synthétique qui n'ont pas encore été interdites. Le lecteur intéressé par les résultats de l'enquête qui ne sont pas repris ici trouvera le rapport complet à l'adresse suivante : http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_en.pdf (Dernière consultation : 15/05/2014)

Année de collecte de données	2010
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Les attitudes des jeunes par rapport aux drogues
Population cible*	Jeunes européens de 15 à 24 ans
Méthode d'échantillonnage	Inconnue
Échantillon d'étude	12.313 jeunes européens, dont 502 belges
Taux de réponse des écoles contactées	Inconnu
Couverture	Europe
Distribution d'âge	15 à 24 ans
Instrument d'investigation	Interview téléphonique assisté par ordinateur (WebCATI)

L'échantillon belge est composé de 502 interviews menées par téléphone auprès de jeunes âgés de 15 à 24 ans. Le rapport ne mentionne malheureusement pas d'information concernant les caractéristiques sociodémographiques des échantillons au niveau national, et il est très lacunaire en ce qui concerne la méthodologie adoptée (sélection et répartition géographique des participants, pourcentage de refus, etc.). Les auteurs estiment néanmoins que chaque échantillon national est représentatif des jeunes de 15-24 ans issus de la population générale du pays en question.

La prévalence de l'usage de cannabis chez les jeunes belges âgés de 15 à 24 ans, telle qu'estimée dans cette étude, est de 28,3 % pour l'usage sur la vie (expérimentation), 17,2 % pour l'usage au cours de la dernière année, et 8 % pour l'usage au cours du dernier mois. Ces niveaux de prévalence sont légèrement supérieurs à ceux observés en moyenne au niveau européen, mais nettement supérieurs à ceux rapportés dans la dernière levée de l'enquête de santé par interview pour la même tranche d'âge (voir dans le présent chapitre, la section 2.1.1.1)¹⁴⁵. La prévalence de l'expérimentation de *legal highs* est quant à elle assez faible chez les jeunes belges, puisqu'elle ne concerne que 4 % des répondants, ce qui est légèrement en dessous de la moyenne européenne. Plus récemment et par comparaison, l'enquête Global Drug Survey¹⁴⁶ réalisée via Internet en 2013 montre, à travers des résultats préliminaires, qu'environ 4 % des 2700 répondants belges ont déclaré avoir consommé au moins une fois un *legal high* (ou une *research chemical*) au cours des 12 derniers mois.

Tableau 10 : Prévalence de la consommation de cannabis et de legal highs chez les jeunes belges et européens. Youth attitudes on drugs 2011

	Échantillon Belge (N=502)	Échantillon européen (N=12.313)	Minimum européen	Maximum européen
	%	%	%	%
Prévalence d'usage de cannabis sur la vie	28,3	26,0	3	47,0
Prévalence d'usage de cannabis les 12 derniers mois	17,2	14,0	0	23,0
Prévalence d'usage de cannabis les 30 derniers jours	8,0	6,2	0	12,3
Prévalence d'usage de legal highs sur la vie	4,0	4,8	0	16,0

Source : The Gallup Organisation, 2011

¹⁴⁵ Cette différence pourrait s'expliquer par l'emploi de méthode d'enquête différente : interview téléphonique dans la présente enquête peut-être plus propice à la divulgation d'informations sensibles, alors que l'enquête HIS utilisait pour le «volet drogues» un questionnaire auto-administré qui était remis après une interview en face-à-face. En outre, dans le cas de l'enquête HIS, la participation se fait par ménage complet. En 2008, environ 32 % des ménages contactés ont refusé d'y participer. Même si ces ménages ont ensuite été «remplacés» par d'autres ménages sur base de trois critères qu'ils ont en commun (la localisation géographique, la taille du ménage, et l'âge de ses membres), on ne peut exclure qu'une certaine proportion des ménages ayant refusé d'y participer ont pris cette décision par choix de ne pas divulguer certains comportements (en l'occurrence la consommation de drogues illicites) ou par peur que l'anonymat de l'enquête soit transgressé.

¹⁴⁶ Les résultats de cette enquête ne sont pas représentatifs de la population belge en raison de l'absence de méthode d'échantillonnage stricte. Même s'il est raisonnable de penser qu'il s'agit majoritairement de personnes qui manifestent un intérêt par rapport à la consommation d'alcool et de drogues, les résultats de cette enquête doivent être extrapolés avec prudence.

Cette enquête interrogeait également les jeunes par rapport à la manière dont ils perçoivent l'offre en matière de prévention¹⁴⁷. À la question de savoir par quels biais les jeunes ont été informés au cours de la dernière année sur les effets et les risques des drogues illégales (chaque participant pouvait fournir jusqu'à trois réponses différentes), il apparaît que les jeunes belges ont apparemment été peu informés à ce sujet comparativement à ce que l'on observe dans les autres pays européens, et ce quel que soit le canal d'informations envisagé (hormis la prévention dans les écoles, qui se classe au niveau de la moyenne européenne et qui est la première source citée par les répondants belges). En outre, les Belges sont les plus nombreux (environ un jeune sur quatre) parmi l'ensemble des pays européens à avoir répondu n'avoir pas été informés du tout à ce sujet au cours de la dernière année !

En ce qui concerne la question portant sur les sources d'informations vers lesquelles les jeunes se tourneraient en cas de besoin d'information sur les drogues illégales (chaque participant pouvait fournir jusqu'à trois réponses différentes), il apparaît que les jeunes belges suivent assez bien les moyennes européennes, à savoir qu'ils se tourneraient principalement vers Internet ainsi que, dans une moindre mesure, vers un ami, les parents ou la famille et un professionnel de la santé non spécialisé en assuétudes. En revanche, ils sont très peu nombreux à estimer qu'ils se tourneraient vers un professionnel formé en assuétudes ou vers une ligne téléphonique dédiée, ce qui se confirme dans les faits puisque les jeunes de moins de 26 ans sont proportionnellement peu nombreux à avoir recours à la ligne téléphonique d'Info-Drogues (voir chapitre 3).

Enfin, une autre donnée intéressante de cette enquête concerne l'attitude des jeunes par rapport à l'interdiction de vente du cannabis : il apparaît que 50 % des jeunes belges sont favorables à la dépénalisation de la vente de cannabis, ce qui est nettement supérieur à la moyenne européenne et classe notre pays parmi les plus favorables à une telle mesure, après les Tchèques et les Néerlandais (favorable à 59 % et 65 %, respectivement).

2.1.3 L'USAGE DE DROGUES CHEZ LES PERSONNES PROSTITUÉES

Le recensement du nombre de personnes prostituées sur un territoire donné n'est pas chose aisée, en raison de la clandestinité des pratiques et des différentes manières d'exercer cette activité (prostitution en rue ou en vitrine, via des salons de «massages», dans des clubs privés, par le biais de petites annonces, etc.). Selon de récentes estimations, il y aurait entre 15000 et 20000 travailleurs du sexe en Belgique, dont 80 % seraient des femmes et 15 % des transsexuels, et dont la majorité (60 %) serait issus de l'immigration (Brussa, 2009).

Les personnes prostituées constituent un groupe particulièrement vulnérable en ce qui concerne les conduites à risque. Selon la littérature internationale, elles ont fréquemment recours à des produits psychotropes (e.g. Gilchrist, Gruer, & Atkinson, 2005 ; Potterat, Rothenberg, Muth, Darrow & Phillips-Plummer, 1998), ce qui augmenterait notamment l'adoption de conduites à risque au niveau sexuel (De Graaf, Vanwesenbeeck, van Zessen, Straver, & Visser, 1995). Néanmoins, l'ampleur de l'usage de drogues dans ce groupe spécifique est peu connu au niveau européen, y compris en Belgique (voir Roelands, 2010). Dans ce contexte, une étude a récemment été réalisée au niveau fédéral (financement BELSPO) de manière à quantifier l'usage de drogues légales et illégales ainsi que les problèmes de santé associés chez les femmes prostituées en Belgique, dans le but d'adapter au mieux l'offre sanitaire aux besoins de cette population en la matière (pour le rapport complet, voir Decorte, Stoffels, Leuridan, Van Damme & Van Hal, 2011).

¹⁴⁷ Pour une présentation plus détaillée de ces résultats, nous renvoyons le lecteur intéressé à notre rapport précédent.

Année de collecte de données	2008-2011
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Usage de drogues chez les personnes prostituées et problèmes de santé associés
Population cible*	Personnes prostituées
Méthode d'échantillonnage	Inconnue
Échantillon d'étude	528 femmes prostituées
Taux de réponse des écoles contactées	Inconnu
Couverture	Belgique
Distribution d'âge	Moyenne d'âge : 35,7 ans
Instrument d'investigation	Questionnaire administré en face-à-face

L'enquête quantitative, qui s'est déroulée d'octobre 2008 à février 2011, a permis de récolter 528 questionnaires¹⁴⁸ dans cinq villes de Belgique et leurs environs (23, % à Anvers, 22,2 % à Bruxelles, 17 % à Charleroi, 19,3 % à Gand et 18,2 % à Liège). Les questionnaires ont été administrés en face à face par des travailleurs sociaux ayant un lien préexistant avec cette population. Les différents secteurs de la prostitution sont représentés de manière inégale au sein de l'échantillon : prostitution de rue (20,3 %), prostitution en vitrine (23,3 %), prostitution en bar/vitrine (13,2 %), prostitution en bar/club (9,4 %), prostitution en privé (26,2 %) et prostitution en escort (7,6 %).

En ce qui concerne le **profil sociodémographique**, les répondantes ont une moyenne d'âge de 35,7 ans, sont majoritairement de nationalité belge¹⁴⁹, et ont pour la plupart (62,3 %) suivi un enseignement secondaire, bien qu'elles n'aient pas toutes terminé ce cursus. Plus de la moitié (58,3 %) ont des enfants (quasiment 2 enfants en moyenne), et la prostitution est la principale source de revenu pour la majorité des femmes interrogées (83,5 %). Au niveau du profil de prostitution, 44,8 % des répondantes travaillent de 4 à 7 heures par journée de travail, et 41,2 % travaillent 8 heures ou plus. Leur nombre moyen de clients s'élève à 4,1 par jour, et elles ont en moyenne commencé à se prostituer à l'âge de 25,6 ans.

En terme de **profil de consommation**, les prévalences d'usage sur la vie et au cours du dernier mois sont détaillées dans le tableau 11. On constate que les produits qui ont le plus souvent été expérimentés sont, par ordre d'importance, l'alcool (95,1 %), le cannabis (58,5 %), la cocaïne (45 %), l'ecstasy (33,3 %), et les amphétamines (26,7 %). Ces indices de consommation sont clairement et nettement supérieurs à ceux observés dans la population générale (voir section 2.1.1 du présent chapitre), ce qui confirme au niveau belge ce qui était observé au niveau international (voir par exemple Gilchrist et al., 2005 ; Potterat et al., 1998). Des différences en fonction du secteur de prostitution apparaissent également. Par exemple, les secteurs vitrine et bar/vitrine semblent moins touchés que les autres par l'expérimentation de drogues, et ce quel que soit le produit considéré. On constate également que l'héroïne a principalement été expérimentée par les prostituées de rue ainsi que, dans une moindre mesure, par celles qui travaillent en bar/club.

En ce qui concerne la consommation actuelle (30 derniers jours), il apparaît que les produits le plus fréquemment cités sont, par ordre d'importance, l'alcool (74,4 %), les benzodiazépines (25,9 %), le cannabis (24,8 %), et la cocaïne (16,7 %). La consommation des autres produits est nettement moins courante. On constate à nouveau des différences en fonction du secteur de prostitution. Par exemple, la consommation actuelle d'héroïne et de crack concerne quasi exclusivement les prostituées de rue, alors que l'ecstasy est généralement consommé par les prostituées qui travaillent en escort.

Enfin, 10,6 % des prostituées interrogées ont déjà eu recours à l'injection dans leur vie, et 4 % au cours du dernier mois. Comme on peut le voir dans le bas du tableau 11, le recours à l'injection concerne quasi exclusivement les prostituées de rue.

148 Malgré la taille de l'échantillon, les auteurs de l'étude estiment que celui-ci n'est probablement pas parfaitement représentatif de la population totale des femmes prostituées en Belgique. En effet, les intervenants du secteur ont déclaré dans les focus groupe que l'âge moyen des usagers qui fréquentent leurs services est inférieur à celui des répondants de l'étude, et que les pourcentages de travailleuses du sexe séjournant et travaillant illégalement dans le pays est également supérieur à celui de l'échantillon.

149 Pour être complet, l'enquête révèle que 7 % des personnes interrogées sont de nationalité française, 2,7 % néerlandaise, 2,1 % bulgare, 1,9 % nigériane, 1,7 % italienne, 1,3 % espagnole, 1,3 % albanaise, et 11,2 % d'une autre nationalité que celles mentionnées. Malheureusement les nationalités des répondantes ne sont pas détaillées par secteur de prostitution.

Tableau 11 : Profil sociodémographique et d'usage de drogues chez les femmes prostituées en Belgique. Enquête DRUSEB 2011

	Rue	Vitrine	Bar/vitrine	Bar/club	Privé	Escort	Total
n	107	122	69	50	139	40	528
Profil socio-démographique							
Âge moyen (min-max)	37,5 (20-67)	38,7 (18-73)	32,3 (19-55)	32,1 (21-55)	34,8 (20-58)	34,9 (24-56)	35,7 (18-73)
Nationalité belge	/	/	/	/	/	/	70,6 %
Profil de consommation (%)							
Prévalence vie							
Alcool	96,3	89,4	94,3	100,0	98,6	92,5	95,1
Cannabis	72,0	36,1	48,6	76,0	68,4	52,5	58,5
Ecstasy	31,8	15,6	35,7	42,0	41,7	47,5	33,3
Amphétamines	32,7	15,6	20,0	32,0	30,2	37,5	26,7
Cocaïne	62,6	26,2	38,7	58,0	46,1	47,5	45,0
Crack	22,4	2,4	1,4	4,0	7,2	5,0	8,0
Héroïne	46,7	3,2	1,4	20,0	8,7	12,5	15,5
Recours à l'injection	39,2	1,6	0,0	8,0	2,9	10,0	10,6
Prévalence dernier mois							
Alcool	68,2	55,7	81,4	98,0	81,3	82,5	74,4
Benzodiazépines	35,5	23,0	17,1	22,0	26,6	27,5	25,9
Cannabis	36,4	18,0	20,0	22,0	28,8	12,5	24,8
Ecstasy	0,0	0,8	0,0	0,0	2,9	10,0	1,7
Amphétamines	3,7	1,6	1,4	4,0	5,0	10,0	3,8
Cocaïne	28,0	9,8	8,6	32,0	15,1	7,5	16,7
Crack	11,2	0,8	1,4	2,0	1,4	2,5	3,4
Héroïne	33,6	0,0	0,0	2,0	0,7	0,0	7,2
Recours à l'injection	19,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0
Source : Decorte et al., 2011							

En ce qui concerne la **polyconsommation**, 46 % des répondants ont déclaré avoir consommé au moins deux produits au cours du dernier mois. En outre, 27,5 % des répondants (ce qui correspond à 32,2 % des personnes qui ont consommé un produit au cours du dernier mois) ont déclaré avoir consommé au moins une fois deux ou plusieurs produits en combinaison lors du dernier mois, les mélanges les plus fréquents étant le cannabis et l'alcool ainsi que l'alcool et la cocaïne. Cette étude met également en évidence que 42,4 % des répondants ont consommé au moins une fois un produit sur leur lieu de travail au cours du dernier mois (alcool : 37,7 % ; cannabis : 7,6 % ; cocaïne : 6,6 % ; héroïne : 3 %, benzodiazépines : 2,8 % ; amphétamines : 1,5 % ; crack : 0,9 %). Parmi celles qui ont déclaré avoir consommé sur le lieu de travail, 48,6 % estiment que la consommation facilite le travail, 33 % en ressentent une influence sur la négociation avec le client, 30 % déclarent avoir plus de clients, et 17 % deviennent moins sélectives dans le choix des clients lorsqu'elles consomment des produits. Enfin, 11,6 % des prostituées interrogées ont déjà consommé de la cocaïne avec des clients, et 6,8 % se sont déjà fait payer en drogues en échange de rapports sexuels.

L'enquête révèle enfin que 18,5 % des femmes interrogées (33 % de celles qui consomment de la cocaïne et 76 % de celles qui consomment de l'héroïne) rapportent avoir «parfois», «souvent» ou «toujours» des rapports non protégés lorsqu'elles sont sous l'influence de drogues, tandis que 8,6 % en ont «parfois» ou «souvent» en cas de manque.

2.1.4 L'USAGE DE DROGUES EN PRISON

Dans le cadre d'un monitoring des risques sanitaires liés à l'usage de drogues en prison, une enquête a été menée dans toutes les prisons belges du 29 juin au 14 août 2010 afin d'évaluer, chez les détenus, la prévalence de l'usage de drogues ainsi que des comportements à risques pouvant être liés à cet usage (voir Van Malderen, Pauwels, Walthoff-Borm, Glibert, & Todts, 2013). Durant cette période, 10 % des détenus incarcérés en Belgique ont été interrogés par questionnaire. Mais contrairement aux éditions précédentes de ce monitoring, les données ont été récoltées par une seule équipe fixe de volontaires (étudiants en sciences criminologiques) indépendants du système pénitentiaire et formés de manière à ce que la récolte se fasse de manière standardisée.

Année de collecte de données	2010
Type d'étude	Monitoring
Objet primaire	Prévalence de l'usage de drogues et des comportements à risques en prison
Population cible*	Population carcérale
Méthode d'échantillonnage	Échantillonnage en grappe
Échantillon d'étude	12 % de la population carcérale belge (n=1251)
Taux de réponse des écoles contactées	Inconnu
Couverture	32 prisons belges
Distribution d'âge	<21 ans (2,9%), 21-25 ans (14,8%), 26-30 ans (19,1%), 31-35 ans (16,7%), >35 ans (46,6%)
Instrument d'investigation	Questionnaire anonyme auto-administré ou complété en face-à-face

2.1.4.1 La population carcérale

Au 29 juin 2010, la population carcérale belge comptait 10469 détenus incarcérés dans les 33 prisons belges (on comptait en fait 11542 détenus¹⁵⁰ en prenant en compte ceux sous surveillance électronique ainsi que ceux en détention limitée, ou encore hospitalisés en dehors de la prison). Les femmes, qui sont réparties dans les huit prisons disposant d'une section pour femmes, représentaient 4 % de la population carcérale totale en date du 29 juin 2010.

Les détenus incarcérés à cette période peuvent principalement être répartis en trois catégories sur base du statut de leur détention : les prévenus (35 %), les condamnés (54 %), et les internés (i.e. défense sociale¹⁵¹ ; 10,3 %). En 2010, plus de la moitié des détenus (52 %) étaient âgés entre 21 et 35 ans. L'autre moitié se composait d'une importante proportion de détenus âgés de 36 ans ou plus (43 %) et d'une petite minorité de détenus âgés de moins de 21 ans (5 %). Près de deux tiers des détenus incarcérés (67,3 %) avait déjà effectué précédemment un séjour en prison. Comme on peut le constater dans le tableau 12, 32,1 % des détenus incarcérés au 29/06/2010 l'étaient en tout ou en partie pour faits de drogues (possession, usage et/ou trafic).

Tableau 12 : Raison de la détention actuelle de la population carcérale au 29/06/2010

Raison de la détention	N	%
Exclusivement fait de drogues	1.087	11,4
Fait de drogues et autres	2.167	20,7
Pas de fait de drogues	7.215	68,9
Total	10.469	100,0

150 En comptant les 500 détenus incarcérés à la prison de Tilburg (Pays-Bas), qui sont administrativement rattachés à la prison de Wortel et dont certains ont également participé à l'enquête.

151 La défense sociale est un statut juridique accordé aux personnes ayant commis des actes criminels ou délictueux mais jugées irresponsables en raison du fait que le comportement incriminé a été commis sous l'état de trouble(s) psychiatrique(s) passager(s) ou persistant(s). Les personnes en défense sociale sont donc considérées comme irresponsables sur le plan pénal et sont généralement internées dans un établissement à visée thérapeutique jusqu'à ce qu'une commission estime qu'elles ne représentent plus une menace pour la société ni pour elle-même.

2.1.4.2 Échantillon d'étude et conditions de passation

L'échantillon de cette étude se composait d'environ 12 % de la population carcérale belge enregistrée en juin 2010 en provenance des 32 prisons belges, de sorte qu'il peut être considéré comme représentatif de l'ensemble de la population carcérale.¹⁵²

L'échantillon (n=1.251) est constitué de 94,9 % d'hommes et de 5,1 % de femmes. La majorité des détenus (56 %) était en situation de condamnation, mais on en comptait également 22 % en détention préventive ainsi que 14 % d'internés. La plupart (69 %) avait déjà séjourné au moins une fois en prison. Environ un tiers des détenus (37,9 %) était incarcéré au moment de l'enquête en tout ou en partie pour faits de drogues. Enfin, la distribution des âges au sein de l'échantillon est sensiblement équivalente à celle constatée au sein de la population carcérale.

Dans 90 % des cas, le questionnaire était rempli par le détenu lui-même seul dans sa cellule (et remis ensuite à l'enquêteur dans une enveloppe fermée), et dans 10 % des cas il a été complété avec l'aide de l'enquêteur (en raison d'un problème de compréhension des items ou d'analphabétisme). Les enquêteurs ont préalablement informé les détenus que l'anonymat des informations récoltées serait respecté et que les questionnaires ne parviendraient en aucun cas dans les mains de quelqu'un d'autre qu'eux-mêmes. La participation à cette enquête était libre, les refus de participation ne devant pas être motivés explicitement.

2.1.4.3 La consommation de drogues illégales «au cours de la vie»

Au total, 61 % des détenus interrogés ont déclaré avoir consommé au moins une fois dans leur vie une ou plusieurs drogues autres que l'alcool et le tabac. Le cannabis est la substance qui a le plus souvent été expérimentée au sein de la population carcérale (49,5 % des détenus interrogés en ont déjà consommé au moins une fois), suivi par la cocaïne (37,9 %). Les amphétamines et l'ecstasy ont déjà été expérimentés par environ un peu moins d'un tiers des détenus interrogés, tandis que l'héroïne et les benzodiazépines par environ un quart d'entre eux.

Tableau 13 : Prévalence de consommation au cours de la vie par produit chez les détenus incarcérés dans les prisons belges en 2010

Produits	Échantillon total (N=1.251)		Consommateurs d'au moins 1 produit (N=698)
	n	%	%
Cannabis	619	49,5	88,7
Cocaïne/crack	474	37,9	67,9
Amphétamines/speed	378	30,2	54,2
XTC	366	29,3	52,4
Héroïne	329	26,3	47,1
Benzodiazepines	322	25,7	46,1
LSD/champignons	220	17,6	31,5
Méthadone/Subutex	225	18,0	32,2
GHB	244	19,5	35,0
Kétamine	119	9,5	17,0
Préparations artisanales	55	4,4	7,9

¹⁵² On notera néanmoins comme réserve méthodologique le fait que nous ne connaissons pas le nombre de détenus ayant refusé de participer à l'enquête, ni leur répartition au sein de certains sous-groupe (femmes, prévenus, personnes incarcérées pour fait de drogues, etc.). En outre, et même si l'anonymat des réponses est garanti, on ne peut exclure que les refus de participation (ou d'éventuelles réponses de déni ou de minimisation) ont été motivés par une crainte qu'il ne soit pas respecté. Le milieu carcéral est en effet propice au développement de pensées et conduites ultra-défensives, voire paranoïaques.

2.1.4.4 Le début de consommation en prison

Démarrer l'usage de certains produits en prison n'est pas rare et peut être motivé par différentes raisons, probablement équivalentes à celles qui motivent l'usage de drogues en prison en général (voir plus haut). Les produits les plus consommés pour la première fois dans ce milieu sont, par ordre d'importance, l'héroïne (5,9 % des détenus), le cannabis (5,1 %) et les benzodiazépines (4,5 %).

Tableau 14 : Premier usage de produits en prison

Produits	Échantillon total (N=1.251)		Consommateurs d'au moins 1 produit en prison (N=698)
	n	%	%
Cannabis	64	5,1	9,2
Cocaïne/crack	24	1,9	3,4
Amphétamines/speed	18	1,4	2,6
XTC	7	0,6	1,0
Héroïne	74	5,9	10,6
Benzodiazepines	56	4,5	8,0
LSD/champignons	2	0,2	0,3
Méthadone/Subutex	29	2,3	4,2
GHB	5	0,4	0,7
Kétamine	4	0,3	0,6
Préparations artisanales	4	0,3	1,6

Enfin, depuis 2010, une question portant sur le lieu de la toute première consommation d'un produit illégal a été posée. Il apparaît que la prison est rarement le lieu où la première expérimentation de drogues illégales prend place, puisque seulement 4 % des répondants ont répondu y avoir découvert un produit illégal (ce qui correspond à 7,2 % des détenus ayant déclaré avoir déjà consommé au moins une fois une drogue illégale)¹⁵³. Indépendamment de ce constat, il convient de noter que ce n'est peut-être pas l'enfermement en tant que tel qui pousse certains détenus à découvrir de nouveau(x) produit(s), mais probablement davantage les conditions de vie en détention.

2.1.4.5 Comportements à risques liés à l'usage de drogues en prison

Dettes consécutives à l'usage de drogues

Il n'est pas rare que certains détenus contractent des dettes en raison de l'usage de drogues en prison, et qu'ils éprouvent des difficultés à les épurer. En 2010, c'était le cas de 16,5 % des détenus ayant consommé au moins un produit lors de leur présente incarcération. Parmi les détenus ayant contracté une dette en prison (n=68), 13,2 % ont été victimes d'une vengeance de la part de leur créancier et 5,9 % ont eu recours au deal de drogues afin de pouvoir s'en acquitter.

Overdose, demande d'aide et traitement de substitution

Parmi les détenus ayant déclaré avoir consommé au moins un produit en prison, 2,6 % ont mentionné avoir fait une overdose durant leur détention actuelle (ce qui représente 1,4 % de l'ensemble des détenus). Environ 12,9 % des détenus consommateurs en prison ont consulté un membre du service médical (médecin, infirmier, etc.) et 8,7 % un membre du service psychosocial en raison de leur consommation. En outre, environ 5,4 % de ces usagers se sont tournés vers des services d'aide extérieurs à la prison. L'enquête révèle également qu'au moment de leur arrestation, 8,2 % des détenus suivaient un traitement de substitution à la méthadone ou au Subutex.

¹⁵³ On notera néanmoins que ces chiffres sont à considérer avec prudence et sont probablement sous-estimés en raison du nombre important de non-réponses à cette question parmi les détenus ayant déjà consommé au moins une fois dans leur vie une drogue autre que l'alcool (taux de non réponse : 39 %).

Comportement d'injection et partage de matériel usagé

Environ 15,2 % des détenus interrogés ont déclaré s'être injecté de la drogue au moins une fois dans leur vie (ce qui représente 27 % des détenus ayant déjà consommé au moins une fois un produit autre que l'alcool au cours de la vie). Parmi ceux-ci, 15,3 % (n=29) y ont eu recours au cours de leur actuelle détention, et 3,7 % (n=7) ont découvert cette pratique en prison. L'injection y est bien entendu pratiquée clandestinement, et donc souvent à l'aide de seringues récupérées dans les poubelles de l'infirmierie ou bricolées (fabriquées avec un stylo, etc.), qui seront ensuite réutilisées abondamment voire partagées et raison de leur rareté. Ce constat est d'application pour les autres ustensiles nécessaires à l'injection (cuillère, filtre, etc.). En effet, les prises de risques liés à l'injection sont ainsi maximisées en milieu carcéral en raison de la non-disponibilité du matériel, et ce indépendamment de la connaissance des risques liés au partage de matériel d'injection. Ainsi, 5 détenus (17,2 % des «injecteurs» en prison) ont avoué y avoir partagé leur matériel lors de leur dernière injection, et un détenu sur quatre parmi ceux qui y ont recours à l'injection ont désinfecté leur matériel lors de leur dernière injection¹⁵⁴.

On regrettera qu'aucune recommandation ne soit proposée en clôture de ce rapport, et que les données rapportées concernant l'usage de drogues en prison (hors initiation) ne soient pas présentées de manière à pouvoir être exploitée, contrairement aux enquêtes précédentes. On peut néanmoins pointer que pour réduire les comportements à risques liés à l'usage de drogues en prison, il conviendrait certainement d'améliorer le travail de prévention auprès de l'ensemble des détenus, et pas seulement auprès des consommateurs par injection ni même des consommateurs de drogues. Mais ce travail de prévention ne peut assurément pas s'épanouir dans le contexte actuel, ce qui justifie pleinement un transfert des compétences «santé» en prison du SPF justice vers le SPF santé¹⁵⁵.

2.1.5 LE REGISTRE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

En Belgique, les traitements de substitution aux opiacés font l'objet d'un enregistrement sur base d'une compilation des ordonnances de médicaments adressées aux pharmacies grand public, aux pharmacies hospitalières et aux centres spécialisés dans le traitement des dépendances. Les données de cet enregistrement ne sont toutefois pas systématiquement analysées, le dernier rapport d'évaluation couvrant les données récoltées d'août 2006 à juillet 2007 (voir Ledoux et al., 2008). En outre, les traitements dispensés en milieu carcéral ne sont malheureusement pas inclus dans ce monitoring, et ce dernier ne couvre que les traitements délivrés à des patients mutualisés, autrement dit couverts par la sécurité sociale belge. Enfin, cet enregistrement ne permet pas de faire la distinction entre les traitements prescrits dans le cadre d'une dépendance aux opiacés de ceux prescrits dans le cadre d'un traitement de douleurs chroniques, ce qui explique pourquoi les enregistrements liés à la prescription exclusive de Temgesic® ne sont pas inclus dans ce monitoring, ce médicament étant généralement prescrit pour traiter des douleurs chroniques.

Pour l'année 2006-2007, le nombre de patients mutualisés qui ont bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution aux opiacés en Belgique s'élève à (dont 2.538 en région de Bruxelles-Capitale, 8718 en Wallonie et 4036 en région flamande). On remarque que proportionnellement à la délivrance de méthadone, la buprénorphine (Subutex®) est moins souvent délivrée en Région de Bruxelles-Capitale (2 % des prescriptions) et en Wallonie (3,7 %) qu'en Flandre (10,9 %).

154 La désinfection du matériel usagé est une pratique qui diminue mais n'exclut pas les risques d'infection. Elle est toutefois vivement souhaitable en cas d'utilisation de matériel usagé.

155 Selon la Loi de Principes (du 12 janvier 2005), la détention devrait pourtant se limiter à la privation de liberté, sans entraver l'accès au soin ou à tout ce qui permet de préserver la santé. Autrement dit, il doit censément y avoir une équivalence de soins entre les personnes détenues et celles qui jouissent de leur liberté.

Tableau 15 : Nombre de patients ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés en Belgique (Août 2006 à Juillet 2007)

	Bruxelles		Wallonie		Flandre		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Méthadone	2.488	98,0	8.396	96,3	3.596	89,1	14.480	94,7
Buprénorphine	50	2,0	322	3,7	440	10,9	812	5,3
Total	2.538	100	8.718	100	4.036	100	15.292	100

Source : Ledoux et al., 2008

En ce qui concerne la méthadone uniquement, en Wallonie et en Région de Bruxelles-Capitale, les traitements ont majoritairement été prescrits à des hommes (dans environ 75 % et 73 % des cas, respectivement), cette prédominance masculine étant sensiblement équivalente à celle observée sur l'ensemble de la Belgique. Un peu moins de la moitié des patients ayant un traitement à la méthadone en Wallonie¹⁵⁶ et à Bruxellois (43 % et 48 % respectivement) ont entre 31 et 40 ans. En ce qui concerne les plus de 40 ans, ils sont proportionnellement plus nombreux à Bruxelles (41 %) qu'en Wallonie (18 %). En revanche, les moins de 25 ans sont proportionnellement plus nombreux en Wallonie qu'à Bruxelles (20 % versus 4 %). Enfin, environ 18 % des patients en Wallonie et 7,5 % à Bruxelles ont entre 26 et 30 ans. Globalement, ces chiffres corroborent donc le vieillissement de la population d'usagers de drogue observé et rapporté par les intervenants bruxellois du secteur des assuétudes.

Ce registre met aussi en évidence qu'en Belgique, les traitements de substitution sont majoritairement (pour 62,4 % des patients) prescrits dans le cadre d'une prise en charge en cabinet privé (généralement de médecine générale) ainsi que, dans une moindre mesure, dans les MASS (18,1 %). Plus précisément, dans la Région de Bruxelles-Capitale, 61,3 % des patients sont pris en charge en cabinet privé (généralement de médecine générale), contre 68,3 % en Wallonie et 50,1 % en Flandre.

2.2 LA PRÉVALENCE DES USAGES D'ALCOOL¹⁵⁷

La consommation d'alcool est particulièrement valorisée dans les pays occidentaux. Elle fait partie intégrante des habitudes de vie de nombreuses personnes et n'a en soi rien de problématique. Mais en fonction de l'individu, du contexte, et surtout de l'usage qui est fait de ce produit, elle peut parfois «déraper» et devenir une consommation «problématique¹⁵⁸», occasionnelle ou répétée, qui échappe à l'usage social contrôlé initialement prescrit.

Dans la section suivante, nous présentons les données relatives à la consommation de boissons alcoolisées issues d'enquêtes épidémiologiques récentes menées dans différentes populations : population générale (niveau national), étudiants du secondaire (niveau FWB) et étudiants universitaires (fréquentant l'UCL).

156 Les pourcentages par tranche d'âge n'étant pas mentionnés dans le rapport pour l'ensemble de la Wallonie, nous les avons calculés en additionnant ceux observés dans chaque province wallonne. Mais il ne s'agit que d'une estimation approximative, car nous n'avons pas pu la pondérer en fonction du nombre de patients en traitement pour chaque tranche d'âge au sein de chaque province (cette information étant également absente du rapport).

157 Les données présentées dans cette section sont principalement extraites de l'article suivant : Hogge, M. (2013). La consommation d'alcool chez les jeunes. Prospective Jeunesse : Drogues, Santé et Prévention, N° 66.

158 La notion d'usage problématique d'alcool peut être définie de manière opérationnelle comme toute consommation, occasionnelle ou répétée, provoquant directement ou indirectement des dommages physiques, psychologiques ou sociaux (occasionnels ou répétés) au consommateur et/ou à son entourage.

2.2.1 L'USAGE D'ALCOOL DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

La consommation d'alcool est abordée dans l'enquête HIS (voir la description de l'enquête à la section 2.1.1.1.) à l'aide d'une série de questions spécifiques figurant dans un questionnaire auto-administré qui a été complété par près de 8.000 personnes âgées de 15 à 64 ans en 2008.

L'enquête réalisée en 2008 révèle que 81 % de la population de 15 ans et plus a consommé au moins une boisson alcoolisée au cours des 12 derniers mois. **La prévalence de la consommation d'au moins un verre d'alcool au cours des 12 derniers mois** fluctue en fonction de l'âge des répondants, selon une courbe en forme de parapluie : elle est de 77,5 % chez les 15-24 ans, puis passe à 83 % chez les 25-64 ans, et elle est inférieure à 77 % chez les plus de 64 ans. Elle est également légèrement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge considérée, mais on constate que la différence hommes-femmes est quasi inexistante chez les 15-24 ans (78,5 % versus 76,5 %). L'âge moyen du premier usage d'alcool (hors petites gorgées) est soumis à un effet de cohorte manifeste, indicateur d'une évolution des pratiques dans le temps : il a en effet constamment diminué, et est actuellement de 15,6 ans chez les 15-24 ans, contre 16,5 ans chez les 25-34 ans, 17,8 ans chez les 35-44 ans, etc. En outre, chez les jeunes de 15-24 ans, il n'est pas influencé par le sexe ni par le niveau d'instruction, alors que chez les répondants plus âgés, on constate que l'usage d'alcool était plus précoce chez les hommes que chez les femmes.

En ce qui concerne **la fréquence de consommation au cours des 12 derniers mois**, l'étude montre (voir tableau 16) que près de la moitié (48,2 %) des jeunes de 15-24 ans n'a pas consommé d'alcool au cours de cette période, ou alors de manière occasionnelle. Un peu plus d'un tiers (28,3 %) en ont consommé de 2 à 4 fois par mois, et un peu moins d'un tiers (23,6 %) plusieurs fois par semaine. On constate aussi clairement que la fréquence de consommation d'alcool augmente fortement avec l'âge des répondants, les jeunes de 15-24 ans étant apparemment moins « assidus » que leurs aînés.

Tableau 16 : Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois dans la population générale en Belgique. Enquête HIS 2008

	Abstinence	Occasionnelle	2 à 4 fois /mois	2 à 3 fois /semaine	4 fois ou + /semaine
	%	%	%	%	%
15-24 ans (n=900)	22,5	25,7	28,3	17,6	6,0
25-34 ans (n=1090)	20,8	21,6	25,5	21,5	10,6
35-64 ans (n=3605)	15,8	19,4	20,7	20,6	23,5

Source : Enquête HIS 2008, module interactif

Comme le montre le tableau 17, la **surconsommation hebdomadaire d'alcool** (au cours des 12 derniers mois), telle que définie dans cette enquête¹⁵⁹, concernerait environ 7,4 % des jeunes de 15-24 ans, ce qui est inférieur à ce que l'on observe chez les 35-64 ans (9,4 %) mais légèrement supérieur aux 25-34 ans (6,4 %). La surconsommation est globalement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, y compris chez les 15-24 ans (10,6 % versus 4,2 %), mais elle ne semble pas varier en fonction du niveau d'instruction des répondants. Enfin, elle a légèrement diminué par rapport à 2004 pour toutes les tranches d'âge.

Dans le même ordre d'idées, la proportion de **consommateurs quotidiens d'alcool** (au cours des 12 derniers mois) augmente fortement avec l'âge des répondants, en particulier à partir de 35 ans. Chez les 15-24 ans, cette proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (4,1 % versus 1,4 %), comme d'ailleurs au sein des autres tranches d'âge. Alors que la proportion de consommateurs quotidiens augmente globalement avec le niveau d'instruction des répondants (après standardisation des données pour l'âge et le sexe), on n'observe pas de différence allant dans ce sens au sein des jeunes de 15-24 ans. Enfin, on note que la proportion de consommateurs quotidiens chez les 15-24 ans a progressivement (quoique que légèrement) augmenté par rapport aux deux enquêtes précédentes : elle est ainsi passée de 0,9 % en 2001, à 1,4 % en 2004 et enfin à 2,7 % en 2008.

¹⁵⁹ La définition de la surconsommation d'alcool proposée ici diffère selon le sexe des répondants : plus de 21 verres par semaine pour les hommes et plus de 14 verres par semaine pour les femmes. Ces quantités correspondent aux limites que l'OMS recommande de ne pas dépasser.

Tableau 17 : Surconsommation hebdomadaire, consommation quotidienne, binge drinking et usage problématique d'alcool au sein de la population générale en Belgique. Enquête HIS 2001-2008

	2001			2004			2008		
	15-24 ans (%)	25-34 ans (%)	35-64 ans (%)	15-24 ans (%)	25-34 ans (%)	35-64 ans (%)	15-24 ans (%)	25-34 ans (%)	35-64 ans (%)
Surconsommation hebdomadaire	6,7	8,2	11,4	8,8	7,8	10,2	7,4	6,4	9,4
Consommation quotidienne	0,9	4,2	12,8	1,4	3,7	11,2	2,7	3,8	13,7
Binge Drinking hebdomadaire ou +	/	/	/	/	/	/	12,1	8,0	8,7
Usage problématique	4,3	7,4	7,7	5,9	8,4	8,9	7,8	11,8	11,9

Source : Enquêtes HIS 2001-2008, module interactif

Le «**binge drinking**» (dit aussi hyperalcoolisation ou beuverie expresse)¹⁶⁰ au moins hebdomadaire (au cours des 12 derniers mois) est en revanche plus marqué chez les jeunes que chez les répondants plus âgés, et il est actuellement rapporté par 12,1 % des 15-24 ans. Il est aussi nettement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes de 15-24 ans (17,7 % versus 6,5 %), mais ne varie pas en fonction du niveau d'instruction des répondants. Au niveau de la fréquence, 0,8 % des 15-24 ans rapportent avoir recours à ce comportement de manière quotidienne, 11,3 % de manière hebdomadaire, et 14,4 % de manière mensuelle. Toutefois, l'hyperalcoolisation hebdomadaire ou mensuelle est plus fréquente chez les jeunes de 15-24 ans (probablement en lien avec la consommation festive d'alcool) que chez les répondants plus âgés, alors que l'on observe le pattern inverse pour l'hyperalcoolisation quotidienne (davantage révélatrice d'une dépendance à l'alcool, plus fréquente chez les individus plus âgés). À noter qu'il n'est pas encore possible de suivre l'évolution de ce phénomène dans le temps puisqu'il n'avait pas été évalué lors des enquêtes HIS précédentes.

Finalement, cette enquête a également estimé la fréquence de l'**usage problématique d'alcool** à l'aide de 4 questions spécifiques¹⁶¹, un usage étant ici considéré comme problématique en cas de réponse positive à au moins 2 des 4 questions. L'usage problématique ainsi défini est moins fréquent chez les jeunes de 15-24 ans que chez les individus plus âgés, probablement parce que les questions utilisées pour l'évaluer font davantage référence à la dépendance à l'alcool, plus fréquente chez les individus plus âgés. On constate toutefois que l'«usage problématique» a augmenté chez les 15-24 ans, puisqu'il est passé de 4,3 % en 2001, à 5,9 % en 2004 et finalement à 7,8 % en 2008. Cette augmentation est également manifeste sur l'ensemble des répondants et peut être objectivée au sein des autres tranches d'âge.

160 Le *binge drinking* peut être défini comme une forme d'abus d'alcool caractérisée par l'ingestion d'une importante quantité en un minimum de temps, de manière à en potentialiser les effets. Il est opérationnalisé ici sur base de l'ingestion d'au moins 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion. On peut donc regretter l'imprécision de cette mesure, comme c'est d'ailleurs le cas dans de nombreuses études, puisque la notion d'«occasion» n'est pas délimitée dans le temps.

161 *Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ? ; Vous êtes-vous déjà senti(e) irrité(e) par des critiques à propos de votre consommation d'alcool ? ; Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable en ce qui concerne votre consommation d'alcool ? ; Avez-vous déjà eu besoin d'alcool en vous levant pour être vraiment réveillé(e) (ou pour vous remettre daplomb) ?* Une estimation de l'usage problématique par questionnaire a comme limite une trop grande «transparence» de certaines questions et l'emploi de termes plus ou moins connotés, certains individus ayant tendance à ne pas répondre aux questions trop directes, ou à «fuir» lorsque certains termes connotés négativement sont employés. Elle suppose en outre que les répondants ont suffisamment conscience de leur problème de consommation pour répondre positivement à ces items ce qui, bien entendu, n'est pas forcément le cas. Notons aussi que cet indicateur est calculé sur base des personnes qui ont répondu avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. Il n'inclut donc pas les personnes qui ont eu des problèmes liés à leur consommation par le passé mais qui n'ont pas bu d'alcool durant les 12 derniers mois.

2.2.2 L'USAGE D'ALCOOL CHEZ LES JEUNES

2.2.2.1 L'usage d'alcool chez les jeunes du secondaire (enquête HBSC)

Selon l'enquête 2010 (pour une description de l'enquête, voir la section 2.1.2.1), 85 % des jeunes de 12-20 ans scolarisés en FWB ont déjà consommé une boisson alcoolisée. Environ 30 % des jeunes de 12-20 ans ont déjà été ivres plus d'une fois dans la vie, 21,4 % au moins une fois au cours des 30 derniers jours, et 6,3 % au moins 3 fois au cours des 30 derniers jours (voir tableau 18). La consommation hebdomadaire d'au moins un verre d'alcool est rapportée par 23,3 % des jeunes interrogés, alors que la consommation quotidienne (d'au moins un verre) concerne 2,5 % de ces jeunes de 12-20 ans. Le binge drinking (ici défini comme la consommation d'au moins 5 verres d'alcool lors de la même occasion) a été pratiqué au moins 3 fois au cours des 30 derniers jours par 18,6 % des jeunes de 12-20 ans interrogés.

La consommation d'alcool, telle qu'estimée par ces différents indicateurs, augmente avec l'âge des répondants. C'est ainsi surtout à partir de 15-17 ans que la consommation d'alcool se répand chez les jeunes, et elle est encore plus accentuée chez les 18-20 ans. Elle est aussi nettement plus fréquente chez les garçons que chez les filles, quelle que soit la tranche d'âge. Certaines différences apparaissent également en fonction du type d'enseignement. Par exemple, l'expérimentation de l'ivresse est plus fréquente parmi les élèves de l'enseignement technique et professionnel que parmi les élèves de l'enseignement général. En revanche, l'usage au moins hebdomadaire d'alcool est plus répandu chez les élèves de l'enseignement général et technique que parmi ceux de l'enseignement professionnel.

Enfin, il semble que ces pratiques ont peu évolué au cours des dernières années. Ainsi, l'expérimentation de boissons alcoolisées (au moins un verre dans la vie) est assez stable par rapport aux deux enquêtes précédentes. La prévalence sur la vie de l'ivresse répétée (plus d'une fois) est également comparable à ce que l'on observait lors des trois enquêtes précédentes (2006, 2002, 1998). Enfin, la prévalence du binge drinking au cours des 30 derniers jours n'a pas non plus véritablement évolué depuis 2002, ni d'ailleurs celle de l'usage quotidien d'alcool.

Tableau 18 : Ivresse répétée, consommation hebdomadaire et quotidienne et binge drinking au cours des 12 derniers mois chez les élèves de 12-20 ans scolarisés en FWB. Enquête HBSC 2010

	12-14 ans	15-17 ans	18-20 ans	12-20 ans
	%	%	%	%
Ivresse répétée (> 1 fois) sur la vie	9,4	36,8	53,0	29,8
Ivresse (≥ 1 fois) les 30 derniers jours	7,7	25,8	37,6	21,4
Ivresse répétée (≥ 3 fois) les 30 derniers jours	2,0	7,0	13,3	6,3
Alcool quotidien (au moins un verre)	1,1	2,7	5,1	2,5
Binge drinking (≥ 2 fois) les 30 derniers jours	11,8	36,2	47,6	29,4
Binge drinking (≥ 3 fois) les 30 derniers jours	6,5	22,8	32,4	18,6

Source : Patrick de Smet, communication personnelle

Cette enquête s'est également intéressée à l'expérimentation de l'alcool chez les élèves de 5^e et 6^e primaire. L'expérimentation d'au moins un verre d'alcool concerne 48,8 % de ces pré-adolescents, alors que l'ivresse «répétée» (plus d'une fois dans la vie) touche 2 % d'entre eux (celle-ci étant nettement plus fréquente chez les garçons que chez les filles). Si ces chiffres peuvent paraître relativement interpellant en raison de la tranche d'âge à laquelle ils se rapportent, ils sont pourtant en diminution par rapport aux enquêtes précédentes. Par exemple, en 1994, l'ivresse «répétée» était rapportée par près de 5 % des pré-adolescents. Et il n'est pas inutile de les relativiser en mentionnant que l'usage d'alcool à cet âge intervient probablement le plus souvent dans le cadre d'un contexte festif familial et sous la supervision parentale (anniversaire, communion, etc.).

2.2.2.2 L'usage d'alcool chez les étudiants de l'UCL

Dans le cadre d'un programme de recherche sur la consommation d'alcool chez les étudiants universitaires, différentes études ont été menées par une équipe de chercheurs de l'UCL ainsi que des mémorants afin d'estimer l'ampleur et les types de consommation d'alcool, les facteurs de risque, et leurs conséquences chez ces jeunes particulièrement exposés aux risques d'une consommation abusive (voir Lorent et al., 2011). Dans le cadre de ces études, près de 7.000 étudiants provenant de plusieurs facultés de l'UCL et ayant un cursus variable (1^{er} Bac à 2^e Master) ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire auto-administré.

Les résultats indiquent (voir tableau 19) que près de la moitié des étudiants interrogés (44,7 %) boivent lors d'au moins deux occasions par semaine, et qu'un étudiant sur huit (12,5 %) lors d'au moins quatre par semaine. La consommation quotidienne (d'au moins un verre) d'alcool est quant à elle rapportée par 1,5 % des répondants. Parmi les étudiants qui boivent de l'alcool au moins deux fois par semaine, la consommation hebdomadaire moyenne est d'environ 15 verres. En outre, 17,5 % des filles et 30,7 % des garçons ont une consommation hebdomadaire qui dépasse les recommandations de l'OMS (maximum de 21 verres pour les garçons et de 14 verres pour les filles).

En ce qui concerne le binge drinking (6 verres ou plus au cours de la même occasion), il est pratiqué au moins une fois par semaine par 28,6 % des étudiants, et tous les jours par 1,1 % d'entre eux (voir tableau 20). À nouveau, les garçons sont davantage concernés que les filles par ce comportement (42,2 % versus 18,5 % en ce qui concerne le binge drinking hebdomadaire).

Finalement, cette enquête suggère que les conséquences négatives de la consommation d'alcool sont rares, et que les plus fréquentes concernent principalement le travail de l'étudiant (brosser les cours ou se sentir incapable d'étudier). Mais il s'agit là des conséquences auto-rapportées, sujettes donc à la subjectivité et à un éventuel déni ou tout au moins à une édulcoration. De manière générale, le profil à risque en ce qui concerne les conséquences négatives de la consommation d'alcool est celui d'un étudiant de sexe masculin, jeune (18-20 ans), résidant dans un kot, et participant activement au folklore étudiant.

Tableau 19 : Fréquence de consommation d'alcool chez les étudiants de l'UCL en 2010

	n	%
Jamais	515	7,5
1 fois par mois	1.118	16,2
2 à 4 fois par mois	2.187	31,7
2 à 3 fois par semaine	2.225	32,2
4 à 6 fois par semaine	759	11,0
Tous les jours	102	1,5

Source : Lorent et al., 2011

Tableau 20 : Fréquence du binge drinking chez les étudiants de l'UCL en 2010

	n	%
Jamais	1.519	22,0
Moins d'1 fois par mois	1.570	22,7
1 fois par mois	852	12,3
2 à 3 fois par mois	988	14,3
1 fois par semaine	949	13,7
2 à 3 fois par semaine	952	13,8
Tous les jours	76	1,1

Source : Lorent et al., 2011

2.2.3 CONCLUSIONS

Ces trois enquêtes récentes montrent clairement que la consommation d'alcool est effectivement bien ancrée dans les mœurs des jeunes et des adultes de notre pays. Néanmoins, une partie d'entre eux n'en consomment pas ou alors de manière occasionnelle. L'expérimentation est de plus en plus précoce au fil des décennies et, chez les jeunes, l'âge de début n'est désormais plus influencé par le sexe ni par la filière d'enseignement. Les consommations plus régulières et davantage susceptibles de poser des problèmes (surconsommation, binge drinking, usage quotidien) sont en revanche plus fréquentes chez les garçons que chez les filles et surviennent généralement quelques temps après la découverte du produit. Les jeunes de 15 ans et plus sont relativement nombreux à pratiquer la surconsommation ou l'hyperalcoolisation de manière hebdomadaire ou mensuelle, probablement la plupart du temps dans un contexte festif. Mais ils sont rarement des consommateurs quotidiens d'alcool (quoique l'on en dénombre davantage aujourd'hui que par le passé !), contrairement aux adultes. Enfin, la consommation d'alcool n'est pas plus marquée chez les étudiants de l'UCL que chez les jeunes du secondaire âgés de 18-20 ans, mais elle est plus importante que celles des jeunes de moins de 18 ans.

2.3 LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

Il est inconcevable de vouloir appréhender de manière fiable, précise et exhaustive l'impact de la consommation d'alcool et des drogues sur la santé psycho-médico-sociale des usagers sur base des seules enquêtes épidémiologiques que nous venons de présenter. En effet, elles se basent sur des comportements auto-révélés et peuvent être confrontées à certains biais, notamment en raison de la trop grande transparence de certains items et de l'emploi de termes connotés : certains individus ont en effet tendance à ne pas répondre aux questions trop directes, ou à « fuir » lorsque certains termes connotés négativement sont employés. En outre, les conséquences sur la santé de l'usage d'alcool et de drogues constituent une problématique complexe qui ne peut pas être légitimement abordées par questionnaire, même si les enquêtes épidémiologiques en fournissent une première approximation. Les données que nous allons présenter dans cette section sont donc essentielles car elles fournissent des indications plus précises sur les conséquences sur la santé de l'usage de ces produits.

2.3.1 DEMANDE DE TRAITEMENT AUPRÈS DES SERVICES SPÉCIALISÉS EN ASSUÉTUDES : DONNÉES ISSUES DE L'INDICATEUR DE LA DEMANDE DE TRAITEMENT (TDI)

2.3.1.1 Contexte de recherche

Dans le cadre de la démarche initiée par l'Union européenne concernant la promotion de la recherche sur les phénomènes de drogues, l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT) a créé un ensemble d'indicateurs épidémiologiques qui permettent, grâce à un *monitoring* annuel dans les différents pays, d'obtenir des données standardisées et comparables au niveau européen. La finalité de ce *monitoring* est de mieux comprendre le phénomène des drogues afin d'y apporter des réponses adaptées sous l'angle légal, politique et socio-sanitaire.

Cinq indicateurs-clés font actuellement l'objet d'une récolte au niveau européen :

- demandes de traitement chez les usagers de drogues ;
- mortalité liée à l'usage de drogues ;
- maladies infectieuses liées à l'usage de drogues ;
- prévalence de l'usage de drogues dans la population générale ;
- prévalence de l'usage problématique de drogues.

Parmi ces cinq indicateurs, l'indicateur de demande de traitement (appelé TDI, pour *Treatment demand indicator*) consiste à enregistrer, chaque année civile, les demandes de traitement relatives à un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale¹⁶². Il permet ainsi d'avoir une estimation du nombre et du profil des personnes ayant fait une telle demande auprès d'un centre spécialisé et ce, grâce à un système de récolte de données spécifiques composé d'une vingtaine de variables. Le cadre méthodologique et conceptuel ainsi que les variables en lien avec le TDI ont été initialement définis dans le protocole européen «Joint Pompidou Group - EMCDDA Treatment Demand Indicator Protocol version 2.0». L'OEDT a toutefois récemment modifié le protocole TDI, le faisant évoluer vers la version 3.0¹⁶³ qui sera introduite en Belgique à partir de janvier 2015. À noter qu'en Belgique, le protocole TDI inclut officiellement depuis 2006 l'obligation d'enregistrer également les demandes de traitement liées à un problème de consommation d'alcool.

En ce qui concerne la récolte du TDI, Eurotox a développé jusqu'en 2011 un système de collecte de données (une fiche papier) qui tentait de couvrir un maximum de centres de traitement de la Wallonie. Et une collaboration était effectuée avec deux autres opérateurs de récolte en FWB, à savoir :

¹⁶² Les traitements pour des problèmes somatiques (hépatite alcoolique ou virale, abcès, HIV, etc.) découlant de cet usage sont exclus de l'enregistrement. En outre, seule la dernière demande de traitement enregistrée par patient sur une année civile doit être comptabilisée.

¹⁶³ <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1420> (dernière consultation : 14/05/2014).

- la Coordination Drogues de Charleroi, qui récoltait le TDI dans la région de Charleroi à l'aide de l'enquête «Sentinelles» ;
- la Coordination Toxicomanies Bruxelles (CTB-ODB), qui récoltait le TDI en région bruxelloise à l'aide d'un logiciel informatique baptisé Addibru.

Depuis 2011, l'ISSP fait appel à la plate-forme technique eHealth afin de mettre directement à disposition des centres de traitement un outil informatique de récolte, et dans le but de faciliter la centralisation des données et l'harmonisation de la récolte tout en assurant l'anonymisation des données, l'élimination de doublons et le contrôle de la qualité des données. L'utilisation d'un identifiant unique devrait aussi permettre de suivre anonymement le parcours des patients dans le temps et de mieux comprendre la manière dont ils ont recours à l'offre de soins belge en matière d'assuétudes. Les centres de traitement qui encodent leurs données TDI sur cet outil peuvent en outre à tout moment générer un rapport statistique descriptif, qui leur permet, par exemple, de situer leur public par rapport à celui des autres centres, ou de disposer de tableaux de données utiles pour leur rapport d'activité. Des explications détaillées sur cet outil et sur les modalités de participation sont disponibles à l'adresse suivante : <http://workspaces.wiv-isp.be/tdi/default.aspx>

2.3.1.2 Méthodes et moyens

PUBLIC CIBLE

L'OEDT exige l'enregistrement exclusif de la dernière demande de traitement introduite par une personne au cours de l'année civile, et il est également demandé de distinguer les *admissions des premières demandes* enregistrées sur une année civile. Il importe de bien comprendre cette distinction car elle est centrale dans les analyses que nous allons présenter. La notion d'*admissions* renvoie à toutes les personnes qui ont fait une demande de traitement dans l'année encourue. En revanche, la notion de *premières demandes* renvoie uniquement aux personnes sans antécédent thérapeutique, et qui introduisent donc une demande de traitement de ce type pour la première fois de leur vie.

DÉFINITIONS

Traitement

On entend par traitement toute activité visant à améliorer le statut psychique, médical et/ou social des usagers de drogues ayant des problèmes liés à leur consommation personnelle. Cette définition comprend l'offre de soins dispensée par certaines structures dont l'objectif premier est la désintoxication ou le maintien de l'abstinence, mais elle inclut également les structures qui dispensent un soutien psycho-social ambulatoire. La notion de traitement est donc considérée dans une acception assez large. Notons toutefois que les structures qui ne délivrent qu'une aide sociale ne peuvent pas être intégrées à la récolte.

Type de centres

Actuellement en FWB, seuls les centres ayant une convention avec l'INAMI ainsi que les services agréés auprès de la Région wallonne doivent participer à la récolte du TDI. Les centres qui fonctionnent avec un autre type de financement (plans de cohésion sociale, subvention facultative de la Région wallonne, subside ambulatoire COCOF...) et qui ont une offre de traitement telle que définie par l'OEDT sont bien entendu invités à y participer, mais ils le font sur une base volontaire et ne le font donc pas tous. Ainsi, en Région de Bruxelles-Capitale, la plupart des centres financés via un subside ambulatoire COCOF n'y participe pas encore, mais ils enregistreront bientôt leurs données via une nouvelle version Addibru, qui prévoit un export de la base de données vers la plate-forme Ehealth. Depuis 2011, certains hôpitaux belges participent également à cet enregistrement via un projet pilote financé par le SPF santé, qui devrait se généraliser à terme à l'ensemble des hôpitaux via la proposition d'un arrêté royal. Actuellement, nous n'avons pas reçu d'accord pour obtenir et diffuser ces données¹⁶⁴. À noter que les traitements dispensés en cabinet privé

¹⁶⁴ De août 2011 à août 2012, 25 hôpitaux belges ont participé à la première phase du projet pilote et ils ont enregistré 5406 demandes de traitement pour un problème d'alcool ou de drogues. De août 2012 et à décembre 2013, 42 hôpitaux belges ont participé à la deuxième phase de ce projet, et 65 y participent pour l'année 2014. Le nombre de demandes de traitement qu'ils ont enregistré sur ces périodes n'est toutefois pas encore connu.

ne sont pas actuellement enregistrées, mais des contacts ont été pris avec les médecins généralistes du réseau ALTO et le projet a été accueilli favorablement.

Type d'assuétudes

Si au niveau européen, le TDI se focalise uniquement sur les drogues illégales, le TDI belge prend en compte tant les drogues licites qu'illícites, et inclut donc l'alcool et certains médicaments psychotropes.

Prévalence et incidence

La notion de prévalence des traitements correspond ici au nombre total de patients en demande de traitement sur une année civile donnée. Nous ne sommes pas actuellement en mesure de pouvoir l'estimer, en particulier parce que le protocole TDI ne prévoit que l'enregistrement des nouvelles demandes de traitement introduites sur une année civile (et non de l'ensemble des traitements en cours). L'OEDT encourage toutefois depuis peu les États membres à également lui fournir une estimation de la prévalence des traitements. La notion d'incidence correspond ici au nombre total de patients (sur une année civile) qui sont en demande de traitement pour la première fois de leur vie. Il s'agit donc des «premières demandes», et les patients sont désignés sous le vocable «primo-demandeurs».

OUTILS ET MOYENS D'INVESTIGATION

Comme nous l'avons déjà signalé, jusqu'en 2011, les données n'ont pas été récoltées avec le même support dans tous les types de centres. Les centres en Wallonie ont principalement utilisé la «fiche papier Eurotox». Les centres bruxellois ont utilisé le logiciel «Addibru», et les centres liés à la Coordination Drogues de Charleroi ont eu recours à un questionnaire spécifique (enquête Sentinelles) couvrant également d'autres variables que celles recueillies dans le cadre du TDI. Cette multiplicité d'outils de récolte avait comme corollaire que les variables n'étaient pas toutes opérationnalisées de la même manière. Nous devons donc rendre ces données les plus «harmonieuses» possibles en recodant, voire en croisant, certaines d'entre elles afin d'obtenir, en définitive et dans la mesure du possible¹⁶⁵, des variables pouvant être comparées. Depuis 2011, grâce à l'informatisation et à la fédéralisation de la récolte, le TDI est collecté sur base d'un tronc commun. Chaque opérateur (INAMI, SPF santé pour les hôpitaux, etc.) peut toutefois y adjoindre certaines variables supplémentaires. Dans la pratique, l'équipe de soin travaille avec une version papier du questionnaire qui est généralement complétée avec le patient lors du premier ou du deuxième entretien moyennant son accord. Cette fiche est ensuite encodée sur le site dédié à l'informatisation, la sécurisation et la centralisation des données. À noter que les centres de traitement et les opérateurs de récolte peuvent également utiliser leur propre système de récolte, pour autant qu'ils utilisent strictement les mêmes variables ainsi que les modalités prévues par le protocole belge, et qu'ils envoient à plate-forme eHealth leur base de données annuellement.

VARIABLES

Les variables sont organisées en deux grands axes : d'une part les informations d'identification du service (nom de l'institution, type de prise en charge, etc.), qui permettent de situer le contexte de l'offre de traitement ; d'autre part les données concernant la demande de traitement.

Ce deuxième axe couvre 4 volets, à savoir :

- les caractéristiques sociodémographiques de l'utilisateur : âge, sexe, nationalité, cohabitation, logement, niveau de scolarité, situation professionnelle ;
- le profil de consommation au cours du dernier mois (produits à l'origine de la demande, mode et fréquence de consommation, âge de la première consommation, etc.) ;
- les antécédents thérapeutiques de l'utilisateur et l'origine de la demande actuelle ;
- les comportements d'injection et les éventuels traitements de substitution.

¹⁶⁵ Les systèmes d'enregistrement avec lesquels nous avons collaboré n'ont pas systématiquement récolté l'ensemble des variables que nous récoltions avec la fiche Eurotox. Les raisons sont multiples : d'une part, parce que ces variables ne sont pas officiellement incluses dans le protocole TDI (Eurotox proposait en effet certaines variables supplémentaires) ; d'autre part, pour des raisons philosophiques (refus idéologique de poser telle question aux usagers). Par conséquent, certaines des variables étaient inévitablement assorties d'un nombre élevé de «non-réponses».

BIAIS ET LIMITES

Limite générale

Les données collectées dans le cadre du TDI que nous allons rapporter présentent les caractéristiques des patients pris en charge par les services de soins spécialisés en la matière en FWB. Toutefois, il convient d'être prudent lors de l'extrapolation des résultats pour plusieurs raisons. Premièrement, la couverture externe (nombre d'institutions participant au recueil / nombre total d'institutions de prise en charge des usagers de drogues) relative à la collecte du TDI n'est pas parfaite actuellement, et les différents secteurs sont inégalement représentés. Deuxièmement, il n'est pas possible d'obtenir systématiquement des réponses des patients pour toutes les variables investiguées : d'une part en raison du caractère sensible de certaines d'entre elles ou parce que le patient ne sait pas ou ne désire pas y répondre ; d'autre part parce que les données ne sont pas forcément consignées en compagnie du patient, mais parfois complétées *a posteriori*, sur base des informations récoltées par les intervenants et consignées dans le dossier du patient. Troisièmement, la participation des patients au TDI se fait sur base volontaire : ils en sont informés et ont le droit de refuser que leurs données personnelles soient collectées dans le cadre de ce monitoring. Actuellement, nous ne connaissons pas le nombre de patients qui refusent annuellement d'y participer.

Pour les diverses raisons que nous venons d'évoquer, les données que nous allons présenter ci-après ne reflètent pas exhaustivement le public pris en charge pour un problème d'assuétudes en FWB. On se rappellera aussi que l'offre de traitement dépasse largement celle proposée par les centres spécialisés dont nous présentons ici les données (i.e. prise en charge dans une structure hospitalière ou en cabinet privé). Par conséquent, les patients sur lesquels se basent les analyses suivantes ne sont pas forcément représentatifs de l'ensemble des patients pris en charge pour une problématique d'assuétudes en FWB, mais uniquement des patients pris en charge dans les structures spécialisées qui participent actuellement à cet enregistrement.

2.3.1.3 Présentation et analyse des résultats

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Nous avons pris l'option d'effectuer ici une analyse globale¹⁶⁶ des demandes introduites en FWB sur la période 2012-2013, hormis pour les premières variables descriptives dont nous présenterons l'évolution sur la période 2006-2013. Dans notre précédent rapport, nous présentions une analyse globale sur la période 2006-2011, sans pointer l'évolution dans le temps des caractéristiques des demandeurs en raison de l'instabilité de la couverture de la récolte du TDI ces dernières années. Cette année, nous nous penchons sur les données récoltées en 2012-2013 avec le nouvel outil informatisé.

2.2.1.3 | 1 Évolution des demandes de traitement

Sur l'ensemble de la période 2006-2013, 25.905 demandes de traitement (que nous nommerons «admissions», ce qui comprend à la fois les «premières demandes» ainsi que les demandes émanant de patients qui ont déjà effectué un traitement par le passé pour un problème d'abus ou de dépendance à une substance¹⁶⁷ ont été respectivement enregistrées en FWB. Comme on peut le remarquer sur la figure 3, on assiste depuis 2007 à une diminution progressive du nombre de demandes enregistrées. Cette diminution

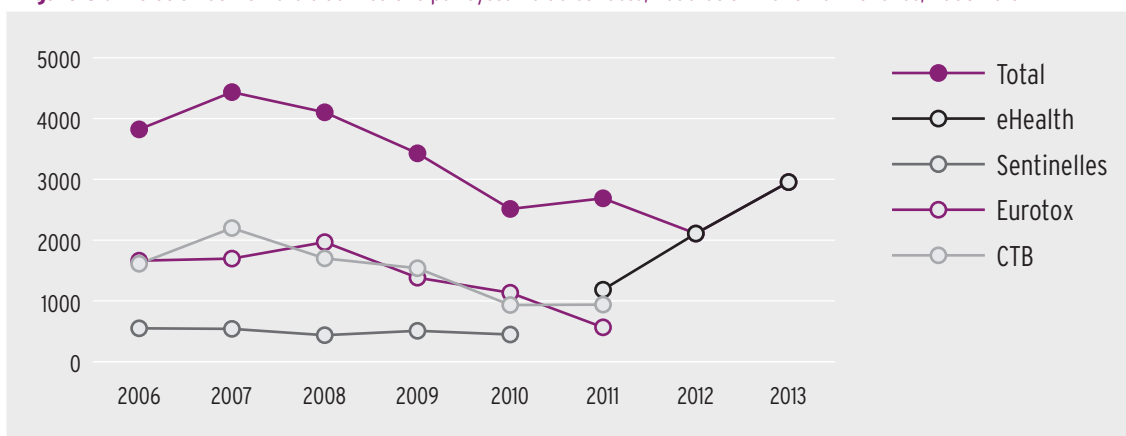
¹⁶⁶ Par convention, nous ne rapporterons pour chaque variable que les pourcentages actifs, c'est-à-dire ceux calculés sur base des personnes pour lesquelles une réponse était fournie à la question correspondante (exclusion donc des non-réponses dans le calcul). Le nombre de non-réponses est toutefois systématiquement renseigné en dessous de chaque figure, et ce à la fois pour les admissions et les premières demandes. Par facilité, lorsque nous décrivons les résultats d'une variable, nous parlerons de «l'ensemble des patients», de «l'ensemble des admissions» ou encore des «patients en demande de traitement», mais il faudra garder à l'esprit qu'il s'agit d'une approximation langagière puisque nous référons en fait par ces termes à «l'ensemble des patients ayant répondu à la question». En outre, il faut savoir que les non-réponses sont susceptibles de masquer un biais dans les résultats observés, en particulier lorsque leur nombre est élevé, car nous ne savons pas dans quelle mesure le fait de ne pas répondre à une question est motivé ou non par une volonté de la part du patient de ne pas divulguer une information qui est, par exemple, socialement non-désirable. Ce risque est en effet majoré dans le cadre des premiers entretiens, car la confiance et le lâcher-prise envers le personnel soignant ne s'établit pas forcément d'emblée, en particulier lorsque la demande de traitement n'est pas une initiative du patient.

¹⁶⁷ La fiche Eurotox permettait également d'enregistrer les demandes de traitement pour un problème de jeu/pari pathologique, mais ce type de demande était relativement rare.

est d'une part imputable à la restructuration de la récolte du TDI survenue récemment, ayant occasionné d'importante fluctuation de la couverture, et d'autre part à la base volontaire sur laquelle reposait l'enregistrement TDI jusqu'en 2011 (pas d'obligation d'enregistrement pour les centres). La diminution des demandes enregistrées ne reflète donc pas une diminution de la demande réelle par rapport à l'offre de soin existante.

Depuis 2012, toutes les demandes de traitement sont enregistrées exclusivement via la plate-forme eHealth, et un total de 5063 demandes de traitement ont été introduites en FWB depuis lors (2108 en 2012 et 2955 en 2013) dans les 32 centres qui ont participé à la récolte (24 en Wallonie et 8 à Bruxelles).

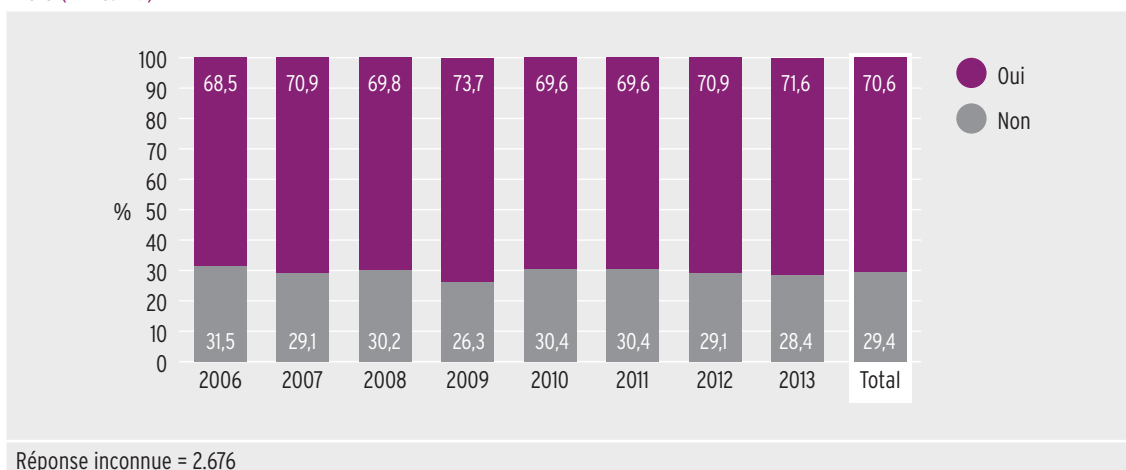
Figure 3 : Évolution du nombre d'admissions par système de collecte, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2013



2.2.1.3 | 2 Antécédents thérapeutiques

La majorité des patients (70,6 %) ayant introduit une demande de traitement sur la période 2006-2013 présentait des antécédents thérapeutiques pour un problème d'assuétude. La proportion de patients avec et sans antécédent thérapeutique est particulièrement stable dans le temps.

Figure 4 : Antécédents thérapeutiques chez les patients en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2013 (N=23.229)

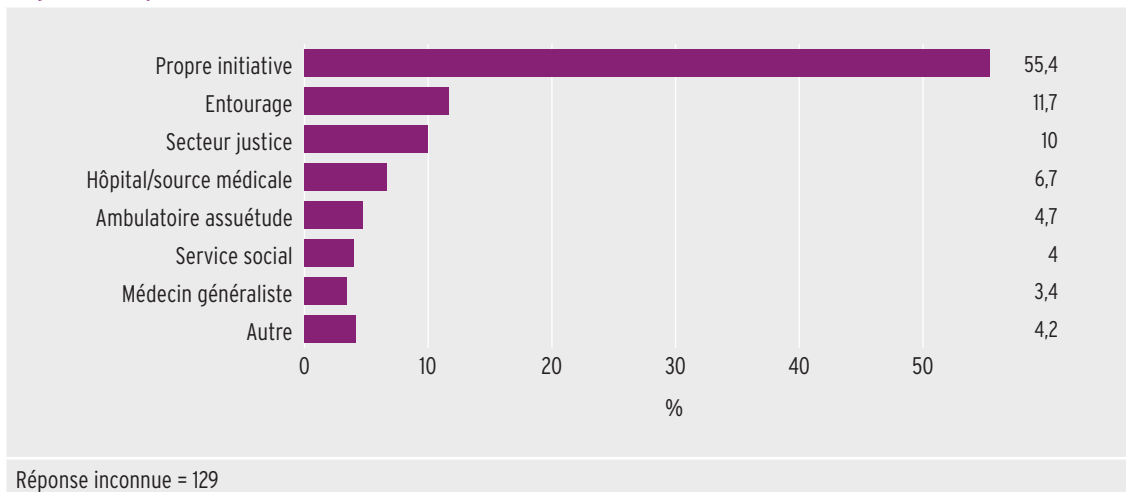


2.2.1.3 | 3 Origine de la demande de traitement

Sur la période 2012-2013, plus de la moitié des patients (55,4 %) ont été admis sur base de leur propre initiative. Les admissions sur injonction de la justice atteignent 10 %, et 11,7 % des patients sont en demande de traitement suite à une demande de leur entourage. Les admissions enregistrées à la suite d'une demande d'un hôpital ou d'une autre source médicale atteignent 6,7 %. Enfin, une petite minorité des

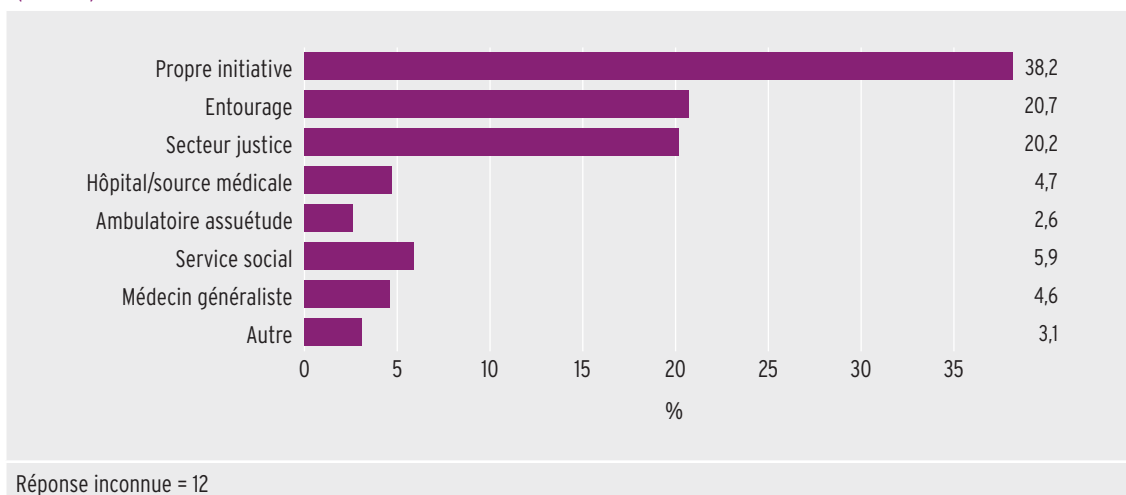
patients sont en demande de traitement par le biais d'un autre centre ambulatoire spécialisé en assuétude (4,7 %) ou d'un service social (4 %), ou encore par une autre porte d'entrée non répertoriée (4,2 %).

Figure 5 : Origine des demandes de traitement au sein des admissions, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013 (N=4.934)



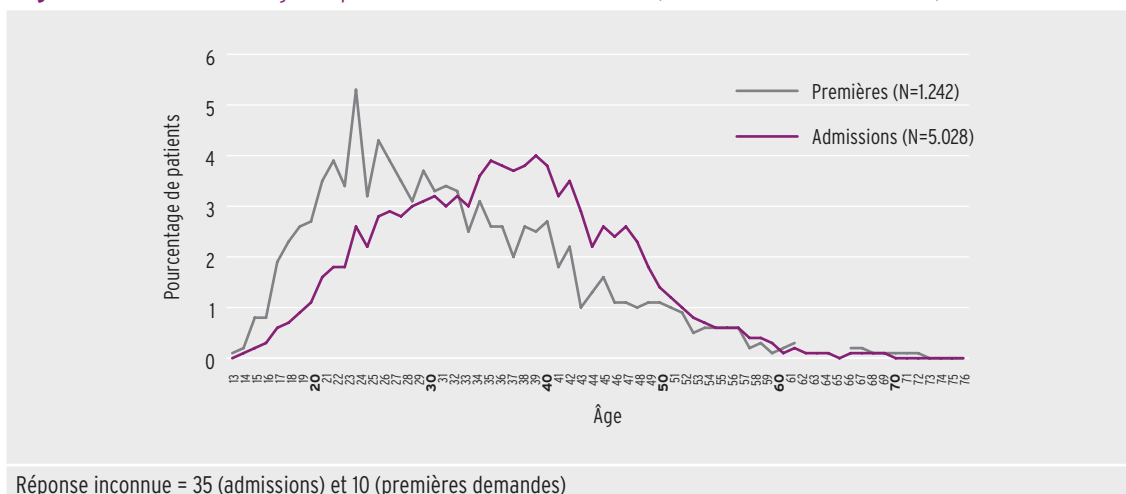
Comme on peut le constater sur la figure 6, la répartition de l'origine des demandes dans le groupe des premières demandes est un peu différente de celle observée pour l'ensemble des admissions. En particulier, ces patients primo-demandeurs sont plus fréquemment en demande de traitement suite à l'intervention du secteur de la justice ou de l'entourage, et moins souvent sur base de leur propre initiative.

Figure 6 : Origine des demandes de traitement au sein des premières demandes, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013 (N=1.240)

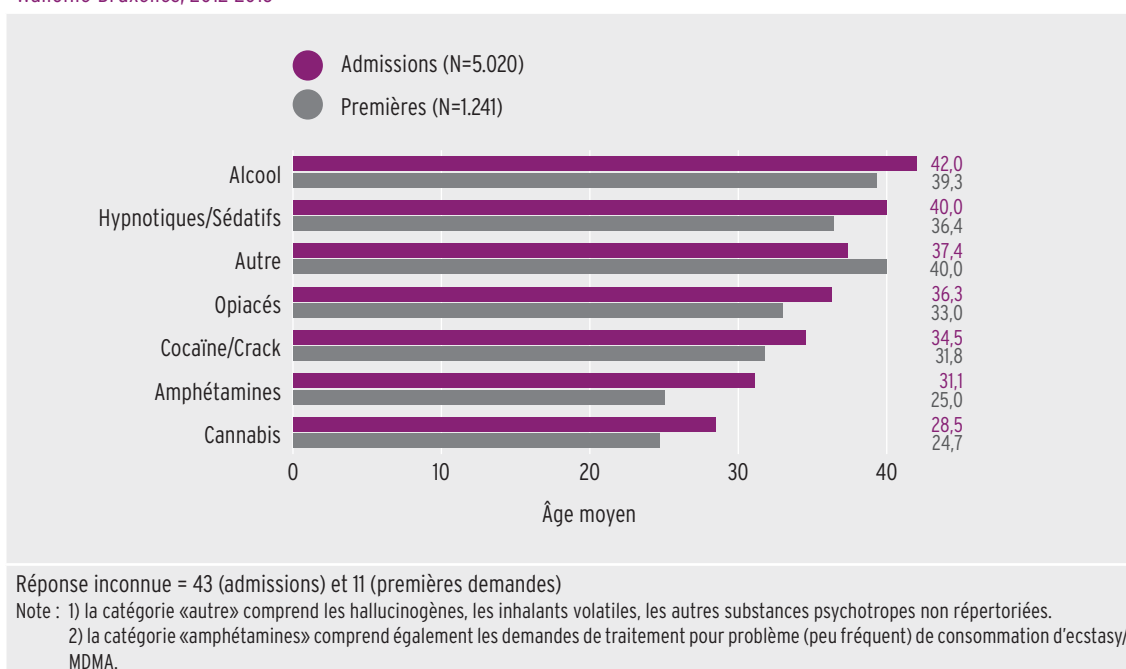


2.2.1.3 | 4 Caractéristiques sociodémographiques**ÂGE**

L'âge moyen des patients admis sur la période 2012-2013 est de 37 ans (médiane = 37), et il varie par ailleurs de 13 à 76 ans (voir figure 7). L'âge moyen des patients en première demande de traitement est de trois ans plus petit que celui observé pour l'ensemble des admissions (31,5 ans ; médiane = 30), et il varie de 12 à 75 ans.

Figure 7 : Distribution de l'âge des patients en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013

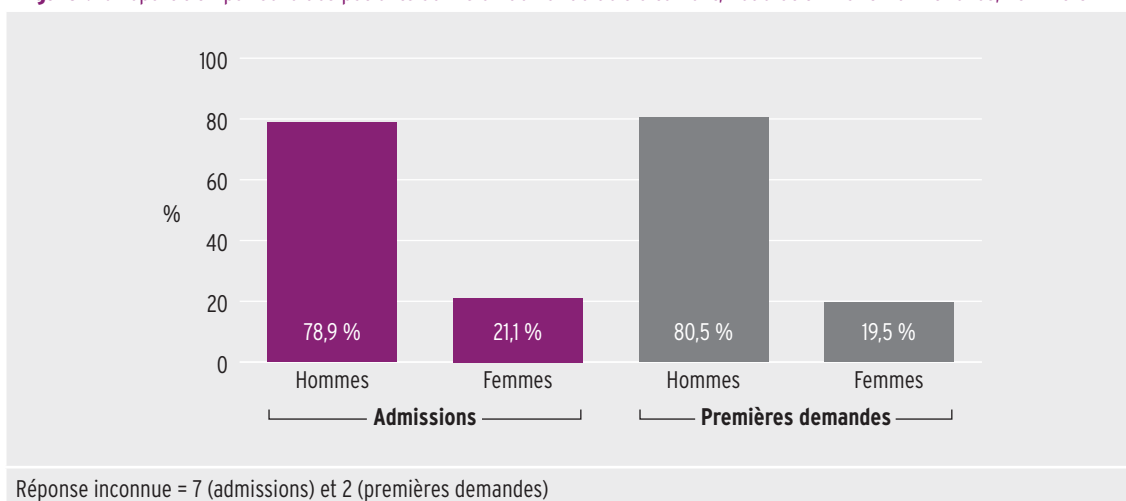
On peut également constater dans la figure 9 que l'âge des patients varie significativement en fonction du type de produit principal à l'origine de la demande, et ce tant au sein des admissions ($F=176,8$; $p<.001$) que dans le groupe des premières demandes ($F=68,9$; $p<.001$). Par exemple, il ressort clairement que les patients qui ont introduit une demande de traitement pour un problème d'alcool ont une moyenne d'âge assez élevée, alors que ceux en demande pour un problème lié au cannabis sont relativement jeunes. Les différences liées à l'âge en fonction du produit principal à l'origine de la demande sont relativement similaires au sein des admissions et des premières demandes.

Figure 8 : Moyenne d'âge par type de produits consommés chez les patients en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013

SEXE

On peut constater dans la figure 9 que le ratio hommes/femmes au sein des admissions et des premières demandes est d'environ 4 pour 1. Ce ratio est quasiment identique à celui observé parmi l'ensemble des patients admis en demande de traitement en Europe (voir EMCDDA, 2009). Néanmoins, le sexe ratio des patients fluctue quelque peu en fonction du type de produits à l'origine de la demande. Ainsi, les produits occasionnant proportionnellement le plus de demandes de traitement de la part des femmes sont les hypno-sédatifs (35,7 % de femmes), la cocaïne (26,7 %), l'alcool (24,7 % de femmes) et surtout la catégorie «autres» (46,6 %). Les opiacés et le cannabis sont les produits le moins souvent à l'origine de demandes de traitement de la part des femmes (17,7 % et 12,6 %, respectivement).

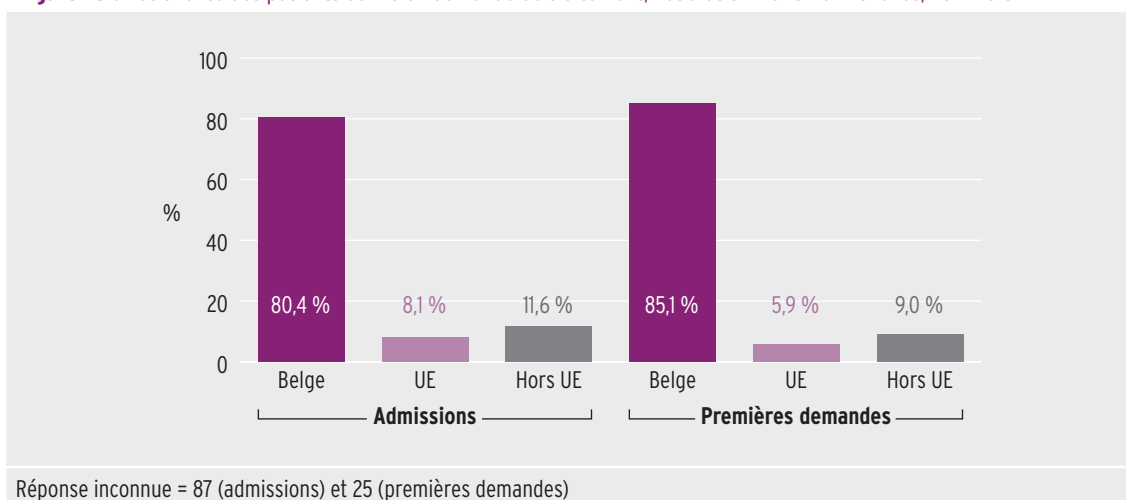
Figure 9 : Répartition par sexe des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013



NATIONALITÉ

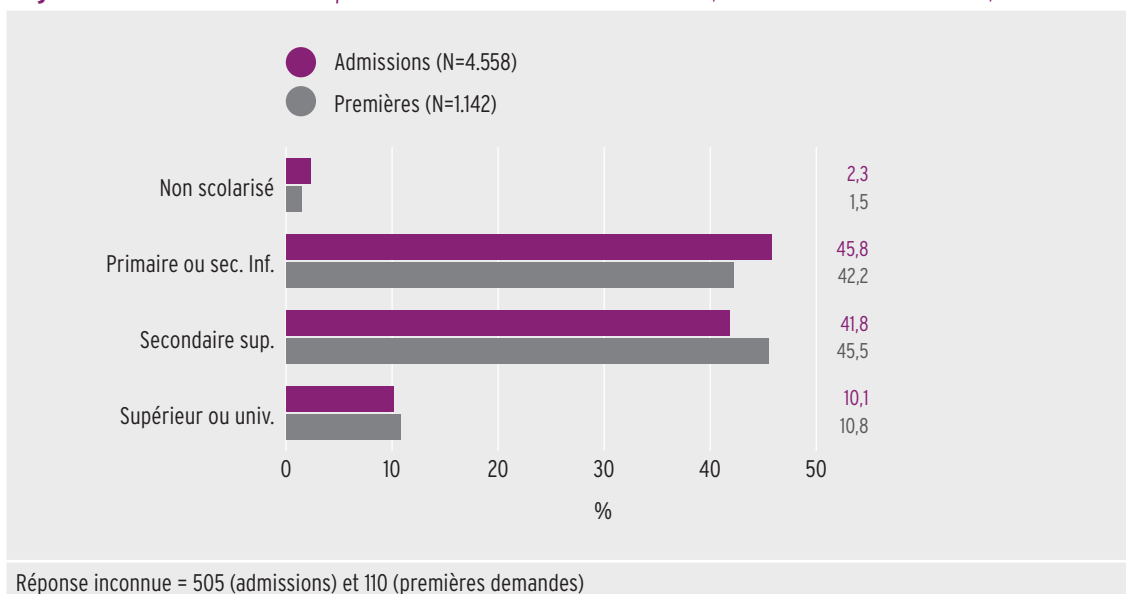
Parmi les patients admis sur la période 2012-2013 dont l'origine est connue, la majorité est belge (80,4 %), une petite proportion (environ 11,6 %) d'origine non-européenne (hors UE), et une minorité (8,1 %) non-belge mais originaire de l'Union européenne (UE). Cette répartition est quasiment équivalente dans le groupe des premières demandes, quoique l'on observe un peu plus de patients belges.

Figure 10 : Nationalité des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013



SCOLARITÉ

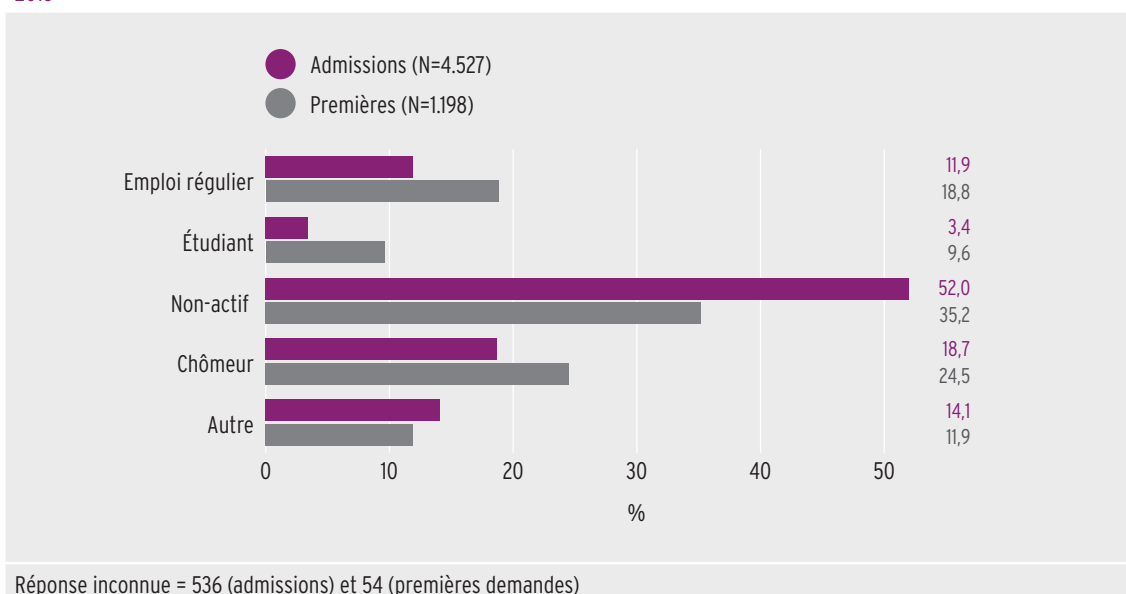
Sur la période 2012-2013, près de la moitié des demandeurs (48,1 %) ayant renseigné leur degré de scolarité ne possédaient aucun diplôme ou ont terminé uniquement le niveau primaire ou secondaire inférieur. Environ 42 % ont au moins achevé le cycle d'études secondaires, et un demandeur sur 10 possède un diplôme de niveau supérieur ou universitaire. Cette répartition est quasiment équivalente dans le groupe des premières demandes. On notera toutefois le nombre élevé de réponses inconnues pour cette question, qui pourrait correspondre à une sous-estimation du nombre de patients peu ou pas scolarisés.

Figure 11 : Niveau de scolarité des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013**SITUATION PROFESSIONNELLE**

La majorité des patients en demande de traitement sur la période 2012-2013 était économiquement non-active (52 %) ou au chômage (18,7 %) au moment de l'introduction de la demande. Environ un patient sur 10 avait un emploi régulier, et une petite minorité était étudiante (3,4 %). La répartition des patients est un peu différente dans le groupe des premières demandes, où l'on observe plus de patients ayant un emploi régulier, aux études ou au chômage, et proportionnellement moins de patients économiquement non-actifs.

Cette surreprésentation des demandeurs économiquement non-actifs ou au chômage (et peu scolarisés ; voir supra) au sein des personnes qui font appel à une aide professionnelle pour un problème lié à une ou plusieurs substances est probablement surestimée en raison d'un biais de sélection : les personnes en situation d'abus ou de dépendance à une substance qui ont de meilleurs revenus ont probablement davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans un cabinet privé. Cette précarité sociale, qui mène souvent à l'exclusion sociale, reste néanmoins une réalité pour un grand nombre d'usagers, et les réponses sociétales à cette problématique associée sont actuellement insuffisantes.

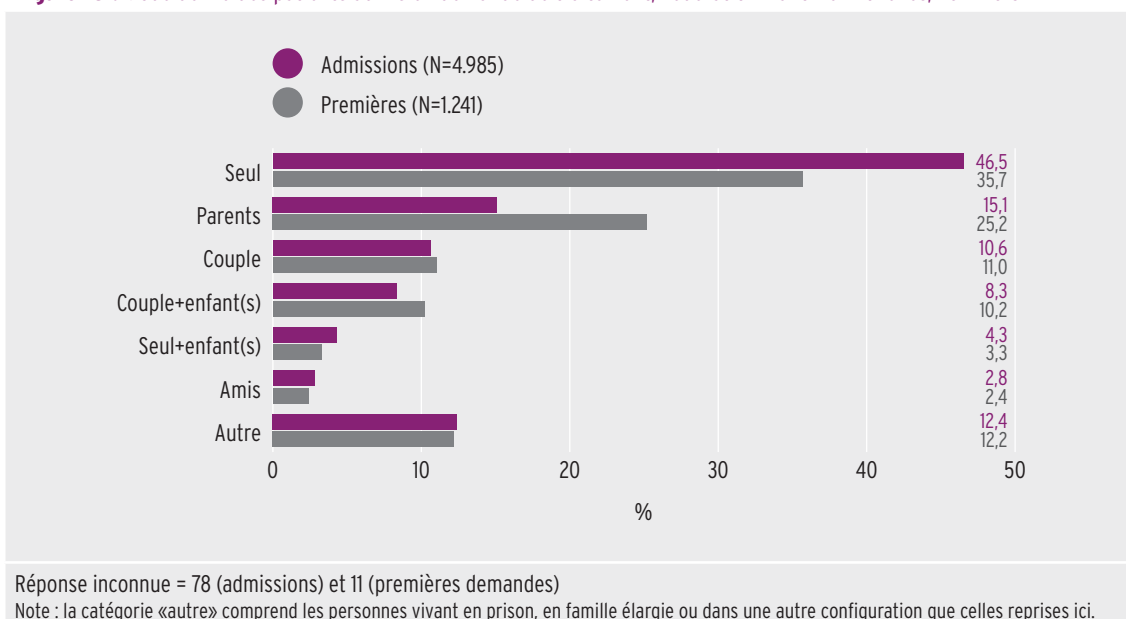
Figure 12 : Situation professionnelle des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013



MODE DE VIE

Sur la période 2012-2013, 46,5 % des demandeurs vivaient seuls au moment d'introduire la demande de traitement, 18,9 % en couple (avec ou sans enfant(s)), et 15,1 % avec leurs parents. Une petite minorité (4,3 %) vivait seule avec enfant(s) ou avec des amis (2,8 %) Enfin, 12,4 % des patients vivaient selon une autre configuration que celles répertoriées (en prison, en famille élargie, etc.). Au total donc, 12,6 % des patients vivaient avec des enfants. La répartition des premières demandes est sensiblement équivalente, si ce n'est que les patients primo-demandeurs sont proportionnellement moins nombreux à vivre seuls et vivent plus fréquemment chez leurs parents (probablement en raison de leur plus jeune âge).

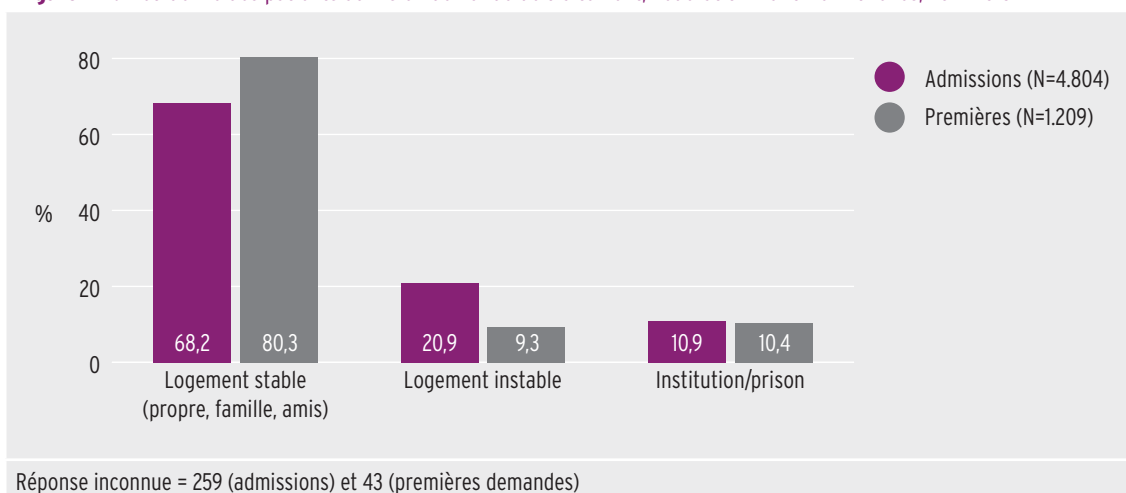
Figure 13 : Mode de vie des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013



LIEU DE VIE

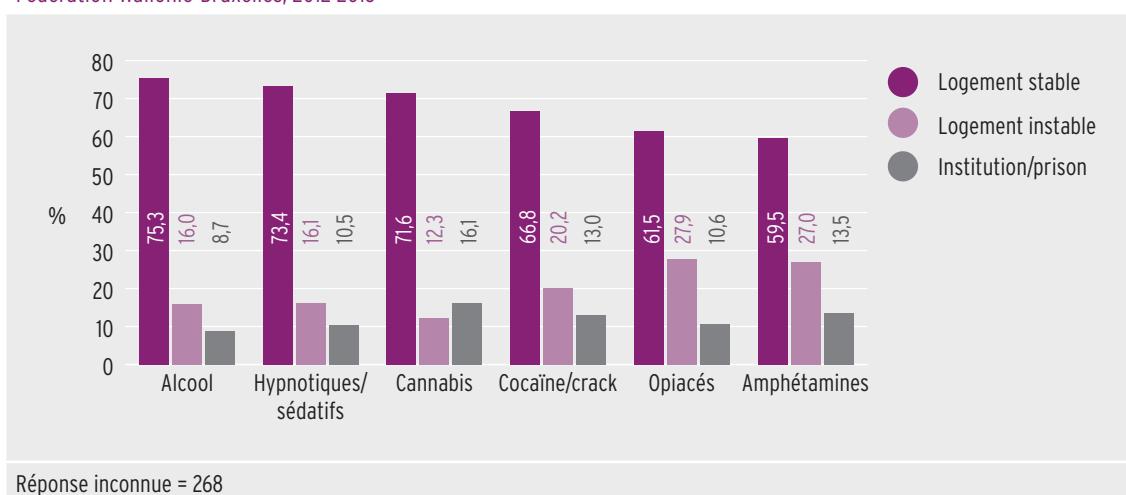
Sur la période 2012-2013, près d'un tiers des patients étaient sans logement stable ou logés en prison/institution un mois avant d'introduire leur demande de traitement. Les patients primo-demandeurs sont proportionnellement plus nombreux à avoir vécu dans un logement stable avant d'introduire leur demande de traitement.

Figure 14 : Lieu de vie des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013



Comme on peut le voir sur la figure 15, on observe des différences au niveau du lieu de vie des patients en fonction du type de produits à l'origine de la demande de traitement. Par exemple¹⁶⁸, il ressort que les patients qui ont introduit une demande de traitement pour un problème lié aux opiacés ou aux amphétamines sont proportionnellement plus nombreux que les autres à ne pas vivre en logement stable, alors que l'on observe la situation inverse pour ceux qui sont en demande pour un problème lié à l'alcool.

Figure 15 : Lieu de vie des patients admis en demande de traitement en fonction du produit principal (N=4.795), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013



168 Les pourcentages par produit de patients qui sont en logement instable ont volontairement été supprimés de la figure afin de ne pas la surcharger au risque d'en réduire la lisibilité. Ils peuvent toutefois facilement être calculés sur base des deux autres pourcentages.

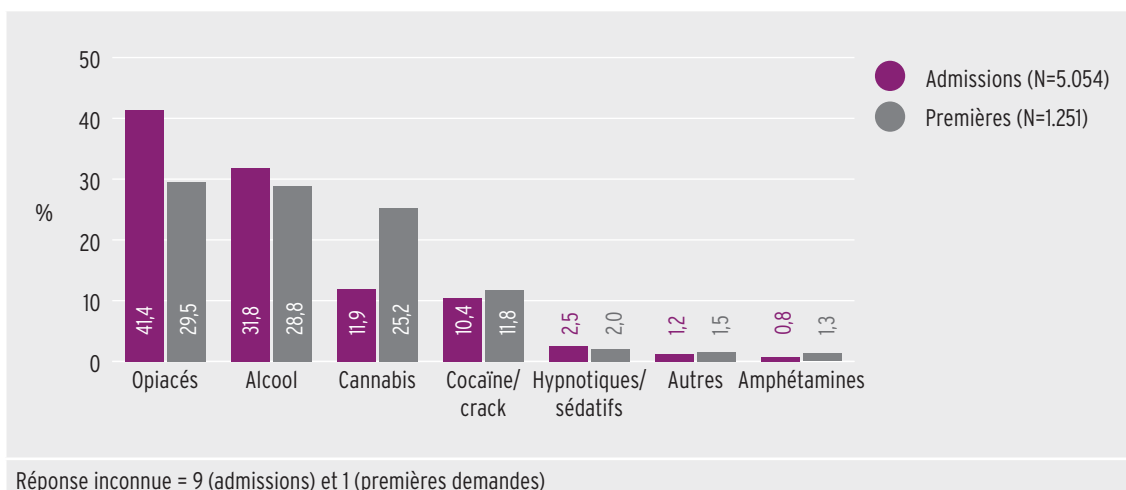
2.2.1.3 | 5 Profils de consommation chez les personnes admises en demande de traitement

PRODUIT PRINCIPAL

Sur la période 2012-2013, les opiacés¹⁶⁹ sont à l'origine d'un peu moins de la moitié des admissions (41,4 %). L'alcool (31,8 %), le cannabis (11,9 %) et la cocaïne (10,4 %) sont également à l'origine d'une partie non négligeable d'entre elles. Les autres produits sont rarement à l'origine de demandes de traitement enregistrées sur cette période.

Il convient de remarquer que ces données ne correspondent pas aux données de prévalence de consommation observées dans la population générale (ou même dans des groupes spécifiques) parce que tous ces produits n'ont pas le même potentiel addictif. De même, les conséquences psycho-médico-sociales de l'addiction à ces différents produits diffèrent. Concrètement, une personne aura plus de risques de développer une consommation abusive ou dépendante si elle consomme des opiacés ou de l'alcool que si elle consomme du cannabis, en raison de la manière différente dont ces substances agissent sur le cerveau et en bouleversent l'équilibre neurobiologique. De même, et toutes choses égales par ailleurs, une consommation abusive ou dépendante d'opiacés aura généralement des conséquences psycho-médico-sociales plus marquées (Hser, Hoffman, Grella & Anglin, 2001) qu'une consommation «équivalente» de cannabis (Hall, Degenhardt & Linskey, 2001), d'où la plus grande proportion de patients en demande de traitement pour consommation d'opiacés que de cannabis.

Figure 16 : Produit principal mentionné par les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013



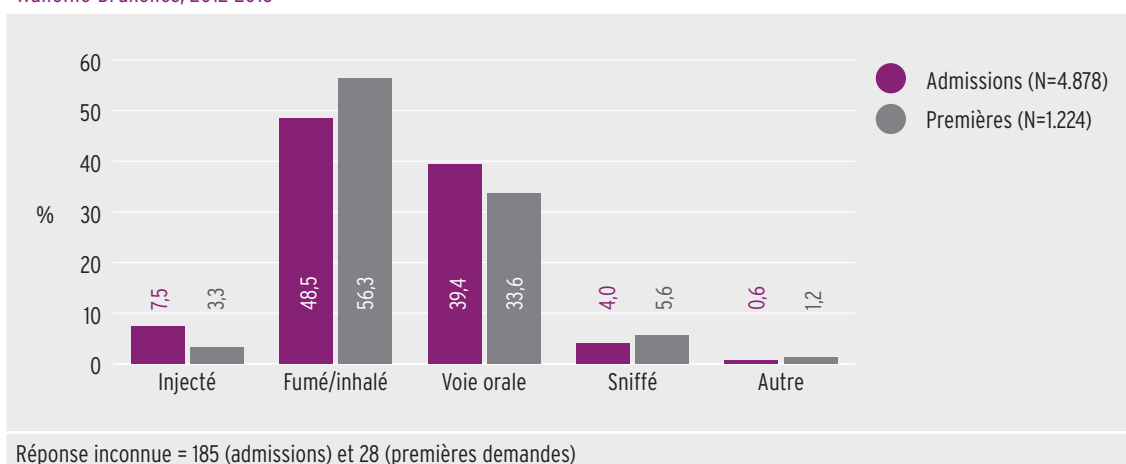
Bien que l'ordre d'importance des produits à l'origine des demandes de traitement soit assez similaire dans le groupe des premières demandes, lorsque l'on effectue une comparaison entre l'ensemble des admissions et les primo-demandeurs, on constate certaines différences. Premièrement, la proportion de patients primo-demandeurs effectuant une demande de traitement pour un problème de consommation d'opiacés est nettement moins importante que dans le cas des admissions. Deuxièmement, on observe davantage (en termes de proportion) de patients primo-demandeurs effectuant une demande pour un problème d'abus ou de dépendance au cannabis. Les proportions de demandes de traitement pour les autres produits (alcool, hypno-sédatifs, amphétamines et autres) sont quasiment identiques.

169 Plus spécifiquement, l'héroïne est à l'origine de 34 % des admissions et de 26,5 % des premières demandes.

MODE DE CONSOMMATION DU PRODUIT PRINCIPAL

Sur la période 2012-2013, une majorité de patients (48,5 %) rapportent avoir eu habituellement recours à la fumette/inhalation pour consommer le produit principalement à l'origine de la demande de traitement. La consommation par voie orale est le deuxième mode de consommation le plus souvent rapporté (39,4 %), suivi de loin par l'injection (7,5 %) et enfin du sniff (4 %). La répartition de ces modes de consommation est légèrement différente dans le groupe des premières demandes : on constate ainsi moins de recours à l'injection ainsi qu'à la consommation par voie oral, mais en revanche plus de recours à la fumette/inhalation.

Figure 17 : Mode de consommation du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013



Finalement, et sans surprise, ces modes de consommation varient considérablement en fonction du type de produit consommé, comme on peut le constater sur le tableau 21.

Tableau 21 : Répartition des modes de consommation par type de produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013

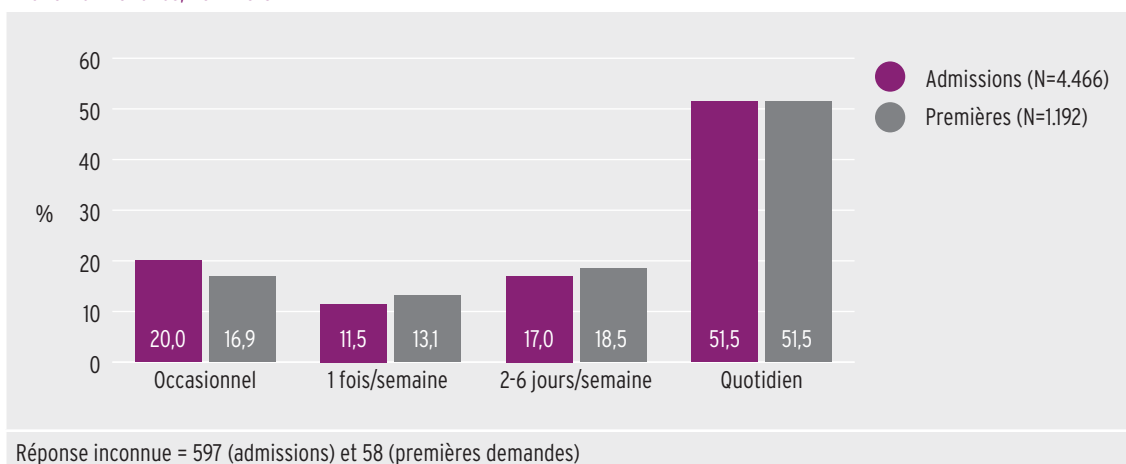
		Injecté	Fumé/inhalé	Voie orale	Sniffé	Autre
	N	%	%	%	%	%
Opiacés	2004	14,8	73	9,9	2,2	0,1
Cocaïne/Crack	497	12,9	58,1	1,2	27,6	0,2
Amphétamines/XTC	39	5,1	10,3	56,4	28,2	/
Hypnotiques/Sédatifs	119	/	5	93,4	0,8	0,8
Cannabis	592	/	97,5	2,0	0,3	0,2
Alcoo	1577	/	1,3	98,3	0,1	0,3
Autre	42	2,4	4,8	45,2	/	47,6

Réponse inconnue = 193

FRÉQUENCE DE CONSOMMATION DU PRODUIT PRINCIPAL

En ce qui concerne la fréquence de consommation du produit principal, on notera, de manière peu surprenante, qu'une grande majorité des demandeurs ont déclaré avoir eu une consommation quotidienne ou quasi quotidienne durant les 30 jours qui ont précédé la demande de traitement. Il existe toutefois une certaine proportion des demandeurs (15,8 % sur la période 2012-2013) qui déclarent n'en avoir fait qu'un usage occasionnel (ou pas le dernier mois). La distribution de la fréquence d'usage est assez similaire chez les patients primo-demandeurs.

Figure 18 : Fréquence d'usage du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013

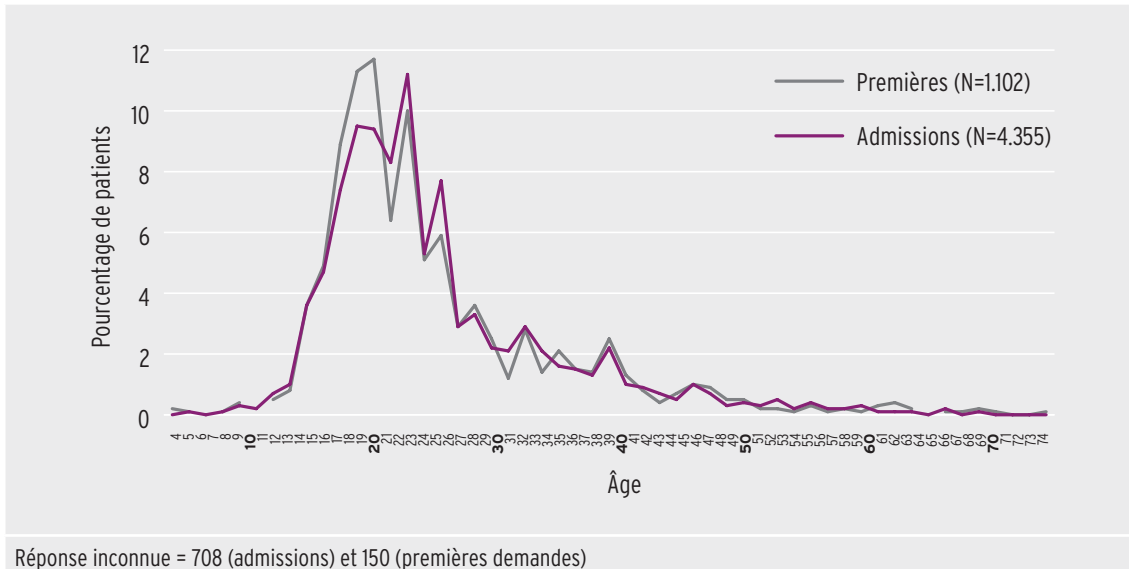


Afin de mieux comprendre ce qui a pu amener des personnes ayant un usage occasionnel d'un produit (du moins, endéans les 30 jours) à introduire une demande de traitement pour un problème d'abus ou de dépendance à une substance, nous avons croisé la variable «fréquence d'usage» avec la variable «origine de la demande». Il ressort de ces analyses que les patients dont l'usage du produit principal est déclaré occasionnel consultent un peu moins fréquemment que les autres sur base de leur propre initiative (51 % versus 55,5 %). En revanche, ils consultent plus fréquemment sur base d'une injonction de la justice (18,1 % versus 8,6 %).

ÂGE DU PREMIER USAGE DU PRODUIT PRINCIPAL

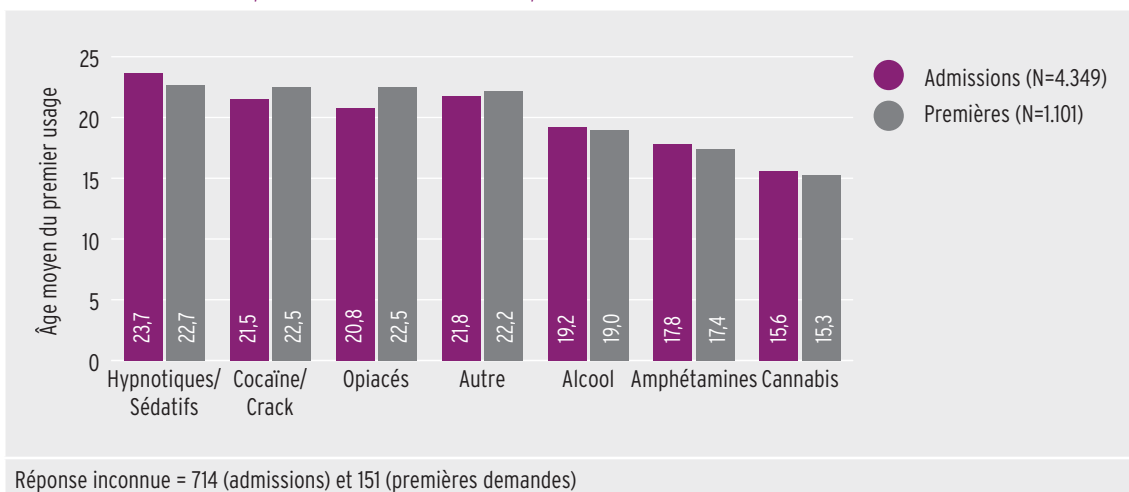
L'âge moyen du premier usage du produit principal dans le groupe des admissions est de 19,9 ans (l'âge médian étant de 18 ans). Les valeurs observées dans le groupe des premières demandes sont identiques. On peut également remarquer sur la figure 19 que la distribution des âges du premier usage du produit principal est sensiblement la même dans les deux groupes.

Figure 19 : Âge du premier usage du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013



Toutefois, l'âge du premier usage du produit principal diffère significativement en fonction du type de produit consommé, et ce tant pour l'ensemble des admissions ($F=52,9$; $p<.001$) que dans le groupe des premières demandes ($F=39,6$; $p<.001$). On notera principalement, comme on peut le constater sur la figure 20, que les patients admis pour un problème d'abus ou de dépendance au cannabis, aux amphétamines ou à l'alcool ont globalement initié leur consommation de ces produits plus précocement que les patients admis pour les autres substances.

Figure 20 : Répartition par type de produits de l'âge moyen du premier usage du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013

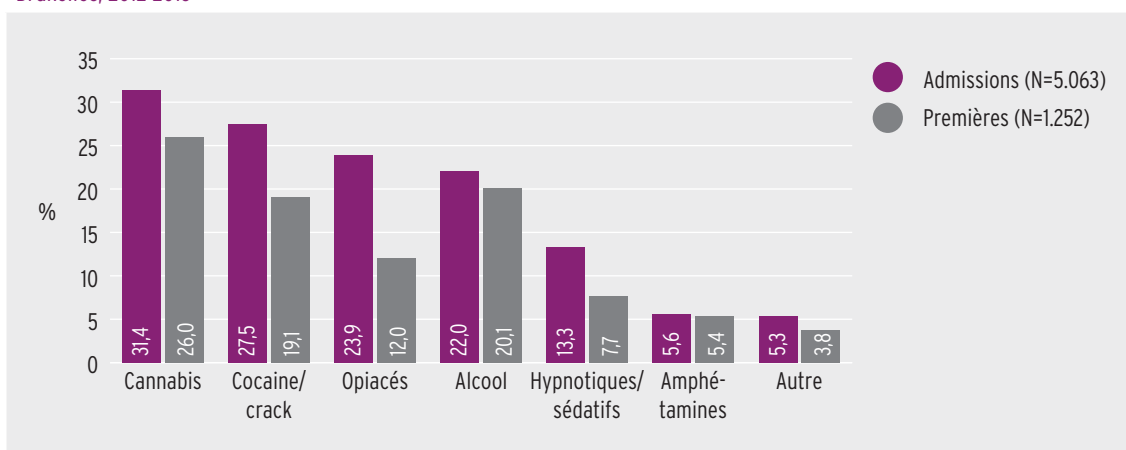


PRODUITS SECONDAIRES

Les produits secondaires sont les substances mentionnées par le patient comme contribuant de manière significative (mais secondaire) à la demande de traitement en cours. Un même patient peut donc mentionner plusieurs produits secondaires. Sur la période 2012-2013, 68 % des patients en demande de traitement ont mentionné un ou plusieurs produits secondaires. Ce pourcentage est inférieur dans le groupe des premières demandes (57,2 %). Plus précisément, 26,1 % des patients ont mentionné un seul produit secondaire (29,4 % des primo-demandeurs), 18,2 % en ont mentionné deux (14 % des primo-demandeurs), 10,9 % en ont mentionné trois (6,9 % des primo-demandeurs) et 12,8 % quatre produits ou plus (6,9 % des primo-demandeurs). Les produits les plus fréquemment mentionnés sont, par ordre d'importance, le cannabis, la cocaïne/crack, les opiacés et l'alcool. Les hypno-sédatifs ainsi que, surtout, les amphétamines et la catégorie «autres» (qui reprend, pour rappel, les hallucinogènes, les inhalants volatiles, les autres substances psychotropes) sont mentionnés de manière moins fréquente.

La répartition des produits secondaires diffère entre l'ensemble des admissions et les patients primo-demandeurs : ces derniers sont proportionnellement moins nombreux à citer les opiacés ainsi que, dans une moindre mesure, la cocaïne/crack, le cannabis et les hypnotiques/sédatifs comme produits secondaires, ce qui s'explique bien entendu en partie par le fait que ces patients mentionnent moins fréquemment de produit(s) secondaires(s). Si on se centre uniquement sur les patients ayant mentionné au moins un produit secondaire afin de neutraliser ce biais, on constate que les patients primo-demandeurs consomment effectivement moins d'opiacés (-14,2 %), de cocaïne/crack (-7 %) et d'hypno-sédatifs (-6 %) en produit secondaire par rapport à l'ensemble des admissions.

Figure 21 : Produits secondaires mentionnés par les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013

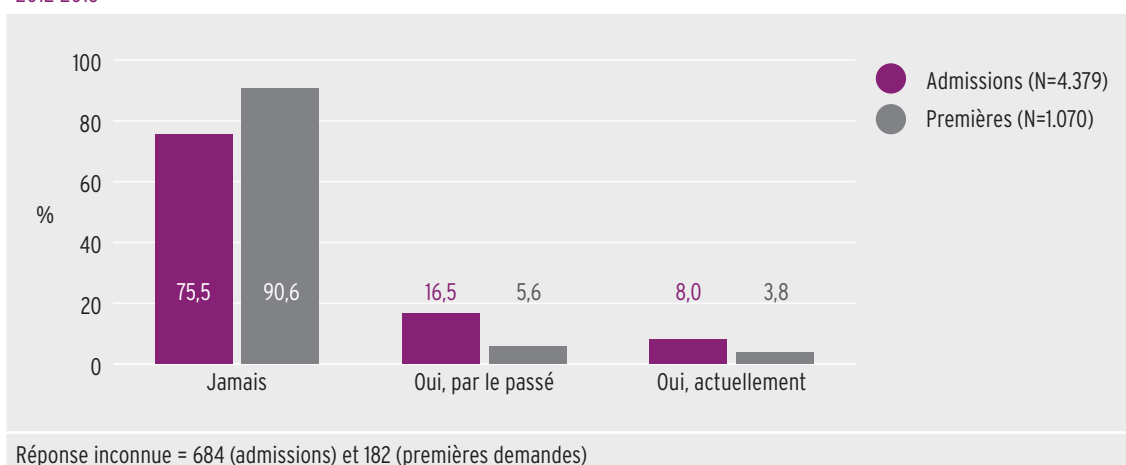


2.2.1.3 | 6 Comportements d'injection

Nous avons pu voir au point 2.2.1.3|5 que 7,5 % des demandeurs et 3,3 % des primo-demandeurs ayant mentionné leur mode de consommation du produit principal consomment ce produit par injection. Ces données ne reprennent toutefois qu'une partie des patients injecteurs, puisque certains patients peuvent avoir recours à l'injection uniquement pour consommer un produit secondaire. En outre, ces données ne nous permettent pas de savoir quelle proportion de patients a eu recours à l'injection par le passé.

Sur la figure 22, nous rapportons la prévalence d'injection actuelle (au cours des 30 derniers jours) et passée parmi l'ensemble des admissions et des premières demandes enregistrées sur la période 2012-2013. Il apparaît qu'un quart (24,5 %) des patients ayant introduit une demande de traitement a déjà eu recours à l'injection, contre 9,4 % des patients primo-demandeurs.

Figure 22 : Comportements d'injection chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013



2.2.1.3 | 7 Profils des patients sans antécédent thérapeutique selon le produit principal consommé

Le tableau 22 présente de manière résumée le profil par types de produit principal des personnes qui ont adressé pour la première fois une demande de traitement sur la période 2012-2013. Certaines des informations présentées dans ce tableau ont déjà fait l'objet d'une analyse précédemment, mais pas forcément sous l'angle du produit principal¹⁷⁰. Nous n'en retiendrons donc que quelques aspects marquants.

Les primo-demandeurs qui consomment du cannabis en produit principal sont globalement plus jeunes et ont initié leur consommation plus précocement que les autres demandeurs. À l'inverse, les primo-demandeurs ayant mentionné l'alcool en produit principal sont globalement plus âgés que les autres.

On observe proportionnellement plus de femmes chez les primo-demandeurs ayant mentionné l'alcool et, dans une moindre mesure, la cocaïne comme produit principal, et moins chez ceux qui ont mentionné le cannabis. On constate aussi des variations importantes en fonction de la nationalité des demandeurs. Ainsi, les patients belges sont proportionnellement plus nombreux au sein des patients primo-demandeurs dont le produit principal mentionné est le cannabis ou l'alcool, l'inverse étant observé en ce qui concerne les opiacés. En outre, les patients dont le produit principal est un opiacé sont proportionnellement plus nombreux à avoir un logement instable.

¹⁷⁰ Nous avons classé les demandes et calculé les pourcentages par type de produits consommés principalement, en ne ciblant que les types de produits les plus fréquemment à l'origine des demandes. Bien que les pourcentages aient été calculés en excluant les non-réponses des estimations, nous ne les avons pas rapportés dans le tableau afin d'en augmenter la lisibilité. Enfin, il convient de noter que la somme des pourcentages pour chaque variable n'est pas de 100 % car nous n'avons pas inclus dans le tableau les pourcentages relatifs aux catégories de produits peu représentées (hypno-sédatifs et autres).

Les patients primo-demandeurs sont majoritairement peu scolarisés et économiquement non-actifs ou au chômage. Enfin, sans surprise, les comportements d'injection (actuels ou passés) sont plus fréquents chez les patients admis pour un problème lié aux opiacés ou, dans une moindre mesure, à la cocaïne, que chez les autres patients.

Tableau 22 : Profil des patients primo-demandeurs selon le type de produit principal consommé, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013

		Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
N		369	147	315	360
% des premières demandes		29,5	11,7	25,2	28,8
Âge (année)	Moyenne	33,0	31,8	24,7	39,3
	Médiane	32	31	23	39
	Minimum	16	18	13	15
	Maximum	58	56	60	75
Sexe (%)	Homme	82,9	79,6	86,3	77,4
	Femme	17,1	20,4	13,7	22,6
Nationalité (%)	Belge	72,9	84,1	90,6	92,6
	EU	10,8	6,9	4,2	1,7
	Hors EU	16,3	9,0	5,2	5,7
Logement (%)	Stable	68,1	85,4	83,4	85,4
	Instable	23,3	5,6	3,8	3,9
	Institution/Prison	8,6	9,0	12,8	10,7
Scolarité (%)	Non scolarisé	2,3	3,0	0,3	0,9
	Primaire	42,0	41,8	53,8	33,5
	Secondaire	49,0	41,0	40,7	48,0
	Supérieur	6,7	14,2	5,2	17,6
Situation professionnelle (%)	Emploi régulier	11,7	27,1	14,2	25,1
	Étudiant	1,8	1,4	27,9	4,2
	Économiquement non-actif	34,3	34,0	29,9	40,1
	Chômeur	27,7	29,2	20,5	24,0
	Autre	24,4	8,3	7,5	6,5
Âge médian de la 1^{ère} consommation (année)		20	21	15	17
Comportement d'injection passé ou actuel (%)		24,3	11,1	1,8	3,1

2.2.1.3 | 8 Profils des patients avec antécédents thérapeutiques selon le produit principal consommé

Dans le même ordre d'idée, le tableau 23 fournit le profil des patients qui ont introduit une demande de traitement sur la période 2012-2013 mais qui présentaient des antécédents thérapeutiques pour un problème d'alcool ou de drogues. Une comparaison directe de ce tableau et du précédent permettra au lecteur de se faire une idée précise de profil différentiel des patients avec et sans antécédents thérapeutiques, et ce par type de produit principal à l'origine de la demande de traitement actuelle.

Tableau 23 : Profil des patients avec antécédents thérapeutiques selon le type de produit principal consommé, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013

		Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
N		1444	279	220	1029
% des patients avec antécédents thérapeutiques		46,5	9,0	7,1	33,1
Âge (année)	Moyenne	36,8	35,0	32,6	42,9
	Médiane	37	35	32	43
	Minimum	18	20	15	16
	Maximum	62	54	60	71
Sexe (%)	Homme	82,1	72,0	87,3	72,5
	Femme	17,9	28,0	12,7	27,5
Nationalité (%)	Belge	75,0	84,3	88,0	91,7
	EU	12,5	6,2	5,5	5,0
	Hors EU	12,5	9,5	6,5	3,3
Logement (%)	Stable	66,2	70,6	64,5	81,1
	Instable	21,4	10,4	12,7	9,6
	Institution/Prison	12,4	19,0	22,8	9,3
Scolarité (%)	Non scolarisé	3,3	1,9	4,6	1,8
	Primaire	48,4	51,9	45,9	35,2
	Secondaire	43,5	38,4	42,9	43,8
	Supérieur	4,8	7,8	6,6	19,2
Situation professionnelle (%)	Emploi régulier	8,3	12,0	11,3	11,4
	Étudiant	0,7	1,5	5,2	0,6
	Économiquement non-actif	54,3	62,5	54,7	67,4
	Chômeur	16,5	14,5	19,8	12,4
	Autre	20,2	9,5	9,0	8,3
Âge médian de la 1ère consommation (année)		19	19	15	17
Comportement d'injection passé ou actuel (%)		47,0	29,3	12,6	11,8

2.3.2 LE PROJET TADAM : ESSAI CLINIQUE D'UN TRAITEMENT ASSISTÉ PAR DIACÉTYLMORPHINE

Le projet TADAM est un essai clinique portant sur l'efficacité d'un traitement psychosocial assisté par diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique) chez des patients sévèrement dépendants aux opiacés et pour lesquels l'offre de traitement habituelle s'est avérée inefficace. Il s'est étalé sur une période de quatre ans, dont deux ont été consacrés à l'essai clinique proprement dit. Ce type de traitement a déjà été expérimenté dans six pays européens (pour un total de 2055 patients traités sur 20 sites différents), et les évaluations des études contrôlées randomisées réalisées ont toutes montré que ce traitement offre une efficacité supérieure à celle observée chez les patients du groupe de contrôle (traitement à la méthadone) dans trois domaines (pour une présentation détaillée, voir Demaret, Lemaître et Anseau, 2010) : amélioration de la santé (physique et mentale), réduction de la consommation d'héroïne de rue et diminution des comportements délinquants. Mais ce traitement ne semble montrer son efficacité que chez les patients sévèrement dépendant à l'héroïne de rue et n'ayant pas répondu favorablement à une ou plusieurs tentatives de traitement par méthadone. En outre, il est inopérant au niveau de la réinsertion professionnelle des patients, probablement en raison d'une série de facteurs en lien avec leur assuétude (moyenne d'âge élevée, passé judiciaire, manque d'expérience professionnelle et mauvaise santé).

Pour participer à l'essai clinique, les patients devaient avoir au moins 20 ans, être belge ou résident légal, présenter une dépendance sévère à l'héroïne de rue depuis une longue période (5 ans ou plus) et être

résistants aux traitements à la méthadone. Les patients devaient en outre accepter de se rendre au moins une fois par jour au centre DAM, situé au cœur de Liège. Une série de critères d'exclusion ont également été appliqués (problèmes médicaux, psychiatriques ou psychosociaux contre-indicatifs ou susceptibles d'interférer avec l'étude, etc.). Ces critères assez restrictifs ont eu pour conséquence que seulement 74 patients ont finalement participé à l'étude¹⁷¹, alors que selon les estimations des auteurs¹⁷², il y aurait entre 1.600 et 2.000 personnes dépendantes à l'héroïne pour la seule commune de Liège et que l'étude visait à enrôler initialement 200 patients. Cet échantillon était composé principalement d'hommes (88 %) et leur moyenne d'âge était de 43 ans (entre 29 et 60 ans). Ils étaient majoritairement de nationalité belge (84 %), peu scolarisés (23 % avaient atteint le degré du secondaire supérieur) et à faibles revenus (78 % avaient comme principale source de revenus une allocation sociale ou de la mutuelle. Enfin, 28 % des patients ne possédaient pas de logement propre au début de l'étude et 93 % des patients étaient en traitement par méthadone (et 3 % par buprénorphine). Ils avaient expérimenté en moyenne 9 traitements pour un problème de drogues.

Après vérification des critères d'inclusion/exclusion, les patients ont été aléatoirement répartis dans le groupe expérimental (n=36) ou dans le groupe contrôle (n=38). Le traitement expérimental s'étalait sur une période de 12 mois, et se composait d'une délivrance quotidienne de diacétylmorphine (entre 1 et 3 fois par jour) consommable uniquement à l'intérieur du centre sous la supervision d'une équipe d'infirmiers. Les patients du groupe contrôle suivaient quant à eux un traitement ambulatoire par méthadone dans un centre partenaire. Les patients des deux groupes recevaient également un suivi psychosocial réalisé par le centre partenaire qui a servi de relai d'enrôlement dans l'étude, et ils devaient se soumettre dès le début de l'étude ainsi que tous les 3 mois à une évaluation (par questionnaires, analyses d'urine et de sang, et examens médicaux) effectuée par l'équipe de recherche dans le but de comparer l'efficacité des deux types de traitement.

Les résultats de l'essai clinique (voir Demaret, 2013) montrent que la dose moyenne de diacétylmorphine consommée quotidiennement a diminué globalement au cours du traitement dans le groupe expérimental, mais elle restait toutefois élevée en fin de traitement, ce qui indique que la durée du traitement était de trop courte durée pour pouvoir déboucher sur une abstinence. En ce qui concerne la rétention au traitement, il apparaît qu'au terme des 12 mois de suivi, elle n'était pas significativement différente entre le groupe expérimental et le groupe contrôle (83 % versus 79 %), mais un grand nombre de patients du groupe contrôle ont abandonné le traitement dans le centre partenaire pour le poursuivre ailleurs. En ce qui concerne la consommation d'héroïne de rue, elle était significativement moins élevée dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle aux temps d'évaluation intermédiaire, mais pas en fin de traitement, ce qui pourrait s'expliquer par la crainte de l'arrêt du traitement à la diacétylmorphine pour les patients du groupe expérimental. Le groupe expérimental a également montré une diminution significative de la consommation de benzodiazépines par rapport au groupe contrôle. On constatait également chez les patients traités par diacétylmorphine ainsi que chez les patients traités par méthadone une amélioration significative de la santé physique et mentale ainsi qu'une diminution de faits délinquants, plus importante dans le groupe expérimental mais la différence n'était pas statistiquement significative.

L'évaluation du projet TADAM indique donc que le traitement par diacétylmorphine est réalisable en Belgique et offre un traitement plus efficace que la méthadone chez certains patients, bien qu'il soit difficile d'estimer précisément la différence d'efficacité des deux traitements en raison de la courte durée d'évaluation et du petit nombre de patients ayant participé à l'étude. Néanmoins, ce traitement a un coût nettement plus élevé que le traitement par méthadone, comme le relève l'évaluation socioéconomique du projet (voir Van Caillie, 2013). Dans le cas de l'essai clinique, le coût journalier par patient était de 133 euros (contre une dizaine d'euros dans le cas du traitement assisté par méthadone). Ce coût pourrait toutefois être nettement réduit en augmentant le nombre de patients (46 euros en cas du traitement de 100 patients, selon les estimations), et il pourrait être compensé sur le long terme par le bénéfice sociétal lié à la réinsertion des usagers.

171 L'inclusion des patients s'est faite par le biais de 9 centres partenaires : 116 patients ont été initialement inscrits dans l'étude par les centres partenaires, parmi lesquels 33 patients ne se sont jamais présentés à l'équipe de recherche. Enfin, 9 patients ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Il importe de souligner que 40 usagers d'héroïne n'ont pas voulu participer au projet à cause de sa durée limitée, craignant une aggravation de leur situation après la fin de l'étude.

172 Estimations effectuées sur base des prescriptions de méthadone et de buprénorphine relevées en décembre 2007.

2.3.3 LA MORBIDITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION DE DROGUES

2.3.3.1 L'infection au VIH et aux hépatites B et C

2.3.3.1|1 Données issues du registre belge des infections au VIH et des malades du SIDA

En Belgique, sept laboratoires de référence SIDA ont pour mission de réaliser des analyses de confirmation sur les échantillons suspectés séropositifs lors d'un test de dépistage. Ces analyses sont ensuite centralisées afin de monitorer annuellement le nombre et le profil des nouveaux cas d'infection au VIH.

D'après le dernier rapport (Sasse, Verbrugge, & Van Beckhoven, 2013), depuis le début de l'épidémie et jusqu'au 31 décembre 2012, 25.879 personnes ont été diagnostiquées séropositives au VIH en Belgique¹⁷³. Comme le montre la figure 26, après avoir diminué régulièrement de 1992 à 1997, l'incidence de l'infection au VIH a fort augmenté au cours de la période 1997-2003 (+47 %). Une nouvelle augmentation lente mais régulière est à nouveau constatée depuis 2006¹⁷⁴. On notera que la plus haute incidence depuis le début de l'épidémie a été observée en 2012, avec 1227 nouveaux cas diagnostiqués.

Figure 23 : Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH : 1985-2012



Entre 2012, parmi les modes de transmission les plus fréquemment impliqués dans l'infection, on retrouve¹⁷⁵, par ordre d'importance, les rapports hétérosexuels (53,8 %) et les rapports homosexuels (44,2 %), alors que l'injection de drogues par voie intraveineuse n'est impliquée que dans 0,7 % des nouveaux cas dont le mode de transmission probable est connu. L'importance de ces modes de transmission dans l'évolution de l'épidémie varie toutefois en fonction de la nationalité (belge versus non-belges), l'âge et le sexe des patients¹⁷⁶.

173 Parmi ces personnes séropositives, un total de 4361 personnes ont été diagnostiquées malades du sida, dont 2020 étaient décédées à la fin 2012.

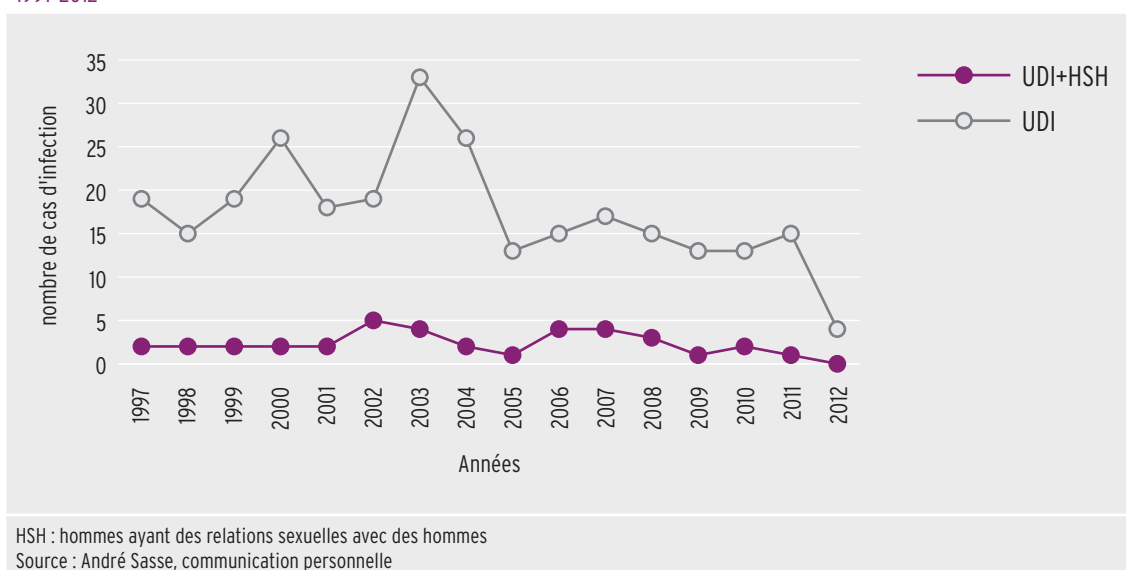
174 Pour information, les nombres d'infection au VIH de 2000 à 2012 sont de 951 (2000), 966 (2001), 989 (2002), 1051 (2003), 1001 (2004), 1070 (2005), 1008 (2006), 1052 (2007), 1079 (2008), 1135 (2009), 1196 (2010), 1177 (2011) et 1227 (2012). Ces nombres subissent chaque année une mise à jour rétroactive en raison de l'identification tardive de doublons, c'est-à-dire de personnes ayant été erronément comptabilisées à deux reprises. La survenue de ces doublons est liée au fait que l'enregistrement est anonyme et que plusieurs tests de confirmation sont parfois réalisés pour un même patient, ce qui peut engendrer des erreurs de comptabilisation multiple. Cela explique pourquoi les chiffres rapportés dans le présent rapport ne sont pas toujours identiques à ceux présentés précédemment.

175 Il s'agit du mode probable d'infection, déterminé sur base de l'anamnèse du patient. En 2012, cette information a pu être déterminée chez 75,6 % des patients diagnostiqués.

176 Nous renvoyons le lecteur au rapport annuel 2012 de l'ISSP pour une présentation plus détaillée de ces résultats.

En plus de varier en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques, l'incidence de l'infection au VIH subit également des variations au cours du temps, et ce pour chaque mode de transmission. Plus spécifiquement, on peut voir dans la figure 24 que les cas d'infection apparemment liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse (isolément ou en association à des pratiques homosexuelles) ont globalement diminué par rapport au début des années 2000, probablement en raison du développement de dispositifs de réduction des risques favorisant l'accès au matériel stérile d'injection. Néanmoins, une quinzaine de cas d'infection par année semblent encore liés aux pratiques d'injection, sauf en ce qui concerne l'année 2012 qui accuse une diminution spectaculaire du nombre de nouveaux cas de ce type (pour une raison qui n'a pas encore pu être déterminée).

Figure 24 : Évolution du nombre de cas d'infection au VIH lié à l'injection de drogues par voie intraveineuse, Belgique, 1997-2012



De manière générale, ces données confirment que l'infection au VIH est difficile à éradiquer et que certains groupes de personnes (caractérisés au niveau de l'âge, du sexe, de la nationalité et du type de comportements à risques) sont plus touchés que d'autres. En outre, le profil des patients infectés évolue également au cours du temps. Par conséquent, il est essentiel que les programmes d'information et de prévention soient maintenus, mais il importe également qu'ils soient régulièrement renforcés au niveau des populations les plus à risques à un moment donné, et adaptés en fonction des modes d'infection les plus fréquemment évoqués.

2.3.3.1 | 2 Données relatives à l'indicateur «Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues»

Prévalence d'infection au VIH et aux hépatites B et C chez les patients en traitement dans un centre de la Wallonie

Dans le cadre de leurs missions européennes, chaque pays membre est chargé de récolter des informations de manière à constituer l'indicateur épidémiologique «Maladies infectieuses en lien avec l'usage de drogues» (Drug-related infectious disease ou DRID), qui renseigne la prévalence des hépatites B et C (VHB et VHC) ainsi que de l'infection au VIH chez les usagers de drogues (généralement par injection).

De 2002 à 2011, la fiche de récolte du TDI d'Eurotox intégrait des questions portant sur les statuts sérologiques de ces maladies infectieuses chez les patients en demande de traitement. Toutefois, le taux de réponses à ces questions restait faible, parce qu'elles étaient optionnelles au TDI et qu'elles ne couvraient pas la Région de Bruxelles-Capitale, la zone de Charleroi, ni la MASS de Mons, qui utilisaient un autre outil de récolte que la fiche Eurotox. Ces informations sur le statut sérologique des patients en traitement en FWB ne sont désormais plus récoltées depuis l'informatisation centralisée au niveau national de la récolte du TDI. Nous clôturerons donc l'exploitation de ces données en effectuant une analyse globale sur la

période 2006-2011 afin de dégager le profil des patients séropositifs au VHC, au VHB ou au VIH qui étaient en traitement pour un problème d'abus ou de dépendance à une substance dans un centre de Wallonie.

On se rappellera que l'échantillon de patients testés est réduit et non représentatif des patients fréquentant les différents centres de traitement actifs en Wallonie. En outre, ces chiffres reprennent à la fois les cas d'infections auto-rapportés par les patients et les cas basés sur un test de laboratoire consigné dans leur dossier médical. Les données que nous allons exposer doivent donc être considérées comme indicatives.

Tableau 24 : Comparaison des profils de patients séropositifs VHC, VHB et VIH, Wallonie, 2006-2011

	VHC	VHB	VIH
Patients testés : N (%*)	1483 (18,1 %)	1433 (17,5 %)	1555 (19 %)
Patients séropositifs : n (% des patients testés)	374 (25,2 %)	147 (10,3 %)	40 (2,6 %)
Âge : moyenne (min-max)	37,5 (18-62)	36,6 (17-59)	39,6 (25-60)
	%	%	%
Sexe masculin	80,7	77,4	62,5
Nationalité belge	80,4	82,9	81,6
Logement instable (sans domicile fixe, prison)	41,7	38,4	38,4
Faibles revenus/sans revenu**	89,3	86	87,2
Affaires judiciaires	81,0	81,7	86,1
Expérience de prison	70,7	64,3	77,8
Traitement antérieur	93,4	91,6	81,1
Consommation problématique d'alcool	31,8	32,0	32,5
Consommation problématique de cocaïne	49,2	51,7	50
Consommation problématique d'héroïne	82,9	85,7	77,5
Comportements d'injection (passé ou présent)	86,4	76,9	74,3
* Ces pourcentages ont été calculés en utilisant comme dénominateur l'ensemble des patients dont les informations TDI ont été récoltées via la fiche Eurotox, à savoir 8175 patients sur l'ensemble de la période 2006-2011.			
** La notion de faibles revenus renvoie ici aux patients au chômage ou bénéficiant d'un revenu de remplacement (CPAS/Mutualité/Handicap).			

Comme on peut le voir dans le tableau 24, les patients en demande de traitement ayant effectué un test de dépistage pour ces maladies infectieuses sont peu nombreux (environ 20 %). Néanmoins, la proportion de patients atteints par le VHC est relativement importante, puisqu'elle correspond à un quart des patients testés (25,2 %). Cette constatation n'est pas étonnante vu les modes de transmission du virus¹⁷⁷, la résistance exceptionnelle du virus (plusieurs jours) au contact de l'air, et l'absence actuelle de vaccin préventif. En fait, différentes études entreprises dans les années 90 ont montré que la prévalence de l'hépatite C pouvait avoisiner les 80 % chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI) de certains pays occidentaux (e.g. Garfein, Galai, Doherty & Nelson, 1996 ; Thomas et al., 1995). En Belgique, elle varierait de 47 à 85 %, suivant les estimations ; Matheï, Robaey, Van Ranst, Van Damme & Buntinx, 2005). Plus localement, les données 2010 issues du projet Lama¹⁷⁸ (cité par Gerkens, Martin, Thiry, & Hulstraert, 2012) indiquent que sur les 494 UDI en suivi, 281 (57 %) ont été testés pour l'hépatite C, dont 150 (53 %) étaient séropositifs (présence d'anticorps anti-VHC). Ce taux de prévalence chez les UDI semble être toutefois en régression depuis plusieurs années (e.g. Des Jarlais et al., 2005 ; Emmanuelli, Jauffret-Roustide & Barin, 2003 ; Hahn, Page-Shafer, Lum, Ochoa & Moss, 2001), probablement grâce au succès relatif des programmes de prévention et de réduction des risques (en particulier le développement

177 Le VHC peut se transmettre, comme le VIH et le VHB, par voie sanguine, sexuelle ou verticale (de la mère à l'enfant, lors de la grossesse ou de l'accouchement). On estime toutefois que les transmissions sexuelle et verticale du VHC sont plutôt rares. Ainsi, la transmission sexuelle ne peut se faire qu'en cas d'échange sanguin (voir cependant Ghosn, Leruez-Ville & Choix, 2005, pour une discussion), et les estimations de cas de transmission verticale varient entre 5 % et 13 % (Batallan et al., 2003 ; Boucher & Painchaud, 1997). En raison de voies de transmission communes, le VIH, le VHC et le VHB partagent donc les mêmes facteurs de risques. La probabilité d'infection pour chaque voie de transmission varie toutefois d'un virus à l'autre. Ainsi, alors que la transmission sexuelle est la plus fréquente dans le cas du VHB, elle reste exceptionnelle dans le cas du VHC.

178 Le projet Lama est un service à destination des usagers de drogues composé de quatre unités d'accompagnement ambulatoire et de consultation psycho-médico-sociales réparties sur différentes communes bruxelloises (Ixelles, Anderlecht, Molenbeek, Schaerbeek).

des programmes d'échange de seringues usagées et de distribution de matériel d'injection stérile). Mais globalement, l'usage de drogues par voie intraveineuse reste encore actuellement le facteur de risque principal de contraction du VHC. Ainsi, en France, environ 70 % des nouveaux cas de séropositivité observés chaque année seraient liés à l'usage de seringues ou de matériels d'injection contaminés (Médecins du Monde, 2009).

Cette transmission élevée chez ce type d'usagers peut être due au partage de seringues mais aussi au partage du matériel connexe d'injection (cuillère, filtre, coton, eau, garot), qui peut aussi être contaminé par le sang d'un usager infecté (voir Hagan et al., 2001; Thorpe et al., 2002) et être une source de contamination pendant plusieurs semaines. Notons que le risque de transmission chez les usagers de drogues par voie nasale est également présent en cas de partage du matériel (paille, billet, etc.) servant à priser la substance en cas de lésions nasales, fréquentes chez les usagers réguliers (voir Martinez & Talal, 2008; Tortu, McMahon, Pouget & Hamid, 2004). En outre, de récentes études suggèrent qu'il n'est pas exclu qu'une contamination puisse exceptionnellement se produire en cas de partage d'un matériel d'inhalation (pipe à eau, narguilé, pipe à crack; Macías et al., 2008; Tortu et al., 2004).

La proportion de sujets atteints par le VHB parmi les patients testés dans notre échantillon est en revanche plus petite que celle observée pour le VHC (10,3 %). Cette plus faible proportion ne semble *a priori* pas pouvoir être attribuée à l'existence d'un vaccin spécifique pour l'hépatite B puisque, dans notre échantillon de 1433 patients testés, pour les 1282 patients pour lesquels l'information était disponible, seulement 5,4 % des patients ont déclaré avoir été vaccinés. Il est donc possible que cette différence soit attribuable aux modes de transmission préférentiels de ces deux virus (par voie sexuelle dans le cas du VHB, et par voie parentérale dans le cas du VHC) et à des différences au niveau des comportements à risque associés. En effet, la prévalence du VHB chez les usagers de drogues par voie intraveineuse est systématiquement moins élevée que celle du VHC (elle varie de 45 à 65 % pour le VHB, selon les études; Garfein et al., 1996; Hahn et al., 2001; Murrill et al., 2002), ce qui pourrait être dû à un usage plus systématisé du préservatif chez ces usagers comparativement aux comportements à risque liés à l'injection de drogues, lesquels sont encore relativement courants (en particulier l'échange du matériel connexe d'injection; voir par exemple Bertorelle et al., 2000; Sacré, Daumas & Hogge, 2010).

Finalement, la proportion de sujets atteints du VIH parmi les patients testés est très faible (2,6 %), ce qui est concordant avec les chiffres rapportés par le registre de l'incidence belge de l'infection au VIH, qui indiquaient que les nouveaux cas sont rarement liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse. La majorité (environ 75 %) des patients infectés dans notre échantillon sont consommateurs d'héroïne et ont eu recours à des comportements d'injection. Les proportions d'infection parmi les UDI de notre échantillon restent toutefois (on peut s'en réjouir) plus petite que celles actuellement rapportées dans une grande partie des pays occidentalisés (voir Mathers et al., 2008, pour une revue de la littérature).

De manière générale, les usagers de drogues ayant introduit une demande de traitement dans un centre en Wallonie qui se sont révélés séropositifs aux VIH, VHB ou VHC (voir tableau 24) sont majoritairement de sexe masculin; d'un âge compris entre 30 et 40 ans; de nationalité belge; consommateurs d'héroïne (avec comportements d'injection passé ou présent); et n'en sont pas à leur premier traitement pour un problème lié à l'usage de drogues. Ces personnes ont souvent un passé carcéral et/ou ont une affaire judiciaire en cours, et elles sont majoritairement sans ou à faible revenu. Enfin, une proportion non négligeable de ces usagers est sans domicile fixe ou réside la plupart du temps en institutions ou en prison.

Même si le nombre d'usagers de drogues atteints par une maladie infectieuse est en baisse, il paraît nécessaire de continuer, voire de renforcer/adapter, les programmes de sensibilisation, de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues, en particulier au niveau des groupes à risque dégagés par ces analyses (e.g. trentenaires masculins et «marginalisés», ayant eu recours à l'injection). En effet, même si les risques liés au partage de seringues sont désormais mieux connus des usagers, et les prises de risque moins fréquentes, un nombre encore élevé de ceux-ci ne sait pas (ou «oublie» temporairement) que le partage du matériel connexe d'injection (cuillère, filtre, coton, eau, et même garot) comporte également des risques de contamination (voir par exemple Sacré et al., 2010). Néanmoins, ces études nous apprennent également qu'une proportion non négligeable d'usagers adopte ces comportements à risque alors qu'ils

connaissent les risques encourus¹⁷⁹. De plus, il faut souligner, comme nous le verrons dans le chapitre 3, que le dispositif d'accessibilité au matériel d'injection n'est actuellement pas parfait dans notre pays. Par exemple, le recours à du matériel connexe usagé est actuellement malencontreusement «encouragé» par le fait que les comptoirs d'échange peuvent difficilement, par manque de moyens, fournir pour chaque seringue échangée tout le matériel connexe nécessaire à la réalisation d'une injection parfaitement sécuritaire.

Enfin, un autre point inquiétant des données que nous venons de rapporter mérite d'être mentionné : la proportion relativement élevée (plus de 30 %) de consommateurs problématiques d'alcool parmi ces patients.

Prévalence d'infection chez les usagers de drogues par injection en Belgique : étude DRID

L'étude nationale DRID (Drug Related Infectious Disease) financée par le SPF santé a récemment été réalisée afin d'estimer la problématique d'infection au VIH et aux hépatites chez les usagers de drogues par injection vivant en Belgique (voir Bollaerts & Van Bussel, 2013). Cette étude comportait trois phases : 1) une étude de validation sérologique dont l'objectif était de mettre au point un test de laboratoire fiable pour détecter la présence d'anticorps VIH, VHB et VHC dans la salive¹⁸⁰ ; 2) une étude pilote visant à valider et optimiser un interview comportemental assisté par ordinateur et portant sur la consommation de drogues par injection, la comorbidité psychiatrique et l'accès aux soins de santé ; 3) une étude de prévalence proprement dite alliant l'étude pilote sérologique et l'étude pilote comportementale au sein d'un large échantillon d'usagers de drogues par injection actifs sur le territoire belge.

L'échantillon de participants (n=180¹⁸¹) a été constitué en 2012 en utilisant la méthode de recrutement «Repondent Driven Sampling» (RDS), souvent utilisée pour étudier des groupes difficiles d'accès. Cette méthode est assez similaire à la méthode «Boule-de-Neige», mais le recrutement se fait par la distribution de tickets d'accès à l'étude aux pairs susceptibles d'y participer¹⁸². L'échantillonnage RDS a été initié au niveau des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires (MASS) de Flandres et en Wallonie (il n'y a malheureusement pas eu de participation de la MASS de Bruxelles) ainsi que dans leurs éventuels «satellites», en sélectionnant initialement 5 participants par MASS et 2 à 3 par satellites. Les critères d'inclusion appliqués

179 Il convient en effet de remarquer qu'une connaissance des risques ne suffit pas forcément à empêcher la survenue de comportements à risque chez les usagers, en particulier lorsqu'ils sont en situation de manque ou sous l'effet d'un produit susceptible de biaiser leur jugement et leur prise de décision. Certaines études neuropsychologiques suggèrent d'ailleurs qu'un des effets dévastateurs (et possiblement irréversible) de certains produits hautement addictifs (cocaïne, héroïne et alcool, principalement), lorsqu'ils sont consommés chroniquement, est de biaiser systématiquement les prises de décisions lorsque des récompenses immédiates (plaisir, argent, drogue, etc.) sont disponibles, et ce même lorsque les usagers ne sont pas sous l'effet du produit ou en situation de manque. On parle alors de «myopie» envers le futur, provoquant des prises de décision préjudiciables à plus long terme (voir Bechara, 2005, pour une revue). Les auteurs de ces travaux estiment en outre que ces biais sont impliqués dans le maintien des comportements addictifs et sont responsables des difficultés qu'éprouvent les usagers à maintenir durablement leur abstinence, en particulier lorsque le «craving» (envie irrésistible de consommer alors que l'on est abstinent) se manifeste. Ces processus décisionnels déficitaires ont pu être mis en relation avec un dysfonctionnement au niveau de certaines régions du cortex préfrontal (voir par exemple Bechara et al., 2001 ; Bolla et al., 2003).

180 Le test salivaire comporte une série d'avantages par rapport au test sanguin, qui minimisent les risques de biais de sélection : il est plus rapide à réaliser, indolore, et peut être réalisé en dehors d'un contexte médical et sans l'intervention de personnel médical. Pour cette étude de validation, un total de 302 échantillons de salive et de sérum ont été prélevés chez des personnes positives et négatives au VIH. Les performances de diagnostic de trois kits salivaire ELISA et d'un test de confirmation Line Immuno ont ensuite été comparées. Ils ressorts que les tests ELISA ont d'excellentes caractéristiques diagnostiques, leur sensibilité étant d'au moins 98,5 % et leur spécificité d'au moins 99,4 %. En outre, la performance des tests ELISA ne varie pas lorsque l'on prend en compte la consommation d'eau avant le prélèvement de l'échantillon et lorsque le délai entre le prélèvement et l'analyse de l'échantillon variait de 0 à 7 jours.

181 Initialement, l'objectif de l'étude était de recruter 800 participants, ce qui ne fut pas possible parce que les usagers ne fréquentant pas les MASS n'ont généralement pas participé à l'étude. Les auteurs de l'étude ont interrogé les enquêteurs de terrain pour mieux comprendre cette situation et il ressort que «l'accès au centre est difficile pour de nombreux consommateurs (même pour des soins ou un accompagnement) et que le groupe des consommateurs qui fonctionnent encore bien dans plusieurs domaines (logement, emploi) ne sont tout simplement pas intéressés par une participation à l'étude car ils ne veulent pas être confrontés à leur propre consommation, ni à celles d'autres consommateurs. Les interviewers indiquent aussi régulièrement que les consommateurs actifs sont très agités et qu'une interview de 40 minutes est trop longue pour une grande partie d'entre eux. De plus, dans certains centres, des rumeurs circulent selon lesquelles le questionnaire est lourd et contraignant, ce qui nuit à une participation éventuelle». Selon les auteurs, la pauvreté du réseau social des usagers et le manque de confiance réciproque pourrait également expliquer la non-distribution et/ou la non-utilisation des tickets de recrutement. D'autres facteurs peuvent également expliquer l'insuccès de la méthode de recrutement (récompense pas assez élevée, les usagers préfèrent de l'argent, difficulté d'enrôler les jeunes consommateurs, etc.).

182 Concrètement, les participants initiaux sont recrutés par les chercheurs eux-mêmes et constituent la première vague. Ensuite, le recrutement est effectué par les participants, qui reçoivent un nombre fixe de tickets de recrutement après avoir participé à l'étude. Les participants qui sont recrutés par les participants initiaux forment alors la deuxième vague et ainsi de suite. Les participants sont récompensés pour leur participation à l'étude ainsi que pour le recrutement de nouveaux participants.

étaient les suivants : au moins une consommation de drogues par injection au cours des 12 derniers mois ; avoir atteint la majorité légale ; avoir une maîtrise suffisante de français ou du néerlandais.

Au niveau du **profil sociodémographique**, les participants étaient majoritairement de sexe masculin (80,6 %) et né en Belgique (90 %)¹⁸³. L'âge moyen était de 36,6 ans (18-55 ans), et la majorité des participants (94,5 %) avait plus de 25 ans. En outre, au cours de 3 derniers mois précédant l'enquête, 46 % des participants n'avaient pas eu de domicile fixe ; 81 % avaient déjà séjourné en prison et 47,6 % se sont retrouvés sans abri pendant au moins 1 jour au cours des 12 derniers mois. La majorité des UDI ayant participé à l'étude sont donc des consommateurs très marginalisés et plutôt représentatifs du public en contact avec les MASS, ce qui confirme l'échec relatif de la méthode d'échantillonnage à « remonter » vers les UDI socialement intégrés.

En ce qui concerne le **profil de consommation**, l'âge moyen de la première consommation par injection est de 21,4 ans, mais 25 % des participants y ont eu recours pour la première fois avant leurs 16 ans. Les substances qui ont le plus souvent été consommées lors de la première injection sont l'héroïne (47 %), les stimulants (28 %) et la cocaïne (22 %). En ce qui concerne la prévalence de consommation de ces produits sur la vie, 95,6 % des UDI se sont déjà injectés de l'héroïne, 92,2 % de la cocaïne et 71,1 % des stimulants. L'héroïne et la cocaïne sont les substances qui ont le plus souvent été consommées par injection lors des 12 derniers mois (88,3 % et 75 %, respectivement) et lors des 30 derniers jours (60,6 % et 51,7 %, respectivement).

Tableau 25 : Prévalence de la consommation de drogues par injection, étude DRID, 2012

	Sur la vie	Lors de la première injection	Les 12 derniers mois	Les 30 derniers jours
	%	%	%	%
Héroïne	95,6	47,0	88,3	60,6
Cocaïne	92,2	22,0	75,0	51,7
Stimulants	71,7	28,0	48,9	24,4
Méthadone	36,7	n.a.	11,7	4,4

Source : Bollaerts & Van Bussel, 2013

Tableau 26 : Polyconsommation par injection au cours du dernier mois, étude DRID, 2012

Nbr	Produits	Pourcentage
0	Aucune substance	20,0
1	Héroïne	17,2
	Cocaïne	7,8
	Stimulants	6,1
	Méthadone	0,6
2	Héroïne-cocaïne	28,3
	Héroïne-stimulants	3,3
	Héroïne-méthadone	1,1
	Cocaïne-stimulants	5,0
3	héroïne-cocaïne-stimulants	7,8
	héroïne-cocaïne-méthadone	0,6
4	héroïne-cocaïne-stimulants-méthadone	2,2

Source : Bollaerts & Van Bussel, 2013

Le tableau 26 fournit certaines indications relatives à la **polyconsommation par injection** au cours du dernier mois, définie comme la consommation de plusieurs produits par injection au cours de cette période sans qu'ils aient forcément été consommés simultanément. On constate que 20 % des UDI n'ont pas été « actifs » au cours de 30 derniers jours précédant l'enquête, et que 31,7 % n'ont consommé qu'un seul produit par injection. Mais près de la moitié des participants (48,3 %) se sont injectés deux substances ou plus sur cette période, le plus souvent de l'héroïne et de la cocaïne (28,3 %) avec éventuellement une ou plusieurs substances supplémentaires (10,6 %).

183 Il est possible que les UDI migrants soient sous-représentés dans cette étude en raison du critère d'inclusion appliqué sur le plan linguistique.

Au niveau des **comportements à risque**, parmi les UDI qui ont eu recours à l'injection au moins une fois au cours des 30 derniers jours (n=144), 14,2 % ont pratiqué au moins une fois une injection avec une seringue qui avait déjà été utilisée par une autre personne au cours des 30 derniers jours, 42,3 % avaient partagé au moins du matériel connexe (cuillère, filtre, coton, etc.) et 23,5 % n'avaient pas utilisé d'aiguilles stériles lors de la dernière injection. Enfin, parmi les UDI qui ont eu des relations sexuelles avec au moins deux partenaires différents au cours du dernier mois, 58,3 % n'avaient pas utilisé de préservatif lors le dernier rapport.

L'étude s'est également intéressée à la **morbidity et à la comorbidité psychiatrique**¹⁸⁴ au cours des 12 derniers mois, en utilisant le Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (Version 5.0.). Elle met en évidence une prévalence élevée des troubles de dépendance à une substance chez les UDI, en particulier une dépendance aux opiacés (82,8 %), à la cocaïne (52,2 %), à l'alcool (30 %) et aux tranquillisants (28,9 %). En ce qui concerne la polydépendance, les auteurs ont constaté une forte corrélation entre la dépendance aux opiacés et la dépendance alcoolique (R=0,45), ainsi qu'entre la dépendance aux opiacés et celle aux tranquillisants (R=0,35). L'étude suggère aussi une prévalence élevée des doubles diagnostics chez les UDI, puisque seulement 4 % d'entre eux ne montrent pas de symptômes marqués de troubles psychiatriques en association à un problème d'assuétude. Les troubles psychiatriques les plus fréquemment identifiés sont les troubles psychotiques (30 %), le trouble de stress post-traumatique (16,1 %), l'agoraphobie (15,6 %), le trouble anxieux généralisé (13,9 %) et le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (11,1 %). En outre, 22,2 % des participants présentaient un risque suicidaire élevé et 8,4 % un trouble dépressif.

En ce qui concerne la **séroprévalence chez les UDI**, les résultats de l'étude montre que la prévalence de l'hépatite C est de 43,3 % (95 % IC 34,3 %-52,4 %)¹⁸⁵ ce qui est relativement élevé et confirme au niveau belge l'ampleur de cette problématique chez les usagers de drogues ayant recours à l'injection (voir supra). Les prévalences du VHB (3,7 % ; 95 % IC : 0,8 %-6,6 %) et du VIH (2,3 % ; 95 % IC : 0,1 %-4,6 %) sont en revanche beaucoup moins élevées.

Ces résultats sont assez différents de ceux que nous avons rapportés pour les patients ayant introduit une demande de traitement pour un problème d'usage d'alcool ou de drogue dans un centre de la Wallonie. La séroprévalence VHC est, dans la présente étude, plus élevée alors que l'on observe l'inverse pour le VHB auprès des patients en traitement en Wallonie. Ces différences peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs. Premièrement, il ne s'agit pas précisément de la même population, l'étude s'étant ici spécifiquement centrées sur les UDI alors que les données que nous avons rapportés plus haut concernent les patients ayant introduit une demande de traitement dans un centre de la Wallonie, qu'ils soient UDI ou non. Deuxièmement, l'échantillon de la présente étude est davantage composé de personnes marginalisées, puisque essentiellement issue des MASS. Enfin, la séroprévalence a ici été estimée à partir d'un test salivaire relativement précis, alors que les données rapportées pour les centres de traitement wallons sont à la fois composées d'informations auto-rapportées et d'informations consignées dans le dossier médical du patient.

2.3.3.2 La tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse d'origine bactérienne qui est susceptible de toucher tous les organes du corps humain. On distingue deux formes de tuberculose : la forme latente et la forme active. On parle de tuberculose latente lorsqu'une personne est infectée mais que son système immunitaire combat efficacement l'infection, et de tuberculose active lorsque les bacilles se sont développés à tel point que la maladie s'est effectivement déclarée et que des symptômes apparaissent. Le passage d'une tuberculose latente à une tuberculose active peut être précipité par différents facteurs «favorisants».

184 À noter qu'il ne s'agit pas ici de diagnostics médicaux au sens strict mais d'un «criblage» estimatif effectué à l'aide d'une interview en face à face assisté par ordinateur.

185 Les pourcentages et intervalles de confiance estimés à 95 % (ces derniers sont censés préciser dans quel intervalle se trouve le pourcentage estimé au niveau de la population, au-delà donc de l'échantillon) que nous rapportons ici tiennent compte des erreurs de diagnostics susceptibles d'avoir été commises en raison du degré d'imprécision des tests salivaires, dont la spécificité et la sensibilité diagnostiques ne sont pas parfaites (voir plus haut).

La tuberculose pulmonaire reste la forme la plus fréquente (69,6 % des cas en Belgique pour l'année 2012), notamment en raison de son caractère éminemment contagieux (transmission par voie aérienne). Actuellement, la tuberculose survient de manière préférentielle dans les milieux sociaux défavorisés (sans-abris, détenus, toxicomanes), ainsi que parmi les immigrants de pays à haute prévalence de la maladie (dont font souvent partie les demandeurs d'asile et les illégaux). Cette maladie se concentre plus particulièrement dans les grandes villes, où ces populations à risques sont majoritairement rassemblées.

En Belgique, 987 cas de tuberculose ont été déclarés en 2012 (dont 572 en FWB), ce qui correspond à une incidence de 8,9 cas par 100.000 habitants. On a pu identifier chez certains de ces patients (environ 18,5 % des cas en FWB) un ou plusieurs facteurs ayant pu favoriser la déclaration de la maladie suite à leur infection. Selon le registre belge de la tuberculose 2012 (Fares, 2013)¹⁸⁶, les facteurs favorisant les plus fréquemment cités en 2009 chez les patients de la FWB (voir tableau 27) sont : la dénutrition (11,3 % des cas), l'alcoolisme chronique (6,4 % des cas) et l'infection au VIH (5,1 % des cas). La toxicomanie par injection n'est quant à elle citée que pour 1,2 % des cas pour cette même année.

Tableau 27 : Patients présentant au moins un facteur favorisant le développement de la tuberculose, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012

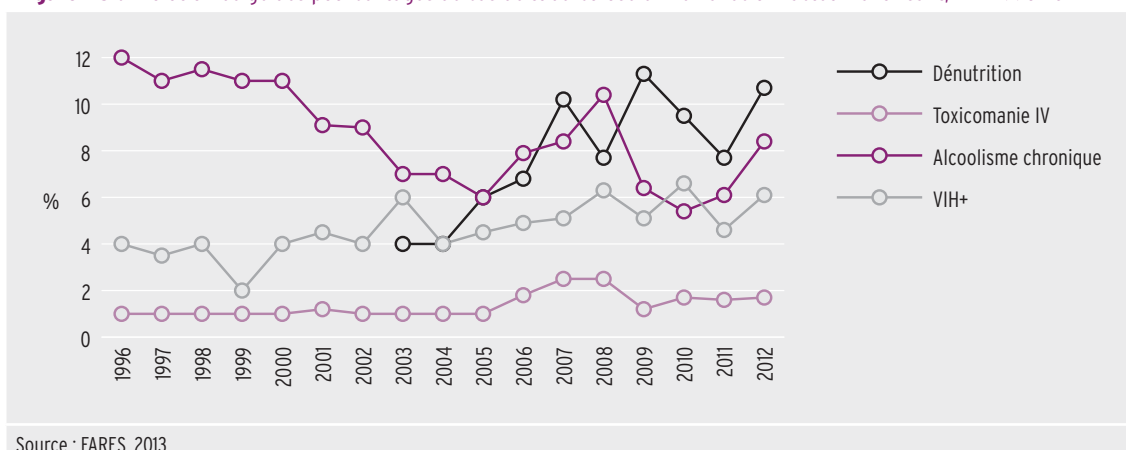
	Bruxelles		Wallonie		FWB	
	n	%	n	%	n	%
VIH+ (séropositifs)	25	8,0	10	3,8	35	6,1
Insuffisance rénale	12	3,8	7	2,7	19	3,3
Immunosuppression par maladie ou médicaments	13	4,2	20	7,7	33	5,8
Pneumoconiose (silicose)	2	0,6	7	2,7	9	1,6
Diabète	7	2,2	8	3,1	15	2,6
Toxicomanie IV (par voie intraveineuse)	7	2,2	3	1,2	10	1,7
Alcoolisme chronique	25	8,0	23	8,8	48	8,4
Lésions fibrotiques RX thorax	11	3,5	16	6,2	27	4,7
Dénutrition	37	11,9	24	9,2	61	10,7
Cancer cou/tête, leucémie, lymphome Hodgkin	3	1,0	5	1,9	8	1,4
Total des facteurs favorisant mentionnés	142	/	123	/	265	/
Total des patients avec <i>au moins</i> 1 facteur favorisant	100	32,1	87	33,5	187	18,5
Total des patients déclarés tuberculeux	312	/	260	/	572	/

Source : FARES, 2013

Dans la figure 25, nous présentons l'évolution des pourcentages de cas de tuberculose active ayant pu être mis en relation avec les quatre facteurs favorisant les plus intéressants pour notre propos¹⁸⁷. On peut remarquer que le pourcentage de cas présentant un alcoolisme chronique a été décroissant jusqu'en 2005, puis a subi une augmentation progressive jusqu'en 2008, pour enfin diminuer de manière importante en 2009. On constate toutefois à nouveau en 2011 et 2012 une augmentation des cas en lien avec ce facteur. Les pourcentages de patients porteurs du VIH et de ceux ayant eu recours à l'injection de drogues par voie intraveineuse ont quant à eux été plutôt stables au cours du temps, parmi les patients ayant développé une tuberculose active, quoiqu'on constate une tendance à l'augmentation depuis 2004.

¹⁸⁶ Ce registre ne reprend que les cas de tuberculose active (maladie déclarée), car il n'existe pas à l'heure actuelle de données belges sur la prévalence d'infection tuberculeuse latente. Notons par ailleurs que plusieurs facteurs de risque «favorisant» la déclaration de la tuberculose (après qu'elle ait infecté le patient) peuvent coexister chez un même patient. Ces facteurs de risque «favorisant» doivent être distingués des facteurs de risques de contraction de l'infection, comme par exemple la fréquence de contacts avec une personne contaminée ou encore les conditions d'habitation. À noter que, pour un patient donné, on ne peut pas prouver que les facteurs favorisant identifiés ont effectivement contribué au développement de la maladie.

¹⁸⁷ Notons que nous ne disposons pas de données antérieures à l'année 2003 pour le facteur «dénutrition». En outre, nous n'avons pu obtenir les données spécifiquement observées en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Figure 25 : Évolution belge des pourcentages de cas de tuberculose en lien avec un facteur favorisant, FWB 1996-2012

2.3.3.3 Prises en charge psychiatriques et double diagnostic chez les usagers d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes : le Résumé Psychiatrique Minimum

Le Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) est un registre obligatoire effectué dans tous les services de prise en charge psychiatrique belges (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, initiatives d'habitations protégées et maisons de soins psychiatriques). Il se compose de différentes informations relatives au diagnostic et à la prise en charge des patients. Le volet du diagnostic psychiatrique peut être considéré comme exhaustif puisqu'il est complété sur base d'une évaluation de tous les axes DSM-IV.

Les informations sont collectées de façon continue et sont consignées à différents moments : au début du séjour médico-psychiatrique, au cours de chaque période distincte de traitement, et à la fin du traitement. Les données enregistrées comprennent les informations sociodémographiques du patient, le(s) diagnostic(s) et les problèmes identifiés à l'admission, les données de traitements, et enfin le(s) diagnostic(s) et les problèmes résiduels à la sortie.

Les données que nous allons présenter ici concernent les diagnostics en lien avec l'usage de substance(s) posés à l'admission chez les personnes prises en charge en FWB et pour lesquelles le séjour a été clôturé. Ces analyses portent globalement et sans distinction sur les séjours avec un diagnostic principal ou secondaire d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances, que la cause du séjour et les traitements dispensés soient ou non principalement liés à cette problématique. Enfin, l'unité d'analyse n'est pas ici le patient mais le séjour, certains patients pouvant avoir été admis à plusieurs reprises, que ce soit au cours d'une même année civile ou tout au long de la période étudiée.

Les séjours en psychiatrie avec une problématique en lien avec l'usage de produit(s) en FWB

Comme l'indique la figure 26, l'alcool est fréquemment identifié comme substance problématique lors des séjours dans les établissements de prise en charge psychiatrique en FWB. En effet, un diagnostic principal ou secondaire d'abus ou de dépendance à l'alcool a été posé dans 22 % des séjours comptabilisés sur la période 2005-2010¹⁸⁸. Des diagnostics d'abus ou de dépendance à une seule drogue¹⁸⁹ ou à plusieurs produits (polyconsommation)¹⁹⁰ ont été posés dans 10,2 % des séjours observés sur la période 2005-2010,

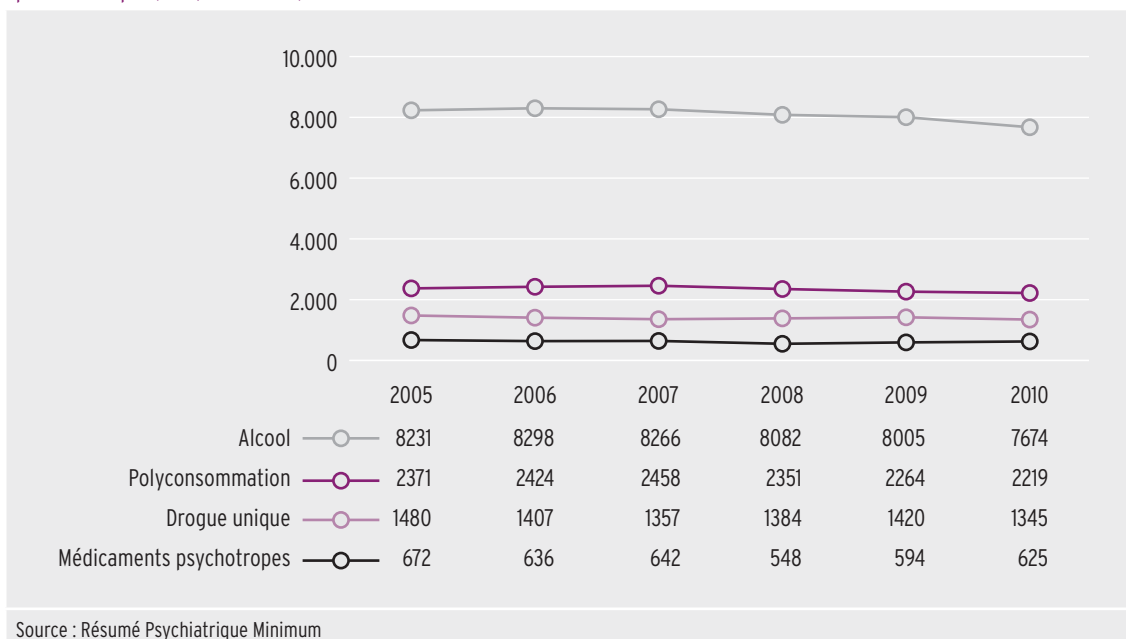
188 Sur cette période, un total de 221.161 séjours clôturés ont été enregistrés en FWB dans les services offrant une prise en charge psychiatrique, tous diagnostics confondus : 37.321 (2005), 37.491 (2006), 36.537 (2007), 36.842 (2008), 36.960 (2009), 36.010 (2010).

189 Il s'agit des diagnostics en lien avec l'usage d'un seul de ces produits : opiacés, cocaïne, cannabis, amphétamine, hallucinogène, inhalant, ou autres drogues.

190 Les cas de polyconsommation regroupent à la fois les personnes qui ont reçu au moins deux diagnostics d'abus et/ou de dépendance à une substance, ainsi que les cas de diagnostic de dépendance à plusieurs substances tel que défini par le code 304.80 du DSM IV et qui est posé lorsqu'une personne présente une dépendance à au moins trois substances à l'exception de la caféine et de la nicotine. Par facilité, ces cas ont été regroupés sous la même appellation «diagnostic de polyconsommation».

les diagnostics de polyconsommation problématique étant plus fréquemment posés que ceux liés à l'usage d'une seule drogue (6,4 % versus 3,8 %). Enfin, un diagnostic pour un problème en lien avec l'usage de médicaments psychotropes a été posé dans 1,7 % des séjours enregistrés en FWB sur la période 2005-2010. À noter que l'on observe proportionnellement plus de prises en charge pour un problème lié à l'usage d'alcool en Wallonie qu'en Région de Bruxelles-Capitale (23 % versus 18,6 %), alors qu'aucune différence n'émerge clairement pour les autres types de diagnostic (le pourcentage de séjours en lien avec l'usage d'une ou plusieurs drogues est de 9,9 % en Wallonie contre 11 % en Région de Bruxelles-Capitale).

Figure 26 : Nombre de séjours clôturés dans les services de prise en charge psychiatrique en fonction du type d'usage problématique (FWB, 2005-2010)



Les doubles diagnostics posés lors des séjours en psychiatrie en FWB

La notion de double diagnostic renvoie à une comorbidité ou coexistence, chez une même personne, d'un trouble psychiatrique et d'un problème lié à l'usage d'une ou plusieurs substances psychoactives (OMS, 1995). Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cette cooccurrence (voir par exemple Simon, 2003) : 1) la substance ou le syndrome de sevrage à une substance produirait des symptômes identiques à ceux généralement observés dans une pathologie psychiatrique (e.g. psychose cannabique aiguë) ; 2) l'usage d'une substance causerait ou aggraverait des symptômes psychiatriques (e.g. précipitation d'une schizophrénie suite à l'usage de cannabis) ; 3) une pathologie psychiatrique causerait ou aggraverait l'abus ou la dépendance à une substance (e.g. consommation d'une substance pour automédication) ; 4) présence d'un facteur commun qui causerait les deux pathologies (e.g. socle neurobiologique commun aux deux pathologies ; événement traumatique) ; 5) une simple coïncidence. Ces hypothèses ne sont pas mutuellement exclusives et il est très probable que leur implication respective dans l'étiologie des cas de «double diagnostic» avéré varie selon les patients et les pathologies psychiatriques. En outre, dans la pratique clinique, il est parfois difficile d'identifier précisément la chronologie et les liens causaux entre ces différents facteurs chez un patient, les symptômes des troubles mentaux et les problèmes liés à la consommation de substance(s) psychoactive(s) interagissant et s'influençant mutuellement.

De manière générale, la recherche et l'identification des cas de double diagnostic constituent un enjeu majeur en santé mentale¹⁹¹. En effet, dans le cas de la schizophrénie¹⁹², les symptômes psychiatriques sont plus sévères et les complications (hospitalisation, comportements violents, suicide, etc.) plus fréquentes en cas de consommation de substances psychoactives (e.g. Westermeyer, 2006). Toujours dans le cas de cette maladie mentale, d'autres travaux ont montré que l'efficacité du traitement dépend fortement de l'intégration des troubles liés à la consommation de substances psychoactives dans l'offre de prise en charge (e.g. Judd, Thomas, Schwartz, Outcalt & Hough, 2003). Certains travaux indiquent que ces constats sont également valables dans le cas d'autres troubles psychiatriques (e.g. dépression). Pourtant, il semblerait que l'évaluation des troubles psychiatriques ne soit pas systématique lors de la prise en charge de patients toxicodépendants, hormis dans certains services spécialisés, et ce probablement en raison d'un manque de moyen.

Nous ne disposons pas actuellement d'information sur la prévalence des diagnostics psychiatriques chez les patients en traitement pour un problème de drogues en Belgique. En revanche, nous disposons de données de prévalence du double diagnostic chez les patients pris en charge dans un service psychiatrique en Belgique, grâce à une exploitation des données du RPM.

Le tableau 28 détaille les comorbidités psychiatriques observées chez les patients pris en charge dans les services psychiatriques de la FWB sur la période 2005-2010 et pour lesquels a pu être posé un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool, à une drogue unique, à des médicaments psychotropes, ou à plusieurs produits. Par facilité, nous parlerons de «personne» mais le lecteur devra garder en mémoire qu'il s'agit en fait de «séjours», une même personne pouvant être comptabilisée à plusieurs reprises suites à plusieurs séjours effectués sur une même année.

On remarquera d'emblée que les troubles dépressifs ainsi que les troubles de la personnalité sont assez fréquemment établis chez les personnes ayant reçu un diagnostic principal ou secondaire d'abus ou de dépendance à un ou plusieurs produits (alcool et médicaments psychotropes compris) dans les services de prise en charge psychiatrique de la FWB sur la période 2005-2010. De manière comparative, les troubles dépressifs, les troubles bipolaires, ainsi que les troubles anxieux sont plus fréquents chez les personnes ayant reçu un diagnostic d'abus ou de dépendance aux médicaments psychotropes (ou, dans une moindre mesure, à l'alcool, en ce qui concerne les troubles dépressifs) que chez les personnes ayant reçu un diagnostic d'usage problématique à une drogue unique ou à plusieurs produits. À l'inverse, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques sont plus fréquemment établis chez les personnes ayant reçu un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue unique que chez les personnes ayant reçu un autre type de diagnostic en lien avec les assuétudes.

191 Le niveau de prévalence du double diagnostic chez les usagers de drogues est très variable selon les études, et ce en raison de multiples différences entre les protocoles d'études : population sélectionnée (e.g. usagers, usagers dépendants, usagers en traitement), niveau de prévalence de la consommation pris en compte (e.g. prévalence sur la vie, sur l'année, au moment de l'étude), méthodes d'échantillonnage, critères et niveaux de précisions diagnostiques, ou encore validité des outils de diagnostic utilisés. Néanmoins, il semblerait que les cas de double diagnostic soient très fréquents chez les usagers de drogues puisqu'ils varieraient environ de 30 % à 90 % parmi les usagers rencontrés dans les centres de traitements (OEDT, 2004).

192 La schizophrénie est une pathologie psychiatrique qui touche entre 0,4 % et 0,7 % de la population générale (Saha, Chant, Welham, & McGrath, 2005). Selon différentes études épidémiologiques, les troubles liés à la consommation de substance(s) psychoactive(s) sont particulièrement fréquents chez les patients schizophrènes puisqu'ils toucheraient, en ce qui concerne la prévalence sur la vie, la moitié d'entre eux (voir par exemple Batel, 2000).

Tableau 28 : Comorbidités psychiatriques chez les patients pris en charge dans les services psychiatriques, selon le type de diagnostic et le type d'usage problématique (FWB, 2005-2010)

	Alcool	Drogue unique	Médicaments psychotropes	Poly-consommation	Total
Nombre de séjours clôturés 2005-2010	48.556	8.393	3.717	14.087	74.753
	%	%	%	%	%
Troubles dépressifs	25,7	17,5	36,3	12,2	22,7
Troubles de la personnalité	16,0	16,5	15,0	11,7	15,2
Troubles de l'adaptation	7,4	8,2	14,4	4,6	7,3
Schizophrénie	2,3	17,6	2,3	5,3	4,6
Troubles psychotiques	2,5	11,5	2,9	4,3	3,8
Troubles bipolaires	3,8	3,5	6,3	2,1	3,6
Troubles anxieux	3,2	2,9	7,7	1,8	3,1
Troubles relationnels ou autistiques	0,4	0,5	0,6	0,3	0,4
Troubles des conduites alimentaires	0,4	0,6	0,8	0,2	0,4
Troubles de déficit de l'attention/hyperactivité	0,1	0,7	0,1	0,1	0,2

Source : Résumé Psychiatrique Minimum

2.3.3.4 Les nouveau-nés pris en charge suite à une exposition à l'alcool, aux drogues ou aux médicaments psychotropes

Les hôpitaux belges non-psychiatriques sont tenus de participer à l'enregistrement du Résumé Infirmier Minimum, un registre qui comporte une série de données administratives, médicales et infirmières relatives aux prises en charge qu'elles réalisent. L'objectif de ce registre est de guider la politique sanitaire à mener en la matière sur base d'informations relatives à son propre fonctionnement. Sur base de cet enregistrement, il est possible de connaître le nombre de nouveau-nés de moins de 28 jours qui ont été pris en charge dans un service de néonatalogie en Belgique suite à un problème d'exposition à l'alcool ou à une ou plusieurs drogues ou médicaments psychotropes lors de la grossesse et/ou pendant l'allaitement maternel. L'exposition prénatale et, dans une moindre mesure, l'exposition périnatale à l'alcool ou à certaines drogues ou médicaments psychotropes occasionne (comme bon nombre de médicaments ou substances) des troubles développementaux plus ou moins sévères, variables en fonction des effets tératogènes du produit, de la quantité exposée ainsi que de la période et de la durée de l'exposition.

Comme l'indique le tableau 29, le nombre de nouveau-nés pris en charge pour une exposition à l'alcool ou aux drogues/médicaments psychotropes est en diminution progressive sur la période 2008-2010. Les cas les plus fréquents sont les prises en charge d'un syndrome de sevrage à une ou plusieurs drogues ou médicaments psychotropes.

Tableau 29 : Nombre de nouveau-nés pris en charge dans un service de néonatalogie suite à un problème d'exposition à l'alcool ou aux drogues. Résumé Hospitalier Minimum 2008-2010

	2008	2009	2010
Syndrome d'alcoolisation fœtale	14	14	14
Syndrome de sevrage (pour drogues ou médicaments psychotropes)	74	50	50
Exposition nocive aux opiacés et narcotiques apparentés	24	31	20
Exposition nocive aux hallucinogènes	13	6	7
Exposition nocive à la cocaïne	12	8	6
Total	137	109	97

Source : Service Data management du SPF santé

2.3.4 LA MORTALITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Dans la partie suivante, nous présentons l'évolution annuelle du nombre de décès enregistrés en Région de Bruxelles-Capitale et en Région wallonne, dont la cause initiale¹⁹³ est liée à l'usage, de drogues, d'alcool et de médicaments psychotropes observés. Le terme «drogues» couvre l'ensemble des substances suivantes : opiacés (héroïne, méthadone, morphine, etc.), stimulants (cocaïne, amphétamines, MDMA, etc.), hallucinogènes (LSD, mescaline, etc.) et cannabis. La mortalité liée à l'alcool est abordée selon deux définitions : d'une part les décès dont la cause initiale est une maladie ou une complication spécifiquement due à la consommation d'alcool (alcool stricte), et d'autre part les décès dus à des maladies dans lesquelles l'alcool joue un rôle prépondérant mais pas exclusif (en l'occurrence certains cancers des voies aéro-digestives supérieures). Enfin, le terme «médicaments psychotropes» correspond quant à lui à l'ensemble des produits suivants : hypno-sédatifs (benzodiazépines, hypnotiques, barbituriques, etc.), anti-épileptiques et autres médicaments psychotropes non classés ailleurs. Les décès répertoriés couvrent à la fois les cas d'intoxications létales intentionnelles et accidentelles, mais également les cas de décès imputables à des troubles mentaux ou comportementaux induits par la consommation de ces produits. Néanmoins, ils n'incluent pas les décès liés aux accidents de la circulation ou à une mauvaise manipulation d'une machine ayant pu être causé par l'usage d'un produit dans le cas des drogues et des médicaments psychotropes (mais bien dans le cas de l'alcool), car dans ces cas l'usage du produit est mentionné en cause associée (or, nous ne rapportons ici que les décès pour lesquels l'usage d'un produit est mentionné en cause initiale).

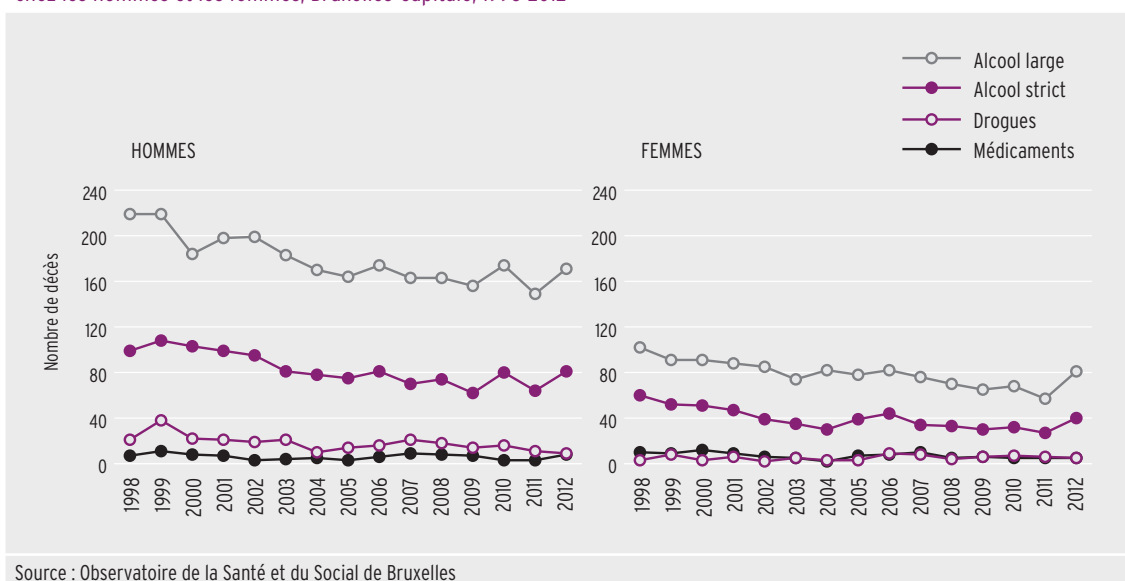
Les données de chaque région sont présentées séparément parce qu'elles ne couvrent pas parfaitement la même population : il s'agit des personnes décédées en Wallonie (indépendamment du lieu de résidence) en ce qui concerne les décès enregistrés en Région wallonne, alors qu'il est question des personnes décédées parmi les résidents de la Région de Bruxelles-Capitale (indépendamment du lieu de décès) en ce qui concerne les décès enregistrés dans cette région.

2.3.4.1 Mortalité en Région de Bruxelles-Capitale

Dans la figure 27, nous présentons l'évolution annuelle du nombre de décès enregistrés chez les hommes et chez les femmes résidant en Région de Bruxelles-Capitale et dont la cause initiale du décès est liée à l'usage de drogues, de médicaments psychotropes ou d'alcool.

193 La cause initiale est définie comme "la maladie ou le traumatisme, qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence, qui ont entraîné le traumatisme mortel".

Figure 27 : Évolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues illégales, de médicaments psychotropes et d'alcool chez les hommes et les femmes, Bruxelles-Capitale, 1998-2012



On constate que la **mortalité liée à l'alcool est nettement plus élevée que celle liée aux drogues illégales** ou aux médicaments psychotropes. Ainsi, lorsque l'on s'en tient à une définition stricte de la mortalité liée à l'alcool, sur l'ensemble de la période 1998-2012, on a enregistré 5,3 fois plus de décès liés à l'alcool que de décès liés aux drogues illégales (4,6 fois plus pour les hommes et 7,6 fois plus pour les femmes), ce rapport passant à 11,1 lorsque l'on utilise une définition large de la mortalité liée à l'alcool. Rappelons que ces définitions incluent aussi les décès de la circulation, que nous rapportons au point 2.4.4 (accidents de la circulation sous l'influence d'alcool). Ce constat fait échos au dernier rapport mondial de l'OMS sur les conséquences de l'alcool sur la santé (OMS, 2014), qui pointe que l'usage nocif d'alcool est un problème de santé publique majeur qui causerait dans le monde environ 3,3 millions de décès chaque année (soit 5,9 % de la mortalité annuelle). On notera néanmoins une progressive diminution du nombre de décès liés à l'alcool enregistrés en Région de Bruxelles-Capitale sur la période étudiée, quoique l'on observe une importante ré-augmentation du nombre de cas (en particulier chez les femmes) en 2012.

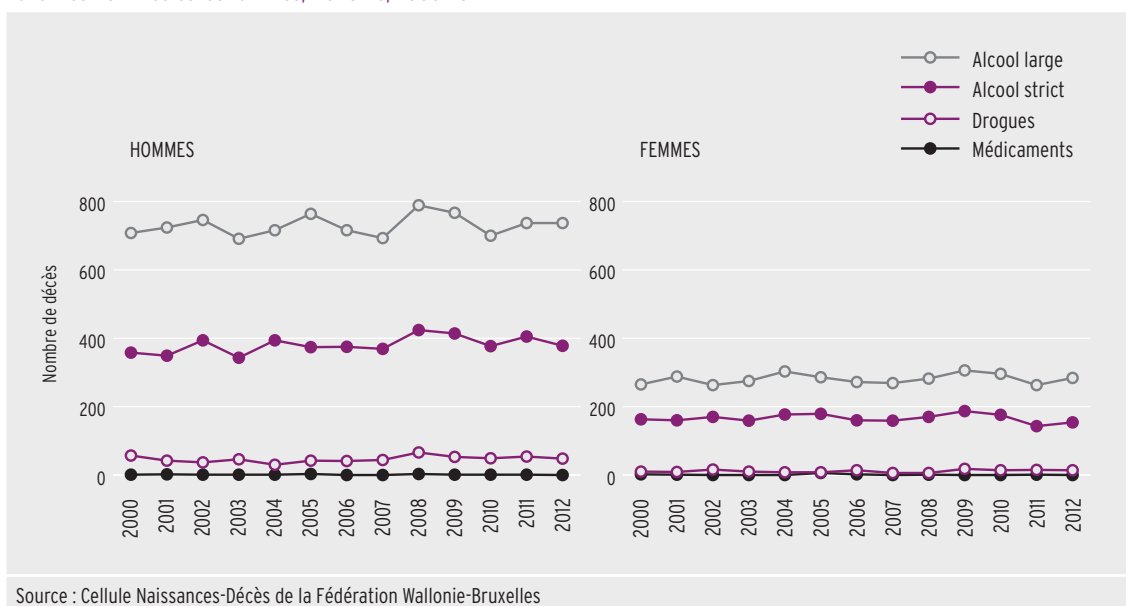
Une comparaison des deux figures montre clairement que les nombres de décès liés aux drogues et à l'alcool sont globalement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Cette différence est bien évidemment à mettre en relation avec le fait que les hommes sont plus enclins que les femmes à consommer des substances psychoactives et à développer subséquemment des problèmes d'abus ou de dépendance qui les exposent davantage aux risques de mortalité associés (voir par exemple Lynch, Roth & Carroll, 2002 ; OEDT, 2008). Toutefois, alors que les décès liés à l'usage d'alcool et de drogues sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, la situation s'inverse en ce qui concerne les décès liés aux médicaments psychotropes, probablement en raison de la tendance des femmes à avoir plus souvent recours que les hommes à ces derniers lorsqu'elles envisagent de mettre un terme à leur existence (e.g. Raja & Azzoni, 2004 ; Rhodes et al., 2008 ; Värnik et al., 2008), mais aussi parce qu'elles sont de plus grandes consommatrices de ces substances que les hommes. En effet, selon l'enquête HIS réalisée en Belgique en 2008, la **prévalence de consommation de médicaments psychotropes** dans les 24 heures précédant l'enquête est systématiquement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, tant pour les anxiolytiques (6 % versus 3,1 %), les analgésiques (7,5 % versus 3,9 %), les hypnotiques (4,4 % versus 1,9 %) ou encore les antidépresseurs (7,2 % versus 3,4 %).

Plus spécifiquement, dans le cas des hommes, on constate une tendance à la diminution¹⁹⁴ du nombre de décès enregistrés sur la période 1998-2012 en ce qui concerne les drogues illégales, le nombre de décès étant plus stable dans le cas des médicaments psychotropes. Sur l'ensemble de la période, le nombre de décès reste plus important pour les drogues (271 décès sur la période 1998-2012) que pour les médicaments psychotropes (91 décès). Dans le cas des femmes, on constate que les nombres de décès liés à l'usage de drogues et de médicaments psychotropes sont relativement stables dans le temps. Mais contrairement à ce que l'on observait pour les hommes, on constate que le nombre de décès est globalement plus important pour l'usage de médicaments psychotropes que pour celui de drogues, mais cette différence reste peu marquée.

2.3.4.2 Mortalité en Région wallonne

Les données de mortalité survenue sur le territoire de la Wallonie sont centralisées et gérées par la Cellule Naissances-Décès de la FWB. Nous avons utilisé les mêmes critères définitionnels et ambitionnions de pouvoir comparer voire fusionner ces chiffres à ceux recensés en Région de Bruxelles-Capitale. Néanmoins, comme énoncé précédemment, il ne s'agit pas précisément de la même population, de sorte qu'ils ne peuvent être parfaitement comparés. En effet, le nombre plus élevés de décès enregistrés en Wallonie en lien l'usage de ces produits pourrait s'expliquer en tout ou en partie par la taille différente des populations des deux régions et par le fait que les bases de données ne sont pas parfaitement comparables (définition *de jure* dans un cas et *de facto* dans l'autre).

Figure 28 : Évolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues illégales, de médicaments psychotropes et d'alcool chez les hommes et les femmes, Wallonie, 2000-2012



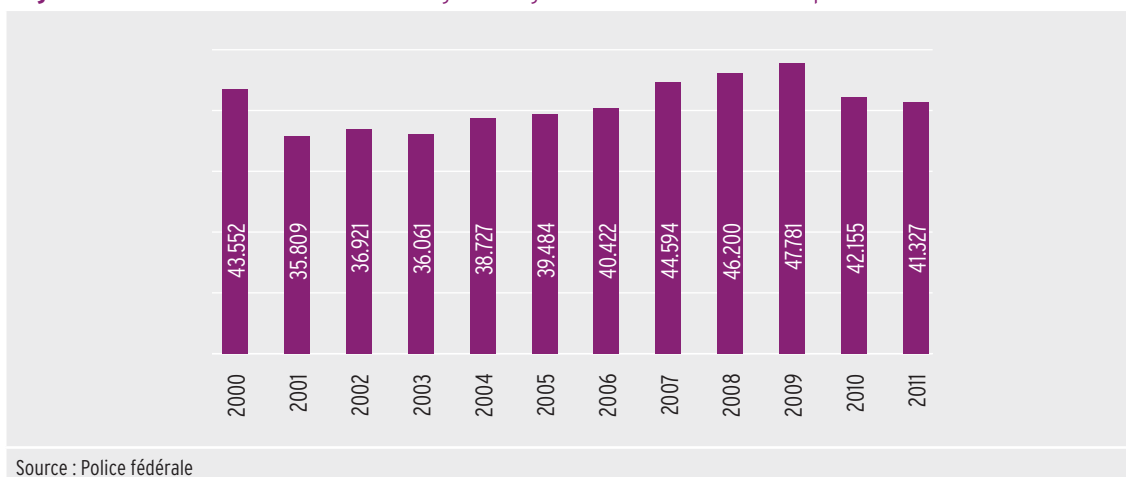
194 On constate toutefois un pic important de mortalité lié à l'usage de drogues chez les hommes pour l'année 1999. Ce pic est en fait dû à une augmentation des décès liés à la consommation d'opiacés, mais nous n'avons pu trouver d'explication plausible à ce phénomène (produit de coupe potentialisant les risques de dosage léthal, héroïne anormalement pure, etc.).

2.4 LES CONSÉQUENCES SOCIALES

2.4.1 DONNÉES RECUEILLIES PAR LES FORCES DE L'ORDRE

Des données concernant la criminalité enregistrées sur le territoire belge en lien avec les drogues sont fournies dans le rapport annuel de la police fédérale sur les statistiques policières de criminalité (voir rapport annuel 2011). Ces statistiques portent sur les infractions pour lesquelles un procès-verbal a été dressé, ce qui inclut à la fois les infractions accomplies et les tentatives d'infractions. Elles doivent donc être interprétées avec prudence (y compris celles liées aux stupéfiants, reprises dans la figure 29). En effet, si les fluctuations que l'on observe au niveau des chiffres de la criminalité peuvent avoir pour origine une augmentation ou une diminution réelle de certaines formes de criminalité, elles peuvent aussi être le reflet d'autres facteurs tels que des modifications de la politique de sécurité au(x) niveau(x) fédéral et/ou local, des changements au niveau de la disposition de la population à signaler les infractions. Ces fluctuations peuvent également dépendre directement de modifications au niveau de la nomenclature d'enregistrement¹⁹⁵.

Figure 29 : Nombre d'infractions liées aux drogues enregistré au niveau national sur la période 2000-2011



Dans le tableau ci-contre, on constate que la majorité (64,5 %) des infractions enregistrées en 2011 concerne des faits de détention de drogues. Le commerce et l'importation/exportation totalisent quant à eux environ 26 % des infractions.

Tableau 30 : Types d'infractions liées aux drogues enregistrés au niveau national en 2011

	N	%
Détention ¹⁸⁸	26.644	64,5
Commerce	5.963	14,4
Importation et exportation	4.770	11,5
Facilitation/incitation à l'usage	1.420	3,4
Fabrication	1.246	3,0
Autres ¹⁸⁹	1.284	3,1
Total	41.327	100

Source : Police fédérale

¹⁹⁵ Par exemple, la baisse brutale d'infractions constatées en 2010 serait due, selon la police fédérale, à un changement dans la pratique d'enregistrement, car avant cette période un même fait pouvait à la fois être enregistré comme «usage de drogue» et comme «détention»; l'usage impliquant la détention, alors que depuis 2010 ces faits sont enregistrés uniquement sous l'étiquette «détention de drogue».

¹⁹⁶ Les infractions pour détention de moins de 3g de cannabis, qui peuvent faire l'objet d'un procès-verbal simplifié, sont également comptabilisées.

¹⁹⁷ Cette catégorie reprend les infractions en lien avec les médicaments contrôlés (méthadone, morphine, etc.) : délivrance illégale, falsification de prescriptions médicales, etc.

Le tableau 31 montre que le type de drogues le plus fréquemment lié aux infractions de détention, de commerce et d'import/export constatées en 2011 est le cannabis (en ce qui concerne la détention de cannabis, le nombre inclus les infractions ayant fait l'objet d'un procès-verbal simplifié), suivi de loin par la cocaïne, l'ecstasy/amphétamines, et les opiacés. Les autres types de produit sont moins fréquemment impliqués dans les infractions constatées.

Tableau 31 : Nombre d'infractions par type de faits et type de drogues enregistré au niveau national en 2011¹⁹⁰

	Détention	Commerce	Import/Export
Cannabis	14.869	2.957	2.997
XTC et amphétaminiques	1.712	922	134
Opiacés	1.365	862	283
Coca/cocaïne	1.542	1.099	449
Médicament (classé stupéfiant)	171	110	21
Hallucinogènes	128	38	60
Précurseur	90	19	8
Autres (GHB, Khat, etc.)	1.596	822	314

Source : Police fédérale

2.4.2 CONDUITE SOUS L'INFLUENCE DE DROGUES

L'utilisation de test salivaire¹⁹⁹ afin de détecter plus efficacement une récente consommation de drogues illégales auprès des conducteurs belges est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2010. Cette technique a été mise en place afin de remplacer le screening via des tests psychomoteurs et urinaires, jugés peu fiables et pas pratiques sur le terrain. Dans la pratique, un test salivaire peut être imposé (concomitamment à un test d'haleine) lorsque le policier suspecte (à l'aide d'une check-list standardisée) que le conducteur d'une voiture, d'une moto, d'un vélo ou d'un cheval (ou la personne qui est sur le point de les conduire/monter) est sous l'emprise d'un produit stupéfiant. En cas de test positif, un prélèvement sanguin est ensuite effectué afin de confirmer objectivement la présence de drogue(s) dans le sang. Par ailleurs, les refus sont automatiquement considérés comme un résultat positif.

Nous ne connaissons pas le nombre de tests salivaires effectués annuellement sur le territoire belge car ils ne sont pas comptabilisés. Seules les analyses sanguines faisant suite aux tests salivaires positifs sont enregistrées, mais elles ne sont pas centralisées en vue de réaliser des statistiques globales. Néanmoins, nous avons accès aux résultats des analyses effectuées par l'Institut National de Criminologie et de Criminologie (INCC), chargé d'effectuer la majorité des analyses sur le territoire belge. Les résultats qui en sont issus peuvent donc être considérés comme représentatifs, même si le nombre d'analyses réalisées est sous-estimé.

Comme l'indique le tableau 32, la plupart des analyses sanguines faisant suite à un test salivaire positif ont objectivé la présence d'une ou plusieurs drogues illégales dans le sang. Néanmoins, le nombre de faux positifs²⁰⁰ est de 13 % pour l'année 2012, ce qui veut dire que 223 conducteurs ayant eu un test salivaire positif ont été soupçonnés à tort et injustement privés de conduite pendant 12 heures. La grande majorité des analyses (73,1 % en 2012) impliquait une seule substance, le cannabis étant la substance la plus fréquemment identifiée (45,2 % en 2012). Toujours en 2012, les amphétamines ont été détectées dans 15,2 % des échantillons, et la cocaïne dans 10,5 % d'entre eux, les opiacés étant plus rarement impliqués

198 Un même fait en matière de drogues peut être lié à plusieurs produits, ce qui implique une comptabilisation multiple au sein de chaque type de faits. À noter que le rapport officiel de la police fédérale ne fournit pas de données par produit pour les autres types de fait.

199 Pour une analyse critique de ce dispositif, nous renvoyons le lecteur à notre rapport 2010 (ou au tiré à part) disponible sur le site Internet d'Eurotox.

200 L'INCC parle de «valeur en dessous du seuil légal», mais il s'agit plus précisément de normes scientifiques ayant été retenues au niveau légal, en dessous desquelles un test positif est jugé non fiable. Nous préférons donc parler ici de «faux positifs».

(2,2 %). Enfin, 13,9 % des analyses effectuées en 2012 ont objectivé la présence d'au moins deux produits dans le sang des conducteurs ayant fait l'objet d'une prise de sang après un test salivaire positif.

Si l'objectif principal et louable des tests salivaires est d'améliorer la sécurité routière, il convient de remarquer que l'utilisation de ces derniers participe plutôt, à l'heure actuelle, à la pénalisation/criminalisation des usagers de drogues. En effet, la tolérance zéro est d'application (autrement dit, il n'y a pas de seuil minimal, comme il en existe pour l'alcool). Pourtant, certaines substances peuvent être détectées dans la salive plus de 48 heures après avoir été consommées (amphétamines, opiacés, etc.) alors que les effets susceptibles d'altérer les capacités de conduite ont disparu. Cela a pour conséquence que certains conducteurs sont lourdement sanctionnés (l'amende encourue allant de 1.100 à 11.000 euros) pour avoir conduit un véhicule alors qu'ils n'étaient plus véritablement sous l'effet d'un produit et que leur usage ne constituait donc pas vraiment une menace pour la sécurité routière. Il y a donc aussi ici clairement une surestimation du nombre de conducteurs «positifs» qui étaient effectivement sous l'influence de drogues lors du contrôle.

Tableau 32 : Détection de drogues dans les prélèvements de sang faisant suite à un test salivaire positif en Belgique, 2011-2012

	2011		2012	
	n	%	n	%
Cannabis	726	52,5	777	45,2
Amphétamine	202	14,6	261	15,2
Cocaïne	124	9,0	181	10,5
Opiacés	31	2,2	38	2,2
Deux produits ou +	186	13,4	238	13,9
Faux positifs	115	8,3	223	13,0
Total	1.384	100	1.718	100

Source : Belgian National Report on Drugs 2013

2.4.3 CONDUITE SOUS L'INFLUENCE D'ALCOOL

Une estimation de la prévalence de la conduite sous l'influence d'alcool est réalisée tous les deux ans par l'IBSR (Institut Belge de la Sécurité Routière), en collaboration avec les forces de police locale et fédérale. En 2012, 139 zones de polices ont participé à l'opération, qui a duré deux mois. Concrètement, deux ou trois contrôles ont été effectués par chacune de ces zones, sur des routes et durant des plages horaires sélectionnées de manière aléatoire par l'IBSR. Sept unités de police de la route ont quant à elles chacune effectué une dizaine de contrôles aléatoires au niveau d'entrées ou de sorties d'autoroutes. Les policiers avaient pour consigne de ne pas appliquer de critères de sélection des conducteurs et d'en contrôler le plus grand nombre possible afin que l'échantillonnage soit aléatoire et représentatif de l'ensemble des conducteurs. Néanmoins, pour des raisons pratiques, les contrôles étaient limités aux conducteurs de voitures personnelles et de camionnettes²⁰¹ (exclusion donc des véhicules tels que les camions, car, minibus, etc.).

En 2012, 10.374 automobilistes ont été contrôlés dans le cadre de cette opération (voir Riguelle, 2014). Il ressort des analyses que 2,4 % des conducteurs contrôlés sur l'ensemble du territoire roulaient sous l'influence d'alcool (c'est-à-dire avec une concentration d'alcool dans l'air alvéolaire expiré supérieur à la limite légale). Le pourcentage de contrôles positifs est plus important en Wallonie qu'en Flandre, mais cette différence n'est plus statistiquement significative lorsque l'on prend en compte l'âge et le sexe des conducteurs ainsi que leur provenance et la période de la semaine durant laquelle le contrôle a été effectué.

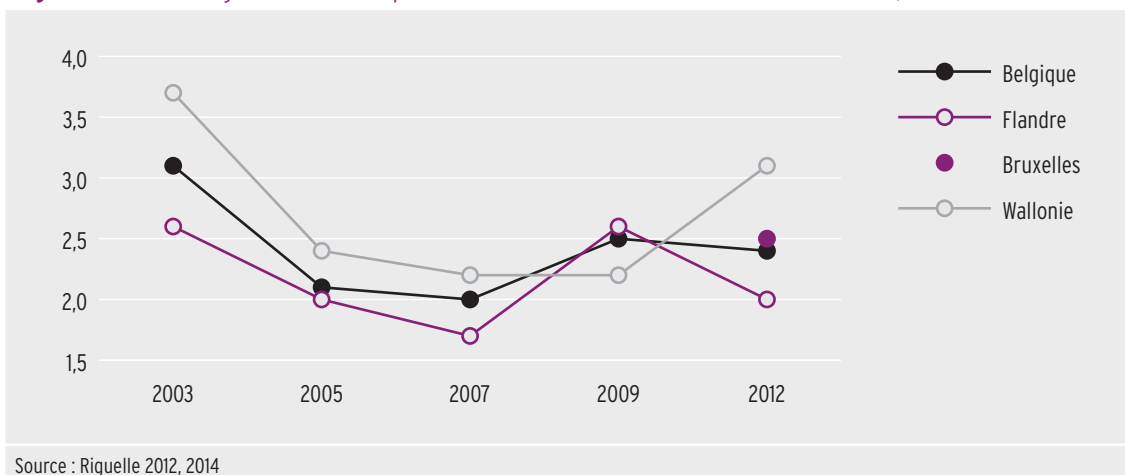
201 Lors de l'opération 2012, 926 conducteurs de camionnette ont également été contrôlés, mais nous n'en rapporterons pas ici les résultats.

Tableau 33 : Conduite sous influence d'alcool chez les conducteurs de voiture en Belgique, 2012

	Wallonie	Bruxelles	Flandre	Belgique
Nbre de zones de police participantes	52	6	81	139
Nbre de contrôles	190	15	273	478
Positif : $\geq 0,22$ et $< 0,35$ mg/l (%)	1,0	0,4	1,1	1,0
Positif : $\geq 0,35$ mg/l (%)	2,1	2,1	0,9	1,4
Positif total (%)	3,1	2,5	2,0	2,4

Source : Riguelle 2012, 2014

La figure 30 présente l'évolution du pourcentage de contrôles positifs enregistrés lors des opérations menées de 2003 à 2012, par région²⁰² et sur l'ensemble du territoire belge. On constate qu'au niveau national ce pourcentage a diminué entre 2003 et 2005, et qu'il est depuis 2009 en légère hausse, bien que cela ne soit pas statistiquement significatif.

Figure 30 : Pourcentage de conducteurs positifs au test d'haleine de détection d'alcool au volant, 2003-2012

2.4.4 ACCIDENTS DE LA CIRCULATION SOUS L'INFLUENCE D'ALCOOL

L'IBSR publie annuellement un rapport sur les statistiques d'accidents de la route dans lequel on retrouve des données sur les accidents de la route avec dégâts corporels (c'est-à-dire comptant au moins un blessé ou un tué) en lien avec une consommation d'alcool (voir Focant, 2013). D'un point de vue méthodologique, l'implication de l'alcool dans les accidents de la route est objectivée sur base d'un test d'haleine qui doit être effectué auprès de tous les conducteurs impliqués dans un accident corporel de roulage. Ces statistiques sous-estiment l'implication de l'alcool pour deux raisons. Premièrement, les tests d'haleine ne peuvent être effectués en cas de décès ou de blessure grave, et la police n'est pas informée des résultats des analyses sanguines qui sont alors effectuées en vue d'objectiver l'éventuelle implication d'une substance. Deuxièmement, malgré la directive imposant depuis 2006 aux forces de l'ordre de devoir réaliser un test d'haleine chez les conducteurs impliqués dans un accident corporel, ce dernier n'est pas encore systématiquement réalisé chez les conducteurs indemnes ou légèrement blessés (66 % d'entre eux y ont été soumis en 2012).

202 Les données récoltées en Région de Bruxelles-Capitale de 2003 à 2009 n'ont pu être incluses en raison du trop petit nombre de contrôles effectués dans cette région, qui s'explique par une charge de travail trop importante incompatible avec une participation à ces opérations de contrôle.

On peut constater dans le tableau 34 que le pourcentage de conducteurs²⁰³ impliqués dans un accident corporel pour lequel un test d'haleine a été effectué est en augmentation progressive sur la période 2005-2012, ce qui pourrait correspondre à une application progressive de la directive de 2006. Malgré cette augmentation des contrôles, le pourcentage de conducteurs sous influence de l'alcool²⁰⁴ est relativement stable dans le temps (10,5 % en 2012 contre 11,4 % en 2005), quoique l'on observe une tendance à la diminution depuis 2009 (-1,5 %).

Tableau 34 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Belgique, 2005-2012

	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence	% conducteurs testés	% conducteurs sous influence
2005	93.257	32.804	3.755	35,2	11,4
2006	93.067	39.861	4.216	42,8	10,6
2007	94.474	46.118	4.941	48,8	10,7
2008	92.385	52.457	5.582	56,8	10,6
2009	90.202	52.644	6.307	58,4	12,0
2010	86.764	53.443	6.231	61,6	11,7
2011	91.243	56.542	5.968	62,0	10,6
2012	84.615	53.289	5.604	63,0	10,5

Le détail par type de conducteurs est présenté dans le tableau 35 pour l'année 2012. Sans surprise, on constate notamment que les conducteurs de voitures sont ceux qui sont les plus fréquemment impliqués dans les accidents corporels de la circulation, qu'ils sont majoritairement testés (69,1 %), et qu'environ 1 sur 8 parmi ces derniers s'est avéré être sous l'influence de l'alcool.

Tableau 35 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Belgique, par types de conducteurs, 2012

	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence	% conducteurs testés	% conducteurs sous influence
Piétons	4.929	946	105	19,2	11,1
Cyclistes	9.119	4.134	190	45,3	4,6
Cyclomotoristes	4.748	2.983	278	62,8	9,3
Motocyclistes	3.745	2.214	174	59,1	7,9
Voitures	53.000	36.625	4.432	69,1	12,1
Camionnettes	4.246	3.164	345	74,5	10,9
Poids lourds	2.526	1.953	32	77,3	1,6
Autobus/autocars	775	551	4	71,0	0,7
Autres	988	614	34	62,2	5,6
Inconnus	538	104	11	19,3	10,5
Total	84.615	53.289	5.604	63,0	10,5

203 La notion de conducteur doit être ici entendue dans une acception large, puisqu'elle inclut également les piétons impliqués dans un accident de la circulation. Ceux-ci sont toutefois relativement peu nombreux par rapport aux conducteurs de véhicules (voiture, vélo, moto, camion, etc.), puisqu'en 2012 ils ne représentaient que 5,8 % des personnes impliquées dans un accident corporel.

204 Le nombre de conducteurs sous l'influence de l'alcool comprend à la fois les conducteurs pour lesquels le test d'haleine a été réalisé et ceux qui l'ont expressément refusé (environ une centaine de cas par année), ces derniers étant considérés comme positifs et sanctionnés de la même manière.

Enfin, le tableau 36 montre que le nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous l'influence de l'alcool est en baisse depuis 2009, tout comme le nombre de victimes. Parallèlement, l'indice de gravité (établi sur base du nombre de décès enregistrés sur 1000 accidents) est également en diminution depuis plusieurs années.

Tableau 36 : Nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous influence de l'alcool, nombre de victimes et estimation de la gravité des accidents en Belgique, 2005-2012

	Nbr accidents corporels	Total Victimes	Blessés	Décédés 30 jours	Gravité
2005	3.678	5.200	5.162	38	10,3
2006	4.115	5.815	5.761	54	13,1
2007	4.836	6.718	6.658	60	12,4
2008	5.457	7.483	7.429	54	9,9
2009	6.142	8.349	8.294	55	9,0
2010	6.054	8.299	8.250	49	8,1
2011	5.829	7.908	7.862	46	7,9
2012	5.461	7.340	7.294	46	8,4

En résumé, alors que les contrôles d'alcoolémie sont de plus en plus appliqués lors des accidents avec dégâts corporels, on observe depuis 2009 une légère diminution du pourcentage de conducteurs sous l'influence de l'alcool. Parallèlement, on observe une diminution du nombre d'accidents corporels et de victimes impliquant une personne alcoolisée. Cette évolution pourrait correspondre à une prise de conscience et à un changement de comportement de certains conducteurs, qui éviteraient de prendre la route en cas d'alcoolisation et/ou essaieraient d'adapter leur conduite de manière à réduire les risques d'accidents, peut-être en lien avec certaines campagnes de prévention de l'IBSR. Néanmoins, malgré cette évolution, l'alcool reste encore trop souvent impliqué dans les accidents de la route avec dégâts corporels.

2.4.5 DISPONIBILITÉ ET OFFRE

2.4.5.1 Les saisies en Belgique

Le tableau 37 présente le nombre de saisies (ainsi que les quantités associées, exprimées en kilogrammes ou en nombre de pilules/cartons) enregistrées annuellement pour chaque produit par la Police Fédérale Belge. Ces données ne permettent évidemment d'appréhender que de manière indirecte la disponibilité de ces substances sur le territoire belge. En outre, les variations annuelles ne reflètent pas forcément des fluctuations de disponibilité, car elles sont aussi impactées par des modifications du contexte politique et des stratégies de poursuite (e.g. une plus grande «tolérance» envers les petites infractions au cannabis) et des moyens alloués à la répression, ainsi que par d'occasionnelles saisies «exceptionnelles».

Tableau 37 : Nombre et quantités des saisies opérées en Belgique, Police Fédérale Belge, 2006-2012

Année	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie
Cannabis résine (kg)	5.546	10.481	5.870	58.545	4.921	1.529	6.206	18.660	5.048	3.153	5.156	5.020	4.500	1.338
Cannabis herbe (kg)	17.668	4.563	19.196	12.759	16.831	4.891	22.274	4.486	21.485	5.208	21.784	5.095	19.672	5.635
Cannabis (n de plants)*	73	110.368	466	148.251	666	115.040	732	143.311	979	312.528	1.070	337.955	1.111	330.675
Héroïne (kg)	2.341	176	2.850	549	2.307	63	3.054	275	3.433	386	2.176	140	1.953	113
Cocaïne (kg)	3.708	3.946	3.656	2.470	3.345	3.852	4.021	4.605	3.448	6.844	3.263	7.999	3.349	19.178
Amphétamines (kg)	2.933	119	2.767	484	2.646	411	2.944	49	2.912	362	2.699	112	2.548	54
Métamphétamine (kg)	\	\	\	\	\	\	\	\	64	39	91	2	93	3,4
Ecstasy (n de pilules)	2.009	48.2904	1.798	541.245	1.412	162.821	921	31.025	650	32.954	838	64.384	1.015	26.874
LSD (n de cartons)	1	120	1	1	\	\	\	\	59	3.924	78	838	44	225
GHB (litre)	\	\	\	\	\	\	\	\	\	\	\	\	507	76
Khat (kg)	\	\	\	\	\	\	\	\	\	\	\	\	70	1.298

* L'importante augmentation du nombre de plants de cannabis saisis à partir de 2010 par rapport aux années antérieures s'explique par un changement dans le mode d'estimation des saisies. En effet, avant 2010, seules les plantes effectivement saisies étaient comptabilisées alors que, depuis 2010, lorsqu'une installation est saisie mais que la récolte a déjà été effectuée, une estimation du nombre de plants cultivés est effectuée sur base de l'espace disponible et/ou du nombre de boutures saisies.

2.4.5.2 Le prix des drogues en Belgique

Chaque année, l'OEEDT sollicite les différents points focaux des pays membres afin de récolter des informations sur le prix des drogues. En Belgique, nous disposons de deux sources d'information permettant d'estimer le prix des drogues : d'une part celle de la Police Fédérale, qui comprend à la fois des données sur les prix d'achat (fournis par les usagers interpellés) et de revente (fournis par les dealers interpellés) ; d'autre part, l'enquête d'Eurotox sur les prix des drogues «en rue», menée auprès des usagers par différents partenaires (travailleurs de rue, comptoirs d'échange de seringues, intervenants en milieu festif, etc.)²⁰⁵. Dans le cadre de cette enquête, il s'agit concrètement de récolter des informations sur le prix des produits achetés par les usagers pour leur consommation personnelle et non pour la revente (d'où l'appellation «en rue»). Grâce à la synthèse de ces deux sources d'information, nous sommes en mesure de fournir une estimation relativement précise du marché du prix des drogues en Belgique.

Ces estimations permettent d'éclairer et de mieux comprendre les changements de consommation qui peuvent survenir au fil des ans. C'est aussi sur base de ce type de monitoring qu'une équipe a récemment objectivé l'échec des politiques répressives (voir Werb et al., 2013). Les auteurs, qui ont analysé différentes bases de données internationales (dont celles de l'OEEDT) de manière longitudinale, ont mis en évidence qu'entre le début des années 90 et la fin des années 2000, la pureté des produits s'est continuellement améliorée et que leurs prix ont progressivement diminué (lorsque l'on tient compte de l'inflation et de l'évolution de leur pureté). Parallèlement, les saisies ont été relativement stables voire en augmentation, alors que les moyens répressifs alloués à la diminution de l'offre n'ont cessé de croître. Globalement, l'analyse longitudinale de ces indicateurs invalide donc clairement l'efficacité de l'approche prohibitionniste, qui devrait logiquement entraîner une diminution de la disponibilité des produits et de leur pureté, ainsi qu'une augmentation de leur prix.

205 Il convient toutefois de noter que les données issues des saisies policières couvrent l'ensemble de la Belgique alors que les données fournies par l'enquête Eurotox sont limitées à l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

A. LE PRIX DES DROGUES ESTIMÉ À PARTIR DES SAISIES POLICIÈRES

Le tableau 38 montre l'évolution des prix des drogues tels qu'estimés à partir des saisies effectuées par la Police Fédérale²⁰⁶. D'un point de vue méthodologique, il s'agit de données agrégées au départ des informations contenues dans les rapports de police communiqués au Service Central Drogues de la Police Fédérale tout au long de l'année civile et sur l'ensemble du territoire belge. Il s'agit, plus précisément, du prix de vente et du prix d'achat (estimé en euros) déclarés respectivement par les dealers et les consommateurs lors de leur interrogatoire.

Tableau 38 : Évolution du prix moyen en euros des drogues en Belgique (prix estimés à partir des saisies policières), Police Fédérale Belge, 2003-2012

	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cannabis résine (1 gramme)	5,50 (4-7)	6,00 (2,5-20)	6,65 (2-18,7)	6,53 (2-12)	7,35 (3-15)	6,96 (4-12)	7,20 (3-12,5)	7,00 (2-25)	8,90 (2,5-18,4)
Cannabis herbe (1 gramme)	5,00 (1-10)	5,75 (2,5-17)	5,38 (1,0-13,3)	5,97 (2-12,5)	6,98 (2,6-25)	7,15 (3-12,5)	7,47 (2,8-12,5)	7,90 (2,5-16,7)	8,70 (1,8-25)
Héroïne* (1 gramme)	25,50 (9-50)	24,70 (9-50)	26,10 (6,7-60)	25,00 (10-60)	24,6 (5-50)	23,50 (10-50)	24,60 (8-62,5)	28,70 (7-100)	27,40 (6-100)
Cocaïne (1 gramme)	44,50 (10-75)	50,32 (25-100)	48,04 (20-75)	48,23 (20-100)	49,28 (5-87)	50,86 (10-100)	50,10 (30-100)	54,20 (20-100)	55,30 (20-125)
Amphétamines (1 gramme)	10,00 (3-20)	9,85 (5-20)	8,53 (3,6-20)	10,52 (3-25)	7,61 (1,5-20)	9,84 (2,8-25)	8,10 (2,5-15)	7,60 (3-16,7)	8,90 (3-25)
Ecstasy (1 dose)	5,50 (2-13)	4,21 (0,3-20)	3,31 (0,5-10)	4,01 (1-10)	3,62 (1,1-10)	3,80 (1-10)	4,10 (1-10)	4,80 (1-10)	6,50 (1-10)
LSD (1 dose)	10,00 (7-13)	/	6,50 (2-10)	8,33 (5-10)	8,25 (6,5-10)	10,00 (10-10)	12,00 (12-12)	11,80 (7-15)	6,50 (3-10)
GHB (25ml)	/	/	/	/	/	/	15,40 (7-25)	18,00 (9-30)	15,00 (5-25)

Note : Les prix sont exprimés en euros. À titre indicatif, nous avons également mis entre parenthèses les prix les plus bas et les plus hauts mentionnés par les personnes interpellées (min-max).

* La police fédérale n'opère plus de distinction entre héroïne brune et blanche depuis 2006. Ainsi, les données des années 1999-2005 correspondent au prix de l'héroïne brune (de loin plus disponible sur le marché que l'héroïne blanche), alors que depuis 2006, il s'agit du prix de l'héroïne quelle qu'en soit la couleur.

On peut remarquer que les prix de ces produits, tels que déclarés par les contrevenants, subissent de légères fluctuations en dents de scie, tout en restant relativement stables au cours du temps. Ces fluctuations sont probablement (en partie) imputables aux variations de l'offre et de la demande, elles-mêmes liées au rapport entre le flux de production/acheminement et les quantités saisies. Ces prix sont en outre le reflet de moyennes nationales, et ils peuvent bien évidemment varier en fonction de la localisation géographique. Ainsi, et de manière générale, le prix de vente d'un produit sera moins élevé s'il se trouve à proximité de son lieu de production (par exemple, un laboratoire clandestin) ou de son lieu d'acheminement (par exemple, le port d'Anvers), car le nombre d'intermédiaires entre le producteur et le consommateur est dès lors moins important. Les prix déclarés peuvent également varier annuellement en fonction des proportions respectives des différents types de contrevenants («grossiste» versus petit dealer local), que nous ne connaissons malheureusement pas.

Ces remarques étant faites, on peut constater que la cocaïne reste encore actuellement la drogue la plus chère (environ 55 euros/gramme), quoique le prix moyen belge soit parmi les plus bas du marché mondial (la moyenne mondiale étant de 100 euros par gramme, selon la Global Drug Survey 2014). L'ecstasy est quant à lui à nouveau le produit le moins cher (6.5 euros/unité) parmi ceux recensés²⁰⁷. On notera aussi une augmentation progressive du prix du cannabis ces dernières années, ainsi que celui de la cocaïne (depuis 2010) et de l'héroïne (depuis 2009).

206 On notera que les données des années 2002 et 2004 ne sont pas disponibles. Pour les données antérieures, nous renvoyons le lecteur au rapport Eurotox 2009.

207 Cette différence de prix entre ces deux produits doit toutefois être relativisée par le fait que ce n'est pas la même unité qui est utilisée dans les deux cas (le gramme dans un cas, la dose dans l'autre).

B. LE PRIX DES DROGUES EN RUE

Depuis 2004²⁰⁸, Eurotox sollicite ses partenaires afin de récolter directement auprès des usagers des informations sur les prix des drogues achetées pour usage personnel (et donc non destinées à la revente, d'où l'appellation «en rue»). Concrètement, les partenaires ont pour consigne d'interroger, à l'aide d'un questionnaire standardisé, 10 à 20 % des usagers qu'ils rencontrent dans l'exercice de leurs activités sur une période d'environ 1 mois et demi. Nous calculons ensuite la moyenne, le minimum et le maximum des prix déclarés pour un gramme de chaque produit (sauf en ce qui concerne l'ecstasy et le LSD, dont les prix correspondent à une pilule et un carton, respectivement).

En 2013, nous avons compilé les informations fournies par 105 usagers interrogés par 10 partenaires : 3 à Bruxelles, 2 dans le Hainaut, 2 à Liège, 2 à Namur et 1 dans le Luxembourg.

Évolution des prix des drogues en rue

Comme on peut le voir dans le tableau 39, le **prix du cannabis** (résine et herbe) a fortement augmenté jusqu'en 2008, puis il a légèrement diminué avant de trouver une certaine stabilité de 2009 à 2011 (environ 8 euros par gramme). Il a ensuite à nouveau subi une augmentation ces deux dernières années, et il avoisine actuellement le prix de 10 euros le gramme. L'augmentation constatée jusqu'en 2008 pourrait être liée à une diminution temporaire de l'offre, due à une diminution de la production au Maroc (voir UNODC, 2009), à l'intensification des contrôles aux Pays-Bas, et à la présence corollaire de cannabis frelaté sur le marché (ayant pu entraîner une augmentation du prix du cannabis de «qualité»). La diminution puis la stabilisation du prix du cannabis sur la période 2009-2011 pouvait s'expliquer par la présence d'autres sources d'approvisionnement (production locale pour l'herbe de cannabis, production en provenance de l'Afghanistan pour la résine de cannabis, etc.) venues combler le manque de disponibilité du produit constaté en 2008. Enfin, l'augmentation observée depuis 2012 pourrait être la conséquence de la nouvelle législation en vigueur depuis le 1^{er} mai 2012 aux Pays-Bas, qui restreint désormais l'accès aux coffee-shops des Pays-Bas aux seuls résidents du pays (via l'introduction de la fameuse carte cannabis ou «wiet pass»). En effet, bon nombre de résidents belges se rendaient régulièrement aux Pays-Bas pour se procurer du cannabis dans les coffee-shops. Ce changement législatif a probablement engendré une augmentation de la demande au niveau du marché noir belge, entraînant une augmentation du prix du produit (qui pourrait ultérieurement être compensée par une augmentation de la production illégale sur le territoire belge). Ce changement de loi a aussi comme fâcheuse conséquence que les personnes qui ne consommaient jusqu'à ce moment du cannabis en l'achetant dans ces points de vente sont désormais en contact avec des dealers qui pourraient parfois leur proposer d'autres produits. En outre, il n'est pas impossible que l'augmentation de la demande engendre à nouveau la circulation de cannabis frelaté (dont le poids est augmenté à l'aide de sable, de microbilles de verre, etc.). On relate en effet depuis 2006 dans le Nord de la France, en Belgique, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et, plus récemment, en Allemagne la présence de cannabis coupé avec des microbilles de verre, du verre pilé, de la laine de verre ou encore de la farine, du sable, de la maïzena, voire du plomb, ce qui peut bien évidemment avoir des conséquences sur la santé des usagers (saturnisme, pathologie respiratoire, etc.). Plus généralement, le cannabis produit dans des conditions illégales peut avoir une influence nocive sur la santé des usagers en raison des risques de contamination par des bactéries ou champignons nocifs ainsi que de l'utilisation massive d'engrais et pesticides permettant de maximiser les récoltes.

Le **prix de l'héroïne** brune est relativement stable depuis plusieurs années. La diminution du prix de ce produit constatée à partir de 2008 est probablement une conséquence de la récente augmentation (surtout en 2007-2008) de la production d'opium en Afghanistan, qui reste le principal pays producteur. Bien que la production mondiale d'opium ait fortement diminué en 2010 en raison d'une maladie du pavot

208 Depuis l'enquête réalisée en 2010, nous avons légèrement remanié le questionnaire sur base des recommandations faites par l'OEDT afin d'améliorer la qualité des données récoltées et de l'harmoniser avec la collecte effectuée dans les différents pays de l'Union Européenne (voir EMCDDA, 2010). Concrètement, nous essayons désormais de récolter systématiquement des informations sur les quantités généralement achetées par les usagers et sur la qualité des produits, ainsi que sur le lieu d'achat habituel (ex. dans la rue, en milieu festif, chez un dealer, etc.). Ces informations ne nous sont malheureusement pas systématiquement communiquées, ce qui les rend parfois difficilement exploitables au niveau statistique, mais nous avons pu les utiliser pour homogénéiser l'échantillon à la base des résultats que nous présentons ici. Par exemple, nous avons pu éliminer des analyses les prix relatifs aux produits achetés en dehors de la Belgique (par exemple, du cannabis ou de l'héroïne achetés en Hollande) ainsi que les prix relatifs à l'achat de quantités particulièrement importantes et probablement destinées à la revente (par exemple, l'achat de mille pilules d'ecstasy au prix de 0,5 euros pièce).

à opium en Afghanistan (UNODC, 2012), cela ne semble pas avoir eu d'effet sur le prix de vente au détail de l'héroïne en Fédération Wallonie-Bruxelles, alors que l'on observe une augmentation au niveau du prix constaté lors des saisies effectuées par la police fédérale (voir tableau 38).

En ce qui concerne le **prix des psychostimulants**, ceux de la cocaïne et de l'ecstasy sont particulièrement stables ces dernières années (aux alentours de 50 euros le gramme et de 5 euros le comprimé, respectivement), alors que le prix des amphétamines fluctue légèrement en dents de scie autour de 10 euros le gramme.

Finalement, le **prix du LSD** se situe en 2013 aux alentours de 8 euros le carton, ce qui est également assez stable par rapport aux années précédentes, tout comme le **prix de la méthadone** au marché noir, qui tourne autour de 3 euros la gélule (le dosage pouvant varier de 28mg à 150mg).

Tableau 39 : Évolution du prix des drogues en rue en FWB, Eurotox, 2005-2013

	2005	2006-07	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cannabis résine (1 gramme)	5,50 (2,8-10)	6,80 (1,5-20)	8,70 (0,6-16)	8,20 (1,5-20)	7,70 (2-20)	8,00 (2-25)	9,50 (2-28)	9,70 (2-25)
Cannabis herbe (1 gramme)	5,70 (2-10)	6,30 (2-15)	9,20 (1-20)	8,10 (3-15)	8,20 (3-20)	8,10 (2-25)	9,80 (2-20)	9,90 (2-25)
Héroïne brune (1 gramme)	28,70 (10-50)	33,20 (10-75)	24,60 (10-52)	26,40 (10-50)	23,40 (8-70)	24,50 (6-75)	24,70 (6-100)	25,30 (7-80)
Cocaïne (1 gramme)	50,50 (35-125)	48,40 (20-75)	49,90 (25-81)	53,00 (25-120)	49,70 (20-100)	49,90 (20-100)	49,40 (15-150)	48,60 (10-100)
Amphétamines (1 gramme)	7,80 (1-12)	10,90 (5-30)	9,50 (3-20)	11,60 (2-40)	9,60 (2-40)	8,20 (2-25)	11,20 (4-25)	9,80 (2-15)
Ecstasy (1 comprimé)	5,20 (3-10)	6,20 (1-20)	6,10 (2-20)	6,20 (1-25)	4,70 (1-15)	5,10 (1-15)	5,60 (0,4-20)	5,00 (1-15)
LSD (1 carton)	8,80 (1,5-17,5)	8,90 (5-15)	10,50 (4-30)	9,50 (1-25)	9,60 (5-30)	8,00 (2-18)	8,80 (2-15)	8,30 (2-20)
Méthadone (1 gélule)	/	/	/	/	/	2,90 (1-10)	2,80 (1-10)	3,00 (1-10)

Note : Les prix sont exprimés en euros. À titre indicatif, nous avons également mis entre parenthèses les prix les plus bas et les plus hauts mentionnés par les personnes interrogées (min-max).

Budget hebdomadaire consacré à l'achat de produits en 2013

Nous avons récemment introduit dans l'enquête une question visant à relever le budget hebdomadaire consacré par les usagers à l'achat de produits. En moyenne, les usagers ayant participé à l'enquête 2013 ont déclaré consacrer un budget hebdomadaire «drogues» de 155 euros (min= 10 euros et maximum = 500 euros). Dans le tableau 40, nous présentons la répartition des usagers en fonction de ce budget. On constate que la majorité d'entre eux (59,5 %) consacre de manière hebdomadaire plus de 100 euros à l'achat de produits.

Tableau 40 : Budget hebdomadaire des usagers consacré à l'achat de produits, Eurotox, 2013

	n	%
Moins de 50 euros	19	24,0
Entre 50 et 100 euros	13	16,5
Entre 101 et 200 euros	16	20,3
Plus de 200 euros	31	39,2
Nombre de non réponses : 26		

Perspectives et limites

L'objectif du monitoring du prix des drogues est notamment de pouvoir éclairer, à l'aide des fluctuations des prix, les changements de comportement des consommateurs (ex : la diminution des prix des drogues entraîne-t-elle une surconsommation chez certains usagers ? Quel est l'impact des variations de prix des drogues sur les autres dépenses de l'utilisateur ?). Cette perspective permet de comprendre l'impact des variations du prix des drogues dans une perspective de santé publique, élargissant ainsi les approches économiques et policières. Néanmoins, il convient de mentionner les limites méthodologiques actuelles de cette enquête, susceptibles d'en affecter la fiabilité :

- 1) L'échantillon reste encore de petite taille (n=105 en 2013). On pourrait donc considérer que les chiffres mentionnés ne sont pas représentatifs des prix effectivement pratiqués en rue. Néanmoins, il faut garder à l'esprit qu'un grand nombre de consommateurs s'approvisionnent auprès des mêmes dealers, de sorte qu'il n'est a priori pas nécessaire d'interroger tous les consommateurs pour connaître les prix pratiqués. De plus, les prix que nous mentionnons ici sont relativement proches de ceux rapportés par la Police Fédérale.
- 2) Les prix des produits sont estimatifs pour deux raisons : premièrement, le poids des produits est approximatif puisqu'il ne correspond pas forcément au poids réel, les dealers ayant un intérêt économique à «sur-annoncer» le poids des produits qu'ils vendent. Deuxièmement, nous demandons aux usagers de fournir des prix «de mémoire» (prix habituel, prix minimum et prix maximum rencontrés sur l'année en cours), cet exercice mnésique étant en outre compliqué par le fait que le conditionnement des produits ne correspond pas toujours à une vente au gramme (l'héroïne étant par exemple souvent vendue en paquets de 0,3g) et que les prix peuvent légèrement varier d'une transaction à l'autre. On pourrait donc très bien concevoir que le prix d'un produit soit stable dans le temps alors qu'en fait les dealers le conditionnent en de quantités de plus en plus petites et éloignées du gramme.
- 3) Nous ne disposons d'aucune information directe sur la qualité des produits dont nous parlent les consommateurs, alors que les prix pratiqués sont en partie déterminés par la pureté des produits. Par exemple, un gramme de cocaïne pure à 60 % ne sera pas vendu au même prix qu'un gramme de cocaïne pure à 10 %. Afin d'en tenir compte autant que possible, nous demandons aux usagers de fournir une appréciation subjective sur la qualité habituelle des produits achetés sur l'année, mais il ne nous est pas possible d'effectuer des analyses qui en tiennent directement compte, en raison de la petitesse de l'échantillon.
- 4) Dans le même ordre d'idée, nous demandons également aux usagers de fournir des précisions sur les quantités généralement achetées, car le prix des produits varie (toute chose égale par ailleurs) de manière inversement proportionnelle à la quantité achetée. Cette information nous permet d'éliminer des analyses plusieurs mentions de prix de produits probablement achetés pour la revente.

2.4.5.3 Évolution de la pureté des produits

Par définition, les drogues illégales sont produites dans des conditions de clandestinité et en l'absence de normes qui assureraient la standardisation des produits vendus et consommés. Différents intermédiaires entre le producteur et l'utilisateur sont susceptibles d'en modifier la composition initiale, de sorte que ce dernier est continuellement confronté à des produits de composition variable et incertaine, dont la pureté en principe(s) actif(s) peut fortement fluctuer d'un échantillon à l'autre et entraîner des risques pour le consommateur.

Depuis plusieurs années, dans le cadre du système d'alerte précoce (voir chapitre 4), le Belgian Early Warning System on Drugs (BEWSD) centralise les rapports d'analyse de tous les échantillons de drogues qui ont été testés en Belgique par les laboratoires toxicologiques. La plupart des échantillons testés proviennent des saisies policières ou douanières effectuées tant au niveau d'importateurs/grossistes, de dealers et de simples usagers. Certaines analyses proviennent également d'usagers qui ont soumis leur produit au service de testing mis en place par l'asbl Modus Vivendi (98 échantillons en 2012). Cette multiplicité des sources de prélèvement explique l'importante hétérogénéité de pureté observée

entre les échantillons d'un même produit. Conséquemment, pour les produits susceptibles d'être coupés (héroïne, cocaïne, speed/amphétamine), les données reprises ici²⁰⁹ surestiment la concentration moyenne des produits qui finissent dans la poche des usagers, et il n'est actuellement pas possible d'obtenir des informations spécifiques sur les produits saisis à l'échelle des petits dealers et des usagers.

Comme le montre la figure 31, la concentration en THC des échantillons d'herbe et de résine de cannabis était particulièrement élevée de 2003 à 2005, puis elle a brusquement chuté. Mais une augmentation lente et progressive est constatée depuis quelques années. Actuellement (en 2012), la concentration moyenne en THC des échantillons analysés est de 13,2 % (herbe) et 17,2 % (résine), ce qui est similaire voire supérieur à ce que l'on observait sur la période 2003-2005, ces valeurs étant par ailleurs supérieures à celles observées dans la majorité des pays de l'Union Européenne (voir Table PPP-5 du bulletin statistique 2013 de l'EMCDDA).

La concentration en amphétamine des échantillons de speed analysés sur la période 2002-2012 a subi quant à elle des fluctuations par vagues autour de la valeur centrale de 22 %. Mais on observe de 2010 à 2012 que la concentration moyenne est passée de 31,6 % à 19,4 %, ce qui peut s'expliquer par la fréquente contamination du speed belge avec de la 4-MA (voir 2.3.3.4), un dérivé synthétique d'amphétamine qui appartient à la famille des phénéthylamines et qui a récemment occasionné une série d'intoxications sévères et plusieurs décès, y compris en Belgique²¹⁰.

La pureté des échantillons de cocaïne analysés en Belgique est particulièrement élevée, la concentration moyenne étant de 59,2 % en 2012. Ces valeurs sont nettement supérieures à la moyenne européenne, qui était de 39,6 % en 2011, ainsi qu'à celles des analyses effectuées en France lors des saisies effectuées dans la rue, pour lesquelles la concentration en cocaïne était généralement comprise entre 10 % et 20 % (Cadet-Taïrou et al., 2013). Il s'agit d'une surestimation due au fait que toutes les saisies effectuées à l'aéroport de Bruxelles-National doivent faire l'objet d'analyses toxicologiques. Or, ces saisies font généralement état de produits très purs destinés à être coupés avant d'être revendus.

Les échantillons d'héroïne²¹¹ avaient une concentration moyenne de 13,3 % en 2012, une valeur significativement moins élevée que celles observées précédemment ainsi que les moyennes européennes relevées en 2011 (18,3 % pour l'héroïne de type non-spécifié et 15,8 % pour l'héroïne brune).

Enfin, en ce qui concerne les pilules d'ecstasy, alors qu'elles contenaient généralement peu de MDMA sur la période 2002-2009, on observe depuis 2010 une augmentation importante de la quantité de MDMA des échantillons analysés, ce qui a conduit à plusieurs reprises au lancement d'alertes précoces (voir chapitre 4).

209 Pour plus de détails (nombre d'analyses et valeur médiane par année), nous renvoyons le lecteur au site Internet du BEWSD (<https://ewsd.wiv-isp.be/default.aspx>).

210 La consommation de speed coupé à la 4-MA augmente les risques d'overdose mortelle, l'action de la 4-MA pouvant masquer en partie les effets dopaminergiques des amphétamines, incitant les usagers à surconsommer afin d'obtenir les effets désirés, ce qui les expose davantage au risque d'overdose et d'hyperthermie fatale (Blanckaert et al., 2013).

211 Les analyses peuvent à la fois porter sur des échantillons d'héroïne brune ou blanche, sans que ces deux types soient explicitement distingués au niveau des rapports d'analyse. On parle alors d'héroïne de type non-spécifié.

Figure 31 : Concentration (% ou mg) en principe actif des échantillons de drogues analysés en Belgique, 2002-2012



2.4.5.4 Produits de coupe dans les échantillons de poudre saisis

Dans la section précédente, on a pu voir que les drogues illégales ont une pureté qui peut considérablement varier d'un échantillon à l'autre. Des produits de coupe sont en effet fréquemment utilisés par les dealers afin d'augmenter, à moindre frais, les quantités vendues et maximiser ainsi leurs gains. Généralement, le produit de coupe est une substance ayant une action pharmacologique similaire quoique moins puissante que celle de la drogue qu'il frelate, mais plus facile à obtenir et pour un prix d'achat souvent dérisoire. Certains produits de coupe sont toutefois inactifs au niveau pharmacologique : il s'agit généralement d'excipients (lactose, cellulose, etc.) ou de substances inertes d'origine minérale (talc, bicarbonate de soude, etc.), ou encore d'autres produits d'usage commun impropres à la consommation (produits d'entretien, etc.).

L'adultération peut avoir des conséquences dommageables en raison de la toxicité du produit de coupe, d'interactions médicamenteuses avec la drogue adultérée, ou parce qu'il ne peut être correctement métabolisé via certains modes de consommation (e.g. injection). De manière générale, le nombre d'intermédiaires entre le producteur et le consommateur augmentera le risque d'adultérations multiples et peu scrupuleuses.

Dans le tableau 41, nous détaillons les produits de coupe pharmacologiquement actifs²¹² identifiés dans les échantillons d'amphétamine, de cocaïne et d'héroïne saisis et analysés en Belgique sur l'année 2012, ainsi que leur concentration moyenne. On constatera sans étonnement que les conséquences néfastes de la prohibition sont clairement observables au niveau des drogues illégales circulant en Belgique, celles-ci étant régulièrement coupées avec des produits de coupe dangereux.

La caféine est le produit le plus fréquemment utilisé pour couper le speed, puisqu'on en retrouve dans environ 71 % des échantillons analysés, avec une concentration moyenne de 54,3 %. Comme évoqué précédemment, la 4-MA est également un produit qui a souvent été utilisé pour couper le speed en Belgique, puisqu'en 2012 on en retrouvait dans 18,1 % des échantillons analysés. Même s'il peut s'agir d'une contamination accidentelle, des analyses ont montré que le précurseur de la synthèse d'amphétamine (le BMK) a parfois été contaminé avec du 4-méthyl-BMK (Blanckaert et al., 2013), il est possible que cette substance soit réapparue parce qu'elle peut être synthétisée au départ d'un précurseur chimique (le 4-méthyl-BMK) qui, jusque très récemment, ne faisait pas l'objet d'une interdiction internationale et pouvait être acheté facilement via Internet.

Les échantillons de cocaïne analysés en 2012 sont souvent coupés avec du lévamisole (47 % des échantillons), un médicament essentiellement utilisé en médecine vétérinaire comme vermifuge, mais qui a également des propriétés stimulantes. Cette substance peut engendrer une série d'effets secondaires tels que des nausées, des douleurs abdominales, de l'anorexie et des éruptions cutanées, ainsi que, en cas de consommation prolongée, des troubles hématologiques plus graves tels que l'agranulocytose (chute de la production de certains globules blancs dans le sang). De manière générale, et malgré les problèmes que le lévamisole peut engendrer, il est mondialement utilisé comme produit de coupe de la cocaïne depuis près d'une dizaine d'années (UNODC, 2011). Les échantillons de cocaïne analysés en Belgique sont aussi parfois coupés avec de la caféine (15,2 %) ou de la phénacétine (15,5 %). Ce dernier produit, qui a des propriétés analgésiques, est le précurseur du paracétamol. Il a été retiré du marché des médicaments depuis plusieurs années en raison de sa toxicité rénale et de son caractère cancérogène. Parmi les autres produits parfois utilisés pour couper la cocaïne, on retrouve notamment l'hydroxyzine (9,1 %) et la lidocaïne (7,3 %).

Enfin, les échantillons d'héroïne analysés en 2012 étaient essentiellement coupés avec de la caféine (21,5 %), du paracétamol (20,2 %), du 6-MAM (20,3 % ; la monoacétylmorphine est un produit de l'acétylation de la morphine, au même titre que l'héroïne), de la noscapine (20,4 % ; un alcaloïde proche de la codéine), ou de la papavérine (16,3 % ; un alcaloïde déjà présent dans le latex utilisé pour fabriquer l'opium). Ces trois dernières molécules sont en fait des produits intermédiaires de la fabrication d'héroïne à partir de l'opium, dont les proportions vont varier en fonction des compétences des chimistes clandestins

212 Pour des raisons méthodologiques, les analyses toxicologiques réalisées par les laboratoires ne permettent malheureusement pas d'identifier de manière systématique les produits de coupe qui ne sont pas pharmacologiquement actifs, ni les éventuelles contaminations bactériennes, qui peuvent pourtant être également dommageables sur le plan sanitaire.

et de l'efficacité des procédures menant à la synthèse de l'héroïne. Il ne s'agit donc pas de produits de coupe à proprement parler.

Tableau 41 : Produits de coupe dans les échantillons de poudre saisis en 2012

Type de drogue	Produit de coupe	n	% de l'échantillon	Concentration moyenne du produit de coupe (%)
Amphétamine	Caféine	82	70,7	54,3
	4-MA	21	18,1	7,6
	BMK	6	5,1	/
	Fluoro-amphétamine	6	5,2	3,4
	PMA	1	0,7	2,1
Cocaïne	Léвамisole	258	47	9,7
	Caféine	83	15,2	5,3
	Phénacétine	85	15,5	19,9
	Hydroxyzine	50	9,1	3,8
	Lidocaïne	40	7,3	4
	Diltiazem	18	3,3	5,3
	Benzocaïne	9	1,6	12,3
	Paracétamol	3	0,6	51,8
	Acide borique	3	0,6	
Héroïne	Caféine	140	21,5	25,4
	Paracétamol	132	20,2	45,7
	6-MAM	132	20,3	3,3
	Noscapine	133	20,4	7
	Papavérine	105	16,1	1
	Chloroquine	2	0,3	/
	Codéine	1	0,2	5

Source : Belgian National Report on Drugs 2013 (Plettinckx et al., 2014)

3 DONNÉES INDICATIVES SUR L'USAGE DE DROGUES DANS DES GROUPES SPÉCIFIQUES

Les enquêtes de prévalence sur l'usage de drogues actuellement réalisées en Belgique ou en FWB sont peu nombreuses (aucune ne porte *spécifiquement* sur l'usage de drogues) et elles ne couvrent pas tous les groupes pour lesquels il serait pertinent d'obtenir des informations en la matière. Dans ce contexte, le recours aux données issues d'associations travaillant dans le secteur des assuétudes se révèle incontournable, d'autant plus qu'il permet d'appréhender l'usage de drogues dans des groupes à hauts risques. Toutefois, malgré leur intérêt incontestable, ces données n'ont pas la prétention de répondre aux exigences des enquêtes scientifiques, essentiellement en raison de l'absence de méthodes d'échantillonnage et parce que les modes de récolte de données sont peu voire pas standardisés. Par conséquent, les résultats de ce type d'enquête doivent être interprétés avec prudence. En revanche, et c'est tout leur intérêt, ils peuvent être considérés comme une première indication sur la problématique de l'usage de drogues dans ces groupes spécifiques, permettant de guider les actions des acteurs de terrain et de formuler des hypothèses de travail qui pourront être évaluées par des recherches ultérieures.

Dans le présent chapitre, nous présenterons des données récoltées par des associations qui travaillent avec les groupes spécifiques suivants : publics rencontrés en milieu festif et dans le milieu de la rue. Nous aborderons également les données relatives à l'accessibilité au matériel stérile d'injection et, en début de chapitre, celles relatives aux contacts enregistrés par Infor-Drogues.

3.1 LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET AUTRES CONTACTS ENREGISTRÉS PAR INFOR-DROGUES

L'asbl "**INFOR-DROGUES**" propose une ligne téléphonique francophone d'information et d'aide en matière de drogues. Depuis 1989, cette ligne est accessible 24h/24, et ce durant toute l'année. Les contacts enregistrés par Infor-Drogues le sont en énorme majorité par téléphone, mais comprennent aussi des demandes écrites ou formulées lors d'une visite dans les locaux de l'organisation, ainsi que les demandes formulées via le service d'e-permanence²¹³.

L'ensemble du dispositif fonctionne avec 6 ETP (Équivalent Temps Plein) pour tenir la permanence, l'alimenter par des recherches et des réflexions, collecter et transmettre des documents demandés par les appelants, recevoir les personnes lors de demande ne pouvant être traitées de manière optimale par téléphone, répondre aux e-mails et assurer l'e-permanence. Ces moyens humains permettent d'assurer une permanence téléphonique limitée à une seule ligne, qui ne peut donc être comparée à un «call center».

En ce qui concerne **la ligne téléphonique**, Infor-Drogues choisit à dessein de comptabiliser les produits «évoqués» plutôt que déclarés comme étant «consommés». En effet, la majorité des contacts ont lieu avec des personnes se déclarant non-consommatrices (entourage, professionnel). Il est donc logique et plus pertinent de parler de produits évoqués plutôt que «consommés», ce qui permet par ailleurs d'identifier les produits qui suscitent le plus de questions au sein de la population. En 2012, un total de 3.422 appels ont été reçus par la permanence téléphonique, d'une durée moyenne de 12 minutes.

213 Depuis 2005, Infor-Drogues a mis en place un service «d'e-permanence». Celui-ci permet aux utilisateurs de poser des questions, de manière parfaitement anonyme, et de recevoir des réponses via le site Internet de l'association. Les responsables du service traitent les questions et produisent une réponse dans un délai maximum de 72 heures.

3 Données indicatives sur l'usage de drogues dans des groupes spécifiques

En 2012, il y a eu 2.908 évoqueries de produits lors des contacts téléphoniques, ce qui est similaire à ce que l'on observait en 2011. Le tableau 42 détaille les différents produits évoqués lors de contacts pour la période comprise entre 2006 et 2012.

Tableau 42 : Produits évoqués lors des contacts avec Infor-Drogues, 2006-2012

Produits	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cannabis	1438	1353	1205	1110	1196	1090	1119
Cocaïne	742	737	665	606	528	544	496
Alcool	474	480	422	526	548	374	408
Héroïne	347	300	323	351	323	252	210
Médicaments	270	236	199	202	286	235	278
Traitement de substitution*	226	196	185	178	193	154	143
X.T.C.	190	139	6	61	37	77	47
Crack	179	226	166	97	74	54	58
Tabac	133	89	63	52	87	48	24
Amphétamines	112	93	73	77	99	45	59
Hallucinogènes*	49	44	30	38	22	33	25
Solvants	25	32	67	23	20	23	25
Autres	55	30	63	60	55	16	16
Total	4240	3955	3460	3381	3468	2945	2908

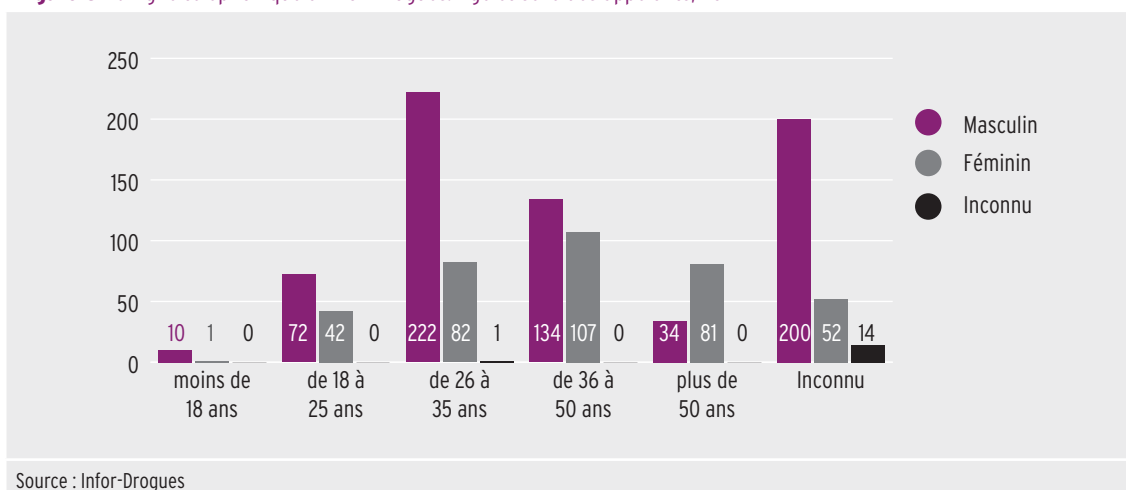
Source : Infor-Drogues

* Les rapports d'activité d'Infor-Drogues antérieurs à 2011 parlaient plus spécifiquement de méthadone (à la place de traitement de substitution) et de LSD (à la place d'hallucinogènes). Les autres produits appartenant à ces deux nouvelles catégories étaient donc auparavant classés dans la catégorie «autres».

Sans surprise, le cannabis vient en tête des évoqueries, suivi par cocaïne et alcool qui sont toutefois largement moins cités. On n'observe quasi pas d'évolution dans le temps dans les proportions et les ordres d'importance tenus par ces différentes évoqueries.

Les appels sont émis par trois catégories de personnes : les usagers (40 % des appels en 2012), l'entourage (48 %) et les professionnels (12 %)²¹⁴. Pour ce qui est de l'âge et du sexe des appelants usagers, ceux-ci sont majoritairement masculins (65 %) ; la différence de genre est la plus marquée au sein de la tranche d'âge des 26-35 ans (73 % d'hommes pour 27 % de femmes, mais elle s'inverse une fois passé 50 ans (70,4 % de femmes pour 29,6 % d'hommes). Les appelants usagers ont majoritairement un âge compris entre 18 et 50 ans (-18 ans : 1,5 % ; 18-25 ans : 14,5 % ; 26-35 ans : 38,7 % ; 36-50 ans : 30,7 % ; +50 ans : 14,6 %).

214 Par usagers, Infor-Drogues entend «toute personne qui consomme ou a consommé un ou plusieurs produits, ou encore toute personne qui porte un intérêt à la thématique dans la perspective d'une éventuelle consommation». Par entourage, il est fait référence à la mère, au père, au conjoint ou à tout autre membre de la famille ou de l'entourage. Enfin, sous le vocable «professionnel», Infor-Drogues regroupe les catégories des professionnels de l'éducation, des professionnels de la santé, des professionnels de la justice, les mandataires publics et les journalistes.

Figure 32 : Ligne téléphonique d'Infor-Drogues. Âge et sexe des appelants, 2012

En ce qui concerne l'**e-permanence**, un total de 153 messages a été réceptionné au cours de l'année 2012, lesquels émanaient de 119 personnes. Toutes les demandes adressées en 2012 ont été traitées dans le délai de 72 heures annoncé. Ces demandeurs portaient majoritairement sur le cannabis (41,2 %) ainsi que, dans une moindre mesure, sur la cocaïne (16,8 %), bien que d'autres produits ont également été évoqués (alcool : 7,5 % ; XTC : 6,7 % ; héroïne : 5 % ; etc.).

L'objectif de l'e-permanence, qui consiste à toucher un public différent de celui de la permanence téléphonique, a été rencontré en 2012, puisque les messages émanaient majoritairement de personnes plus jeunes que celles qui ont recours à la ligne téléphonique.

3.2 LES APPELS TÉLÉPHONIQUES DU CENTRE ANTIPOISONS

Le Centre Antipoisons belge, mis en place en 1963, enregistre chaque année environ 50.000 appels téléphoniques, généralement en lien avec une exposition avérée ou supposée à un ou plusieurs produits, mais pouvant aussi émaner de professionnels ou particuliers en demande d'information. En 2012, le centre a enregistré 43.376 appels en lien avec une exposition à un ou plusieurs produits, parmi lesquels 345 appels faisaient état d'une exposition à une substance d'abus²¹⁵ chez les personnes âgées de 14 ans ou plus. De manière générale, moins de 1 % des appels émis annuellement (0,8 % en 2012) concernent une exposition à une substance d'abus. En 2012, 59 % des appels enregistrés en 2012 (n=345) faisait mention de l'usage d'une seule substance, et 41 % de plusieurs substances. Comme l'indique le tableau 43, les produits les plus fréquemment mentionnés en 2012 lors des appels en lien avec une exposition à une ou plusieurs substances d'abus sont, par ordre d'importance, l'alcool éthylique (28,4 %), les benzodiazépines (18,3 %), le cannabis (15,7 %), et les autres médicaments (15,7 %). À noter que 27 appels faisaient mention d'une exposition à une drogue non précisée ou peu connue (parmi lesquelles on retrouve les nouvelles drogues de synthèse).

215 Il pouvait s'agir soit d'une exposition à une substance d'abus, soit d'une consommation d'un autre produit (alcool cosmétique, produit ménager, etc.) dans le cadre d'un comportement classé comme «toxicomaniaque».

Tableau 43 : Nombre d'appels adressés au Centre Antipoisons. Belgique, 2012

Total des appels	52.582
Appels pour exposition à un ou plusieurs produits	43.376
Appels pour exposition à une substance d'abus	345
Substances impliquées dans les appels	%
Alcool éthylique	28,4
Benzodiazépines	18,3
Cannabis	15,7
Autres médicaments (disulfirame, etc.)	15,7
Autres médicaments du système nerveux central (barbituriques, etc.)	13,9
Cocaïne	11,6
Amphétamine/stimulants	8,7
Analgésique	8,7
Héroïne/méthadone	7,8
Drogue inconnue (nouvelle drogue de synthèse ou produit non-précisé)	7,8
Solvant/inhalant	5,2
GHB/GBL	4,1
Ecstasy	4,1
Champignons/plantes hallucinogènes	1,7
Kétamine	0,9
LSD	0,3
Tabac	0,3
Autres produits (cosmétiques, domestiques)	7,2

Source : Centre Antipoisons

3.3 L'USAGE DE DROGUES EN MILIEU FESTIF

Des données relatives à l'usage de drogues en milieu festif sont récoltées annuellement en FWB à l'aide d'un questionnaire auto-administré²¹⁶ servant de prise de contact avec le public cible (constitué principalement de consommateurs, mais également des proches d'usagers ou de toute personne en demande d'information), lors d'actions de réduction des risques en milieu festif coordonnées par l'asbl Modus Vivendi dans le cadre du projet Drogues Risquer Moins. Ces données ne sont pas représentatives de l'ensemble des milieux festifs couverts, puisque les questionnaires sont remplis uniquement par des personnes qui ont été en contact avec un stand de réduction des risques présent lors de l'événement, sans qu'il y ait de sélection aléatoire des répondants. Le questionnaire a été révisé début 2013 de manière à ce que les informations récoltées répondent davantage aux objectifs du projet et afin d'adapter au mieux les actions menées. Pour les données récoltées de 2004 à 2012, nous renvoyons le lecteur à notre rapport précédent.

En 2013, 1653 questionnaires ont été récoltés par cinq associations (ex. : Accueil Drogues, Modus Vivendi, Service de prévention de la ville de Mons) lors de 49 événements répartis tout au long de l'année. Le projet Drogues Risquer Moins n'étant plus financé depuis 2013, on constate une diminution importante du

216 Le questionnaire comprend également différents items permettant d'identifier : a) certains comportements à risque (recours à l'injection ou au sniff, utilisation d'un véhicule lors du retour, etc.) ; b) le degré de satisfaction lors du contact avec l'équipe (pertinence des informations, visibilité du stand, etc.) ; et c) d'autres aspects en lien avec la santé du public, tels que la consommation d'eau en sortie, la réalisation de tests de dépistage du VIH/sida et de l'hépatite C ou encore le partage de matériel de sniff. Il est proposé tout au long de l'événement couvert aux personnes qui rentrent en contact avec les travailleurs du stand de réduction des risques.

nombre de questionnaires récoltés (voir pour comparaison notre rapport précédent), la coordination ayant notamment pour mission de centraliser l'ensemble des questionnaires.

Année de collecte des données	2013
Objet primaire	Information et réduction des risques en milieu festif
Population cible	Usagers de drogues en milieu festif
Couverture	En 2013, 32 évènements (1653 répondants)
Répartition des sexes	En 2013 : 36,4 % hommes, 31,9 % femmes, 31,7 % inconnu
Nationalité	En 2013, 76,8 % belges, 14 % français, 1,5 % autres, 7,7 % inconnu
Instrument d'investigation	Questionnaire auto-administré

La consommation rapportée en milieu festif

La consommation de psychotropes en milieu festif telle que rapportée par les répondants a été évaluée selon deux dimensions : d'une part la consommation lors de l'évènement²¹⁷ au cours duquel ils ont complété le questionnaire, et d'autre part leur consommation habituelle lors des sorties (y compris lors de présoirées ou d' «afters»).

En ce qui concerne les produits consommés **au cours de l'évènement**, on peut voir dans le tableau 44 que ce sont l'alcool, le tabac et le cannabis qui ont enregistré les pourcentages de consommation les plus élevés, ces produits ayant été consommés par respectivement 57,9 %, 48,3 % et 36 % des répondants. Les produits stimulants tels que le speed/amphétamines, la MDMA et l'ecstasy ont été cités par environ une personne sur 10 (12,5 %, 11,4 % et 8,5 % respectivement), et la cocaïne par 6,8 % des répondants. Enfin, les autres produits (kétamine, LSD, GHB, Research Chemicals, etc.) ont été consommés lors de l'évènement par moins de 5 personnes sur 100.

En ce qui concerne la **consommation habituelle en sortie**, on constate que l'alcool et le tabac sont souvent consommés par une majorité des répondants (60,2 % et 52,5 %, respectivement). Le cannabis est également souvent consommé par un peu moins d'un tiers des répondants (29 %), et la MDMA par un peu plus d'une personne sur dix (11,3 %). L'usage habituel des autres produits (speed, ecstasy, cocaïne, LSD, kétamine, etc.) est en revanche nettement moins fréquemment rapporté par les répondants. Néanmoins, on notera que 11,4 % des répondants consomment parfois ou souvent en sortie des *research chemicals* (c'est-à-dire des nouvelles drogues de synthèse), ce qui suggère qu'il y a effectivement dans notre pays des consommateurs de ces nouvelles substances proposées de manière à contourner la législation sur les drogues. Nous invitons le lecteur à se rapporter directement au tableau 44 pour visualiser les pourcentages de consommation rapportés pour chaque produit en fonction de la fréquence de consommation.

217 Ces résultats sous-estiment potentiellement la consommation ayant réellement eu cours lors de l'évènement. En effet, nous ne pouvons pas différencier les réponses en fonction du moment où les personnes ont rempli le questionnaire (début ou fin de l'évènement). Or, il est possible que certaines personnes aient rempli le questionnaire avant d'initier leur consommation. On rappellera en outre que cet échantillon correspond aux personnes qui ont été en contact avec les acteurs de réduction de risques en milieu festif et non à l'ensemble des personnes présentes au cours de l'évènement.

Tableau 44 : Produits consommés en sortie par les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013

	Consommation au cours de l'événement (N=1.653)		Consommation habituelle en sortie (N= 1.653)		
	n	%	Jamais (%)	Parfois (%)	Souvent (%)
Alcool	957	57,9	16,2	23,6	60,2
Tabac	799	48,3	32,8	14,7	52,5
Cannabis (marijuana, hasch)	595	36,0	46,7	24,3	29,0
Speed, amphétamines	207	12,5	72,9	20,9	6,2
MDMA	188	11,4	51,7	37,0	11,3
Ecstasy	141	8,5	76,5	17,8	5,7
Cocaïne	113	6,8	75,8	19,4	4,8
Médicaments psychoactifs	64	3,9	89,3	8,1	2,6
Kétamine	69	4,2	86,4	9,4	4,2
Champignons hallucinogènes	64	3,9	76,5	20,9	2,6
LSD	64	3,9	83,0	13,8	3,2
Research chemicals	41	2,5	88,6	8,4	3,0
GHB	16	1,0	95,2	3,7	1,1
Héroïne, opium et dérivés...	30	1,8	95,4	3,5	1,1
Colles, solvants, etc.	28	1,7	91,8	6,9	1,3
Méthadone	23	1,4	97,6	1,1	1,3
Crack, free-base	30	1,8	92,6	5,5	1,9
Autre	13	0,8	95,6	3,0	1,4

Source : Modus Vivendi

Type de consommation et polyconsommation

Les risques socio-sanitaires liés à l'usage de drogues sont généralement maximisés, toute chose égale par ailleurs, en cas de consommation combinée de plusieurs produits, car les effets de certaines substances peuvent interagir et se potentialiser. Afin d'évaluer la prise de risques liée à la polyconsommation²¹⁸, nous avons comptabilisé le nombre de produits consommés par les répondants ayant déclaré consommer au moins un produit (hors tabac, alcool compris) au cours de l'événement. Comme on peut l'observer dans le tableau 45, la consommation de plusieurs produits (hors tabac) au cours d'un événement est relativement fréquente puisqu'elle concerne 65,5 % des usagers. Plus précisément, 34,7 % des consommateurs y ont consommé deux produits et 30,8 % trois produits ou plus.

218 Par polyconsommation, nous faisons ici référence à la présence simultanée de plusieurs produits dans le sang (produits qui n'ont donc pas forcément été consommés de manière simultanée sous forme d'un « cocktail»). Dans la mesure où notre questionnaire ne nous permet pas d'identifier les produits ayant été consommés au cours de l'événement, ce type de polyconsommation est certainement ici surestimé, car un même événement a pu durer de nombreuses heures, voire plus d'un jour pour certaines personnes, avant le remplissage du questionnaire (les effets d'un produit ayant donc pu parfois s'estomper avant qu'elles en consomment un autre).

Tableau 45 : Consommation et polyconsommation au cours de l'événement chez les consommateurs d'au moins un produit hors tabac (N=1057), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013

	n	%	Moy. (Min.- Max.)
Nombre de produits consommés hors tabac	/	/	2,5 (1-17)
Nombre de produits consommés hors tabac et alcool	/	/	1,6 (0-16)
Au moins un produit hors tabac et alcool	738	69,8	
Au moins un produit hors tabac, alcool et cannabis	411	38,9	
Consommation d'un seul produit (alcool compris, hors tabac)	365	34,5	
Consommation de deux produits (alcool compris, hors tabac)	367	34,7	
Consommation de trois produits ou + (alcool compris, hors tabac)	325	30,8	

Source : Modus Vivendi

Le questionnaire introduit en 2013 inclut également une question spécifique sur les habitudes de polyconsommation en sortie. Il apparaît que 30,5 % de l'ensemble des répondants consomment souvent plusieurs produits (alcool compris) au cours de la même sortie, et 16,3 % toujours, alors que 29,9 % pratiquent parfois la polyconsommation en sortie et seulement 23,4 % ne la pratiquent jamais. Ces résultats confirment que la polyconsommation est un phénomène généralisé chez les personnes qui ont été touchées par les actions de réduction des risques en milieu festif en 2013.

Modes de consommation à risque : sniff et injection

Un peu moins d'un cinquième des répondants (17,4 %) touchés par les actions de réduction des risques en milieu festif en 2013 ont déclaré avoir sniffé au cours de l'événement, et 0,8 % y avoir eu recours à l'injection. Comme indiqué dans le tableau 46, ces deux modes de consommation à risque sont souvent utilisés lors des sorties par 14,1 % (sniff) et 1 % (injection) des personnes ayant répondu à ces questions. Plus de la moitié des répondants (63,8 %) n'ont jamais pratiqué le sniff en sortie, et la quasi-totalité (97,5 %) n'y ont jamais eu recours à l'injection. Enfin, en dehors des sorties, 9,1 % des répondants ont déclaré avoir déjà eu recours au sniff, et 1,6 % à l'injection.

De manière générale, si l'injection est un mode de consommation marginal qui n'est utilisé que par quelques répondants, le sniff est en revanche plus fréquent, et il est pertinent d'informer largement les répondants sur les risques associés à cette pratique et de mettre à leur disposition du matériel de sniff qui freine le partage de matériel et limite ainsi les risques de transmission de l'hépatite C. En effet, parmi les répondants qui ont déjà eu recours au sniff (en sortie ou en dehors des sorties) et qui ont répondu à la question (N=613), même si un peu moins de la moitié (47,8 %) ont déclaré n'avoir jamais partagé (emprunt ou prêt) de matériel de sniff, 35,7 % ont parfois partagé leur matériel, 10,3 % l'ont souvent partagé, et 6,2 % l'ont toujours partagé. Ces résultats confirment que le partage de matériel de sniff est une pratique assez répandue et qu'il convient d'informer au mieux les usagers sur les risques qui y sont liés.

Tableau 46 : Modes de consommation à risque en milieu festif, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013

	Au cours de l'événement	Habituellement en sortie			Hors sortie
		Jamais (%)	Parfois (%)	Souvent (%)	%
Sniff (N=1538)	17,4	63,8	22,1	14,1	9,1
Injection (N=1418)	1,0	97,5	1,5	1,0	1,6

Source : Modus Vivendi

Intention de retour après l'événement

En 2013, environ 66 % des répondants qui ont déclaré avoir consommé au moins un produit (hors tabac) lors de l'événement et qui ont répondu à la question avaient l'intention de rentrer chez eux avec un mode de retour à **risque** réduit, c'est-à-dire «à pied», «en taxi», «en transports en commun», «avec un bob» ou encore «en dormant sur place» (dans le cas de festivals essentiellement). Les modes de retour à moindre risque les plus utilisés sont le retour avec un bob (23 %), le fait de dormir sur place (17,5 %) et le recours aux transports en commun (15,1 %).

Environ 26 % des répondants ont envisagé un retour à **risque potentiellement important**, à savoir la conduite d'un véhicule (19,2 %) ou d'un vélo (1 %), ou encore le retour en tant que passager d'une personne ayant consommé (6,1 %). S'il faut rappeler que le pourcentage de consommation durant l'événement est sans doute sous-estimé, il faut inversement tempérer ces données par le fait que nous n'avons aucune information sur la quantité de produits consommés (e.g. 1 verre ou 6 verres d'alcool), ni sur le délai entre le moment où les produits sont consommés et le retour effectif. Par conséquent, nous ne pouvons pas estimer précisément le nombre de personnes pour lesquelles il y a eu effectivement une prise de risque lors du retour.

Tableau 47 : Retour envisagé après l'événement chez les personnes rencontrées en milieu festif ayant consommé au moins un produit hors tabac (N=974), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013

Mode de retour envisagé	Risque	n	%	%
Transport en commun	Réduit	147	15,1	65,8
Dort sur place		170	17,5	
Passager BOB		224	23,0	
À pied		73	7,5	
Taxi		26	2,7	
Conducteur	Important	188	19,2	26,3
Vélo		10	1,0	
Passager non BOB		59	6,1	
Ne sait pas	Incertain	70	7,2	7,9
Autre		7	,7	
Total		974	100	100

Source : Modus Vivendi

3.4 L'USAGE DE DROGUES «EN RUE»

Des données sur l'usage de drogues dans des groupes spécifiques sont également récoltées ponctuellement lors d'opérations «Boule-de-Neige» (BdN), dont la finalité est de réduire les risques liés à l'usage de drogues au sein d'un public de rue. Le principe des opérations BdN consiste à former en plusieurs séances (pour un total d'environ 15 heures) des consommateurs de rue (appelés «jobistes») afin qu'ils puissent dispenser auprès de leurs pairs des messages de prévention et de réduction des risques sur le SIDA, les hépatites ainsi que sur d'autres risques liés à l'usage de drogues. L'intérêt de ces opérations est de permettre la transmission d'un message de prévention adapté à une catégorie de population très peu touchée (en raison de sa marginalité) par les campagnes et actions de prévention plus classiques.

Les données qui vont être présentées ont été récoltées de 2009²¹⁹ à 2013 sous la coordination de l'asbl Modus Vivendi lors de différentes opérations BdN menées en rue. Les opérations menées en 2013 ont

²¹⁹ Suite au remaniement du questionnaire survenu en 2009, il est devenu délicat de comparer les résultats actuels à ceux récoltés avec l'ancienne version. Le lecteur intéressé par les données antérieures à 2009 est invité à consulter nos précédents rapports.

permis de récolter 313 questionnaires lors d'opérations réalisées à Charleroi, Liège, Namur, Bruxelles, Arlon ou dans les communes avoisinantes.

Année de collecte des données	2009 à 2013
Objet primaire	Réduction des risques chez les usagers de drogues en rue, indication sur les proportions de consommation
Population cible	Usagers de drogues en rue
Couverture	En 2013, 313 personnes (279 usagers de drogues)
Instrument d'investigation	Questionnaire* administré en face à face
* Le questionnaire utilisé est un outil de contact dont l'objectif principal n'est pas la récolte de données mais l'évocation de différentes problématiques liées à l'usage de drogues.	

Les proportions de consommation du public de rue

En 2013, les produits les plus consommés par les usagers de drogues rencontrés en rue²²⁰ sont, par ordre d'importance, l'héroïne ou dérivés (82,1 %), l'alcool (81,7 %), la cocaïne (75,6 %) et le cannabis (64,9 %). On constate également que le phénomène de polyconsommation est particulièrement marqué chez ces usagers, et qu'il semble également être en augmentation au cours de la période investiguée.

Tableau 48 : Usage des produits au cours du dernier mois chez les personnes rencontrées en rue lors d'opérations Boulevard-Neige, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2013

Année	2009	2010	2011	2012	2013
Personnes rencontrées (n)	457	597	140	383	313
UD* (%)	95,6	100	93,6	92,4	89,1
Moyenne d'âge des UD	32,7	34,1	34,7	33,5	34,3
Produits consommés par les UD (%)					
Cannabis	85,5	40,5	50,4	54,8	64,9
Alcool	83,7	70,9	82,4	83,1	81,7
Héroïne, opium ou dérivé	71,1	76,2	81,7	79,4	82,1
Cocaïne	68,8	72,1	85,5	75,4	75,6
Médicaments non prescrits	29,6	27,2	41,2	36,4	38,4
Méthadone non prescrite	32,6	38,4	52,7	37,6	43,4
Ecstasy/MDMA	21,4	11,6	11,5	14,7	21,1
Speed/Amphétamines	17,2	10,6	14,5	12,4	16,8
LSD	7,7	6,5	6,9	6,5	12,5
Champignons hallucinogènes	9,1	8,7	11,5	11,0	18,3
Kétamine	2,1	2,1	0,0	3,4	5,7
GHB	0,7	1,0	0,8	3,4	3,9
Solvant	4,7	2,1	2,3	6,5	5,4
Subutex illégal	7,9	8,7	13,7	8,8	15,1
Consommation d'un produit (alcool compris)	14,5	10,1	3,8	5,6	3,2
Consommation de deux produits (alcool compris)	18,2	23,4	11,5	10,5	15,4
Consommation de trois produits ou + (alcool compris)	67,4	66,5	84,7	82,5	81,4
Moyenne des produits consommés	3,6	3,8	4,6	4,4	4,9
* UD : usagers d'au moins un produit (hors alcool) au cours du dernier mois.					
Source : Modus Vivendi					

220 C'est-à-dire les personnes rencontrées en rue ayant déclaré avoir consommé au moins une fois un des produits mentionnés dans le tableau (hors alcool) au cours du dernier mois.

Les usagers de drogues par injection (UDI) rencontrés en rue

Un peu plus d'une personne sur 3 parmi celles rencontrées en 2013 a eu recours à l'injection au cours du derniers mois, et un peu plus de la moitié y a déjà eu recours au moins une fois au cours de la vie. Même si en 2013, la majorité des UDI rencontrés sont de sexe masculin (60 %), on constate depuis plusieurs années que le pourcentage de femmes est en augmentation. Toujours en 2013, les UDI rencontrés ont majoritairement plus de 30 ans (66,7 %), mais on constate une augmentation du pourcentage de jeunes UDI de 18-24 ans (15,7 % en 2013). Enfin, la majorité des UDI interrogés en 2013 (68,9 %) sont de nationalité belge.

Tableau 49 : Profil démographique des UDI rencontrés en rue lors des opérations Boule-de-Neige, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2013

Année	2009	2010	2011	2012	2013
Personnes rencontrées (n)	457	597	140	383	313
UDI* (%)	26,0	32,8	45,0	30,5	34,8
UDI vie** (%)	45,3	53,3	72,1	50,9	54,0
UDI/UD***	0,27	0,37	0,48	0,33	0,39
Sexe des UDI (%)					
Hommes	70,4	75,8	66,7	64,1	60,0
Femmes	29,6	24,2	33,3	35,9	40,0
Classe d'âge des UDI (%)					
Moins de 18 ans	0,0	3,1	1,6	0,0	0,0
18 - 24 ans	8,4	7,7	12,7	10,3	15,7
25 - 29 ans	23,5	18,4	14,3	16,4	17,6
30 ans et plus	64,5	64,8	71,4	73,3	66,7
Moyenne d'âge des UDI	34,0	35,0	34,4	35,9	33,7
UDI de nationalité belge (%)	73,1	57,1	61,9	70,2	68,9
* UDI : usagers de drogues par injection au cours du dernier mois.					
** UDI vie : usagers de drogues ayant eu recours à l'injection au moins une fois sur la vie.					
*** Proportion d'UDI parmi l'ensemble des UD.					
Source : Modus Vivendi					

Comportement à risque chez les UDI rencontrés en rue

On peut remarquer dans le tableau 50 que les comportements à risque liés à l'injection sont souvent déclarés parmi les UDI interrogés, en particulier en 2013. Ces prises de risque permettent de rendre compte des taux élevés d'infection aux maladies infectieuses enregistrés généralement chez les UDI (voir 2.3.3.1 L'infection au VIH et aux hépatites B et C). L'augmentation des comportements à risque observée en 2013 pourrait s'expliquer par la réalisation d'opérations BdN spécifique auprès de femmes UDI, les répondantes présentant ici proportionnellement plus des comportements à risque que les hommes. Notons toutefois que nous n'avons pas d'information sur la fréquence de ces prises de risque, ni sur le contexte dans lequel ils sont survenus (en couple, avec un proche, ou une simple connaissance). On se rappellera aussi qu'aucune méthode d'échantillonnage n'est appliquée et que ces résultats ne sont pas forcément représentatifs des UDI. On remarque finalement qu'une majorité des répondants (85,6 %) déclare connaître au moins un comptoir d'échange de seringues.

Tableau 50 : Comportements à risque au cours des 6 derniers mois et connaissance des comptoirs d'échange de seringues chez les UDI rencontrés en rue lors d'opérations Boule-de-Neige, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2013

Année	2009	2010	2011	2012	2013
UDI (n)	119	196	63	117	109
Comportements à risques (%)					
Utilisation d'une seringue usagée d'une autre personne	0,0	13,8	19,0	12,8	34,9
Utilisation d'une seringue trouvée en rue	0,0	1,5	1,6	2,6	11,9
Utilisation de matériel usagé d'une autre personne ou trouvé en rue	12,6	23,5	31,7	22,2	39,4
Prêt d'une seringue usagée à une autre personne	16,8	24,0	17,5	26,5	40,4
Prêt de matériel usagé à une autre personne	26,1	35,2	34,9	28,2	44,0
Connaissance des comptoirs (%)	69,7	75,5	85,7	75,2	85,6
Source : Modus Vivendi					

3.5 DONNÉES ISSUES DU DISPOSITIF D'ACCESSIBILITÉ AU MATÉRIEL D'INJECTION

Année de collecte des données	1994 à 2013
Objet primaire	Distribution et récupération de seringues et de matériel connexe d'injection
Population cible	Usagers de drogues par injection
Couverture	Fédération Wallonie-Bruxelles*
Instrument d'investigation	Fiche d'inventaire des seringues et du matériel connexe distribués et récupérés ; file active
* La couverture diffère d'une année à l'autre : nous sommes par exemple passés de 13 comptoirs en 2006 à 15 en 2013, ce qui peut expliquer en partie les variations de chiffres rapportés.	

Le dispositif d'accessibilité au matériel d'injection se compose essentiellement de comptoirs d'échange de seringues fixes ou mobiles et de pharmacies. Il répond à quatre objectifs : 1) augmenter l'accessibilité au matériel d'injection et réduire les risques d'infection (VIH, hépatites, etc.) ; 2) réduire les risques de piqûres accidentelles par des non-consommateurs en encourageant les usagers à échanger leurs seringues usagées, à utiliser les RESU (récupérateur extérieur de seringues usagées), voire à récupérer le matériel abandonné sur l'espace public en participant à des séances de ramassage dans les lieux de consommation les plus fréquentés ; 3) entrer en contact avec les usagers afin de créer des «liens» autres que ceux entretenus dans la rue ; 4) sensibiliser les usagers par rapport aux infections et à leurs modes de transmission.

Ce dispositif vise à réduire les risques liés à l'injection en accordant un rôle actif aux consommateurs dans ce processus. Les comptoirs d'échange sont également des lieux de relais d'éventuelles demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale. Ils sont un lieu d'écoute et d'échange accessible aux horaires souvent décalés des usagers (exemple : 18h-21h).

Afin de veiller à réduire les risques liés à la consommation de drogues par injection, les comptoirs d'échange de seringues mettent à la disposition des usagers des conseils de réduction des risques, du matériel stérile²²¹, des préservatifs, des informations sur le SIDA et les hépatites, sur les drogues ainsi que sur les substances en circulation qui pourraient être plus particulièrement dangereuses (alertes précoces). Dans certains comptoirs, un(e) infirmier(e) est présent(e) afin de dispenser des soins de base. Dans d'autres comptoirs, un médecin est présent ponctuellement pour des consultations et/ou pour effectuer des tests de dépistage. Plus généralement, les comptoirs cherchent aussi à promouvoir des modes de

221 Outre les seringues, on y trouve généralement de l'eau stérile pour injection, des tampons désinfectants, de l'acide ascorbique ou citrique et - de manière moins systématique - des cuillères et filtres (Stéricup®).

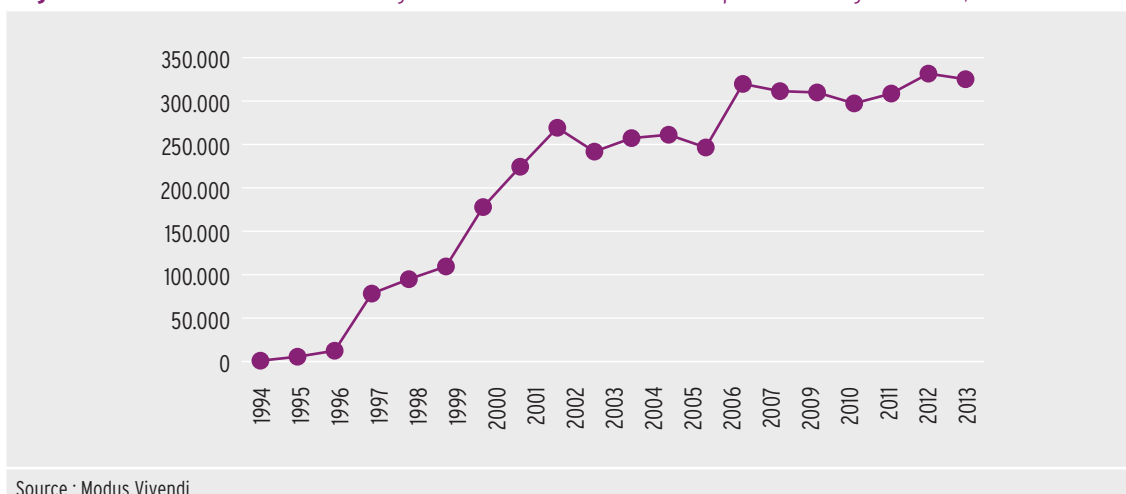
consommation alternatifs et moins dangereux pour la santé que l'injection en intraveineuse (ex : en sniff ou en fumette).

La distribution de seringues via les comptoirs

L'accès au matériel d'injection fut longtemps limité au seul achat en pharmacie. L'échange de seringues (via des comptoirs fixes ou mobiles) ne s'est développé qu'il y a une quinzaine d'années, dans un premier temps en région liégeoise et, dans une moindre mesure, à Bruxelles. En 2001, il s'est étendu à Dinant et Charleroi, et a été renforcé en région bruxelloise. Plus récemment, il s'est également développé à Namur ainsi que dans la province du Luxembourg. L'accessibilité au matériel d'injection reste toutefois plus limitée dans les provinces du Brabant wallon, où aucun comptoir n'est actuellement implanté.

On peut voir sur la figure 33 que le nombre de seringues distribuées en FWB via les comptoirs d'échange a fortement augmenté de 1994 à 2002, puis a connu une stabilisation de 2003 à 2006, suivie d'une importante augmentation en 2007. Depuis lors, le nombre de seringues distribuées est relativement stable, quoiqu'on constate une tendance à l'augmentation depuis 2011. En 2013, 325.147 seringues ont été distribuées par les 15 comptoirs actifs en FWB à environ 3.000 UDI lors de plus de 18.000 visites²²².

Figure 33 : Évolution du nombre de seringues distribuées aux UDI via les comptoirs d'échange de la FWB, 1994-2013

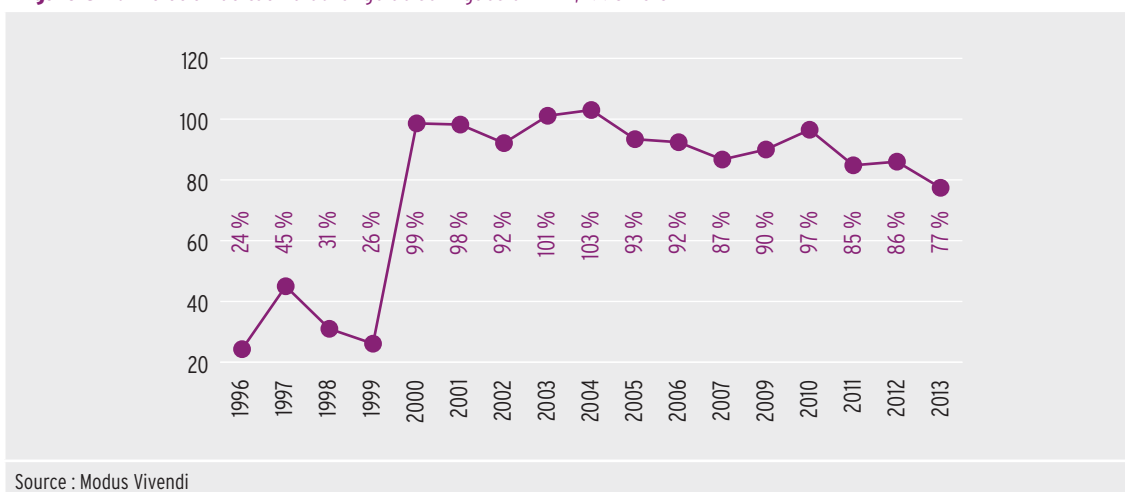


L'échange de seringues via les comptoirs

Les usagers sont vivement encouragés à ramener leurs seringues usagées aux comptoirs afin de procéder à un échange au profit de matériel stérile. En comparant, pour une même année civile, le nombre de seringues distribuées à celui des seringues récupérées par les différentes antennes du dispositif, il est possible d'estimer le taux d'échange de seringues. Les taux d'échange de seringues usagées sont élevés en FWB, comparés à ce que l'on observe dans d'autres pays de l'Union Européenne. Ainsi, le taux de récupération était de 103 %²²³ en 2004 et de 77 % en 2013.

222 Ces données sont partiellement estimatives car trois comptoirs n'ont pas fourni de données relatives à leur file active en 2013. Afin d'y pallier, nous avons utilisé les chiffres rapportés par ces comptoirs en 2012 ou ceux rapportés par des comptoirs ayant un nombre de visites annuelles équivalent.

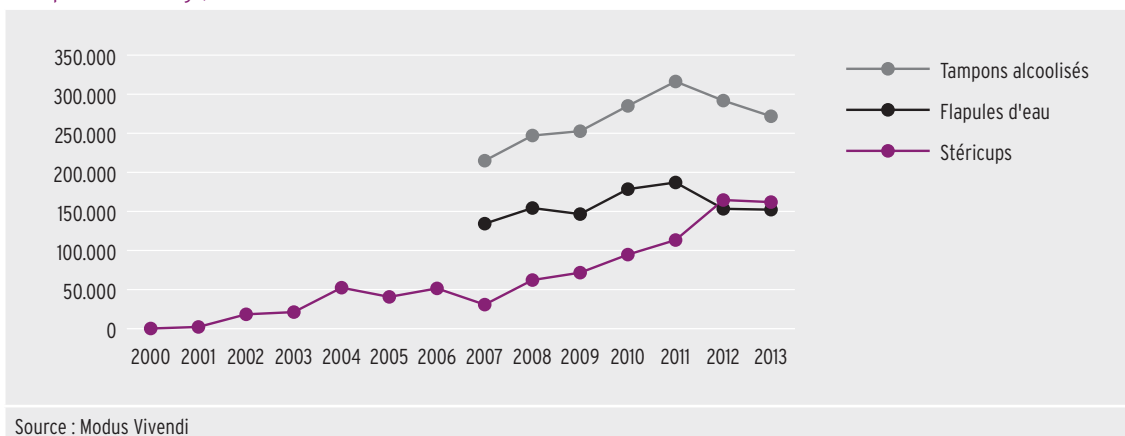
223 Les taux supérieurs à 100 % observés en 2003 et 2004 s'expliquent par le fait que les usagers rapportent des seringues provenant d'autres sources de distribution, telles que les pharmacies.

Figure 34 : Évolution du taux d'échange de seringues en FWB, 1996-2013

Les Stéricups®, flapules d'eau et tampons alcoolisés

Les comptoirs d'échange de seringues distribuent également des Stéricups (une petite cuillère stérile accompagnée d'un filtre), des flapules d'eau stérile ainsi que des tampons alcoolisés afin de réduire également les risques d'infection liée à la réutilisation et au partage de matériel connexe d'injection. Occasionnellement, un budget peut aussi être alloué à la distribution d'acide ascorbique (nécessaire pour dissoudre le produit dans l'eau).

Par manque de moyens, ce matériel connexe n'est malheureusement pas disponible dans tous les comptoirs, et il doit souvent être «rationné». Si on compare, par exemple, le nombre de Stéricups et le nombre de seringues distribués sur une même année, on avoisine actuellement un rapport de 1 Stéricup pour 3 seringues distribuées (alors que le rapport devrait être de 1 pour 1). Dans ce contexte, il est souvent difficile de promouvoir de manière optimale la réduction des risques liés à l'injection (les usagers sont en effet toujours susceptibles d'échanger une cuillère ou un filtre contaminé, même s'ils ont pris l'habitude d'utiliser une seringue stérile à chaque injection). Toutefois, on se réjouira de constater (voir figure 35) que le nombre de Stéricups distribués en FWB est en augmentation continue depuis 2007, et ce en raison d'une amélioration des moyens alloués à leur diffusion. En 2013, 161.934 Stéricups, 152.256 flapules d'eau et 271.781 tampons alcoolisés ont été distribués aux UDI via les comptoirs d'échange de seringue.

Figure 35 : Évolution du nombre de Stéricups, de flapules d'eau et de tampons alcoolisés distribués en FWB via les comptoirs d'échange, 2000-2013

Les pochettes d'injection Stérifix® vendues en pharmacie

Le rôle des pharmacies au sein du dispositif d'accessibilité au matériel d'injection est très important puisqu'elles rendent possible l'accès au matériel en dehors des zones géographiques et des heures d'ouverture couvertes par les comptoirs. Le pharmacien est également un acteur de proximité qui peut jouer un rôle dans la dispense aux usagers de conseils de réduction des risques. C'est dans le but de valoriser ce rôle que le projet Stérifix a vu le jour en 1995.

Le Stérifix est une pochette stérile d'injection contenant deux seringues, deux tampons alcoolisés, deux flampules d'eau stérile injectable, ainsi que des conseils sanitaires et des adresses utiles au plan local (par exemple, les adresses des emplacements des RESU et des comptoirs d'échange)²²⁴. Les pochettes sont majoritairement conditionnées par Modus Vivendi (coordinateur du projet), puis distribuées gratuitement aux pharmaciens via les distributeurs-répartiteurs, mais certains acteurs locaux en confectionnent eux-mêmes. Les pharmaciens sont invités à y ajouter deux seringues et à vendre la pochette au prix de 0,50 euros, un prix qui n'a pas subi d'augmentation depuis la mise en place du projet.

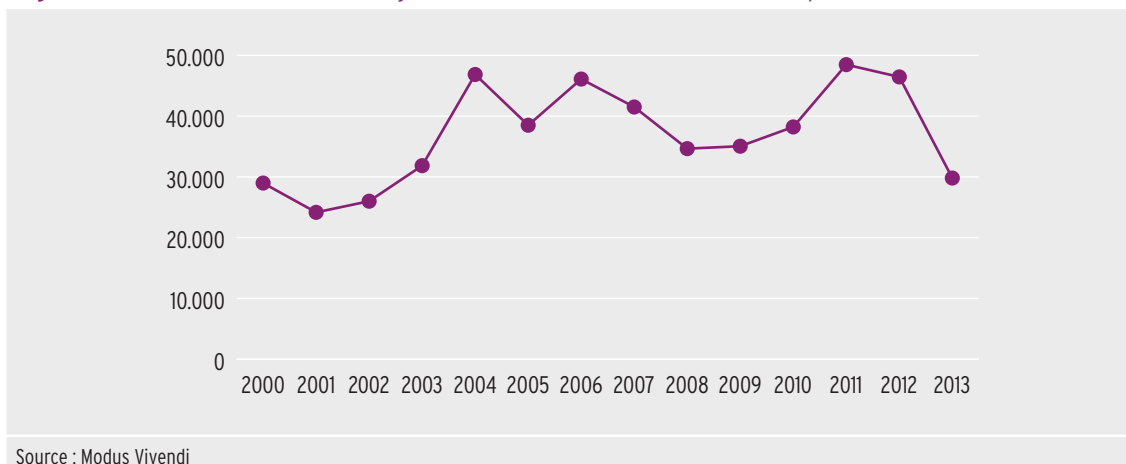
Le Stérifix est principalement accessible dans certaines pharmacies des villes de Bruxelles, Liège, Namur, Charleroi, Chimay, Ciney ou encore Couvin, mais nous ne disposons pas actuellement du répertoire des pharmacies qui le diffusent. Une enquête réalisée auprès d'une centaine de pharmacies de la province de Namur indique, à titre indicatif, que la moitié connaît l'existence de la pochette et que 13 % la vendait au moment de l'enquête (voir Frère, Collin et Hogge, 2010). Bien entendu, le rôle des pharmacies dans ce dispositif d'accessibilité au matériel d'injection ne se limite pas à la vente du Stérifix, puisque la grande majorité des pharmacies vendent également des seringues en dehors des pochettes Stérifix. Toutefois, elles ne sont pas tous disposées à les déconditionner pour les vendre à l'unité et préfèrent souvent les vendre par paquet de 10, ce qui ne correspond pas toujours aux besoins immédiats et attentes des usagers.

La vente du Stérifix en pharmacie est promue via des «opérations Stérifix», lors desquelles des travailleurs de terrain et/ou des usagers formés à la RdR démarchent les pharmaciens afin de les sensibiliser à la problématique de l'injection. Outre ce travail de sensibilisation et d'amélioration de l'accessibilité des pochettes, les opérations visent également à rapprocher usagers de drogues et pharmaciens, ainsi qu'à promouvoir la citoyenneté des usagers via leur participation à un programme de prévention. Ces opérations favorisent également la concertation et l'échange d'informations entre les intervenants impliqués (usagers, professionnels du terrain, pharmaciens, etc.).

En 2013, 14.905 pochettes ont été confectionnées et envoyées aux distributeurs-répartiteurs. Puisque les pharmaciens incluent généralement deux seringues dans chaque pochette, un total de 29.810 seringues a ainsi été distribué en 2013 via ce projet. La baisse brutale observée en 2013 est due à l'interruption, en octobre 2013, de la production des pochettes au niveau de Modus Vivendi, survenue pour des raisons budgétaires : pendant de nombreuses années, le projet Stérifix a pu être maintenu à flot via le principe des vases communicants, en réduisant les dépenses des autres projets menés par Modus Vivendi et financés par la FWB, une situation qui ne peut malheureusement plus perdurer. Il est toutefois prévu de reprendre la production dans le courant de 2014, mais en réduisant le nombre de pochettes produites.

Chaque année, la précarité financière du projet est rappelée aux pouvoirs publics et principalement à ceux de la FWB. Sans amélioration du soutien, la viabilité du projet est désormais clairement menacée. La situation actuelle est telle que de nombreux usagers ne peuvent plus accéder à la pochette, et sont donc susceptibles de prendre des risques liés à l'injection. En outre, elle risque d'entraîner une désaffiliation des partenaires (pharmaciens et répartiteurs) en raison d'une perte de crédibilité et de confiance.

224 Pour que la pochette soit complète et optimale en termes de réduction des risques, il faudrait idéalement qu'elle comprenne également deux Stéricups et de l'acide ascorbique/citrique. Bien que l'équipe de Modus Vivendi a récemment réintroduit ces deux éléments dans les pochettes, la pérennisation de ces ajouts ne pourra se faire sans un meilleur financement du projet. Notons aussi que certains partenaires locaux ajoutent également un préservatif dans la pochette.

Figure 36 : Évolution du nombre de seringues vendues sous le format Stérifix dans les pharmacies de la FWB, 2000-2013

La récupération de seringues via les RESU

La gestion des seringues usagées constitue un problème de santé publique, celles-ci étant parfois abandonnées dans des lieux publics, dans les égouts ou encore dans des poubelles sans précautions particulières. Si les comptoirs d'échange de seringues permettent de limiter fortement ce phénomène, d'autres mesures complémentaires sont également menées, principalement le ramassage de seringues par des travailleurs de terrain dans les zones à risque ainsi que la mise en place de RESU (Récupérateurs Extérieurs de Seringues Usagées). Ce projet a été implanté par l'asbl Transit pour permettre aux usagers de se débarrasser de leurs seringues usagées facilement, à tout moment, en toute sécurité et avec une relative discrétion. Concrètement, un RESU est une boîte métallique discrète pourvue d'une petite ouverture sur le dessus permettant d'y glisser les seringues usagées, lesquelles sont collectées par un container standard de récupération de seringues, dont l'accès pour l'élimination et le remplacement est sécurisé par une serrure.

Le premier RESU a été mis en place en 2004, au retour d'un voyage au Québec au cours duquel un travailleur de l'asbl Transit a pu y constater leur existence. Actuellement, 9 RESU ont été implantés en FWB : 5 à Bruxelles et 4 à Charleroi. La boîte est généralement fixée aux alentours des lieux de consommation ou à l'entrée de services en contact avec les usagers de drogues.

Nous ne connaissons pas le nombre de seringues récupérées par l'ensemble de ce dispositif. En revanche, nous savons que le RESU installé à l'entrée de l'asbl Transit, en Région de Bruxelles-Capitale, a permis de récolter 410 seringues en 2008, 370 en 2009, 210 en 2010, 280 en 2011 et 140 en 2012 (Julien Fanelli, communication personnelle). La diminution du nombre de seringues récupérées via ce RESU s'explique par une tendance à privilégier l'échange de seringues au niveau du comptoir L.A.I.R.R., situé dans les locaux de l'asbl Transit, et par une récupération de plus en plus fréquente via de petits containers que certains usagers emportent avec eux, le RESU étant plutôt un outil complémentaire utilisé par ceux qui préfèrent se débarrasser de leurs seringues usagées dans la discrétion.

4 LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE

4.1 LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU EUROPÉEN

Le système d'alerte précoce (Early Warning System - EWS) a été mis en place par la Commission européenne dans le cadre de l'«Action commune du 16 juin 1997 fondée sur l'article K.3 du traité de l'Union européenne, relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles drogues de synthèse». Au niveau européen, ce système participe donc au recensement des nouvelles drogues de synthèse, à l'évaluation des risques associés à leur usage, et éventuellement au contrôle de leur commercialisation à l'échelle européenne.

L'EWS est implémenté au niveau de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), qui se charge de la centralisation et de la valorisation des informations, et il est alimenté par les points focaux nationaux qui sont, dans ce contexte, chargés de lui communiquer des informations relatives aux nouvelles substances psychoactives détectées sur leur territoire (formule chimique, description de l'échantillon, quantité, nombre d'occurrences annuelles, etc.). Il a été mis en place en raison de l'apparition de plus en plus fréquente au cours des années 90 de nouvelles drogues de synthèses (NDS), substances qui étaient le plus souvent dérivées à l'époque de la MDMA et des amphétamines.

L'EWS fait toutefois souvent l'objet d'une réappropriation au niveau national afin de servir aussi de système de veille sanitaire, permettant d'identifier et d'informer rapidement les travailleurs de terrain et les usagers de drogues sur la circulation de nouvelles substances potentiellement dangereuses, d'échantillons hautement dosés en principe(s) actif(s) de drogues connues, ou encore sur la présence de produits de coupes présentant un risque au niveau sanitaire.

4.2 LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU BELGE

4.2.1 CADRE LÉGAL

Le système d'alerte précoce a été formalisé au niveau belge dans une «note politique du Gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue» datant du 19 janvier 2001, qui précise brièvement la manière dont le système doit être organisé et opéré au niveau fédéral. Cette note est à la base de la création, en 2002, du Belgian Early Warning System on Drugs (BEWSD), une unité développée au sein du programme drogues de l'ISSP (Institut Scientifique de Santé Publique) spécifiquement dédiée au fonctionnement et à la coordination de l'EWS. Afin d'améliorer la diffusion d'informations des laboratoires cliniques ou toxicologiques vers le BEWSD, l'arrêté royal du 14/07/2003, modifié par celui du 17 octobre 2006, précisent ensuite que ces laboratoires sont tenus de signaler quotidiennement au BEWSD les résultats d'analyses toxicologiques ou biologiques qui se sont révélés positifs pour les drogues illicites autres que le cannabis ainsi que pour les nouvelles drogues de synthèse, ainsi que les résultats d'analyses biologiques des victimes décédées suite à l'ingestion d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines et dérivés, même si ces analyses sont réalisées dans le cadre d'une instruction judiciaire ou d'une enquête judiciaire.

Malgré ces avancements, le BEWSD peine encore actuellement à obtenir les résultats d'analyses lorsqu'une instruction judiciaire est en cours, parce que les laboratoires peuvent se réfugier derrière la disposition du secret de l'instruction afin de ne pas avoir à communiquer ces résultats, ce qui handicape lourdement l'EWS belge. Mais cela ne devrait désormais plus être le cas puisque la loi de 1921 a récemment fait l'objet d'un amendement via un projet de loi approuvé en décembre 2013 et publié au Moniteur belge le 10/03/2014, afin que les laboratoires ne puissent plus avoir recours au secret de l'instruction pour ne pas communiquer d'information (voir chapitre 1, point 1.3.3).

4.2.2 MODE DE FONCTIONNEMENT

Au niveau belge, comme dans d'autres pays, la mise en œuvre de l'EWS dépasse les seules drogues de synthèse pour intégrer aussi les nouvelles drogues en général ainsi que les nouveaux modes de consommation ou encore les fortes concentrations de drogues connues (y compris légales), susceptibles d'entraîner une augmentation des risques pour le consommateur. Ce système est coordonné au niveau national par l'ISSP (via le BEWSD), et géré au niveau communautaire par le VAD (pour la Flandre) et Eurotox (pour la FWB). Dans ce contexte, la politique d'Eurotox en matière d'alerte précoce est strictement axée sur la prévention et la réduction des risques pour les usagers potentiels, dans une démarche de santé publique.

Comme on peut le voir sur la figure 37, ce système est principalement alimenté par les résultats d'analyses réalisées par les laboratoires toxicologiques sur certains échantillons prélevés lors de saisies policières ou douanières, ainsi que, dans une moindre mesure, par les résultats d'analyse de produits soumis par des usagers de drogues au service de testing de produits psychotropes développé par l'asbl Modus Vivendi dans certains lieux festifs (en festival) ainsi que dans le lieu d'accueil Modus Fiesta à Bruxelles²²⁵. Mais il est également complété par les prélèvements biologiques (de sang et d'urine) analysés par les laboratoires de biologie clinique des hôpitaux ou des services médico-légaux effectués lors d'intoxications ou morts suspectes. Les résultats de ces différentes analyses sont communiqués de manière continue au BEWSD, qui analyse l'information et juge de la pertinence (souvent après consultation du VAD et d'Eurotox) de recourir à l'EWS belge pour diffuser une information ou un message d'alerte précoce. Enfin, ce système est également alimenté de manière complémentaire par d'éventuels constats ou signalements d'intervenants de 1^{er} ou 2^e ligne belges ou transfrontaliers, ainsi que par les alertes lancées par les points focaux d'autres pays européens (lesquelles sont parfois susceptibles de concerner également les usagers vivant en Belgique).

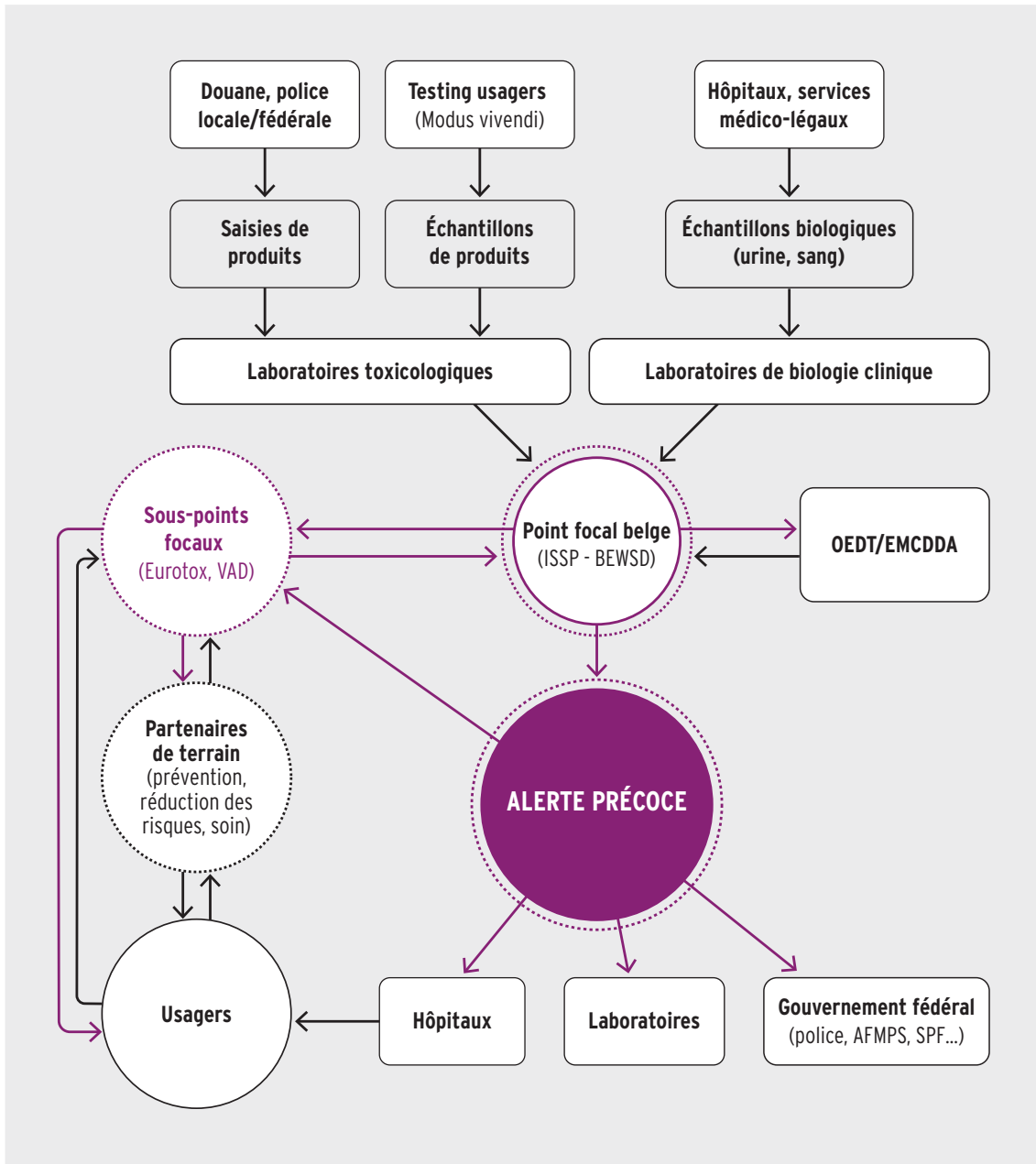
Les informations diffusées à travers l'EWS belge sont de deux types :

- les messages d'information : ils sont destinés uniquement aux intervenants de terrain, et peuvent informer, par exemple, de la circulation en Belgique d'un nouveau produit sans dangerosité apparente.
- les messages d'alerte précoce : ils sont diffusés de manière pyramidale afin d'informer rapidement les intervenants de terrain et les usagers de drogues des risques liés à la consommation d'un produit clairement ou relativement bien identifié. Ces messages d'alerte sont initialement lancés par le BEWSD, qui les communique aux points focaux régionaux (VAD et Eurotox) ainsi qu'aux hôpitaux, laboratoires et autres structures gouvernementales (police, SPF santé, etc.). Eurotox et le VAD se chargent ensuite de les relayer (après adaptation) vers les intervenants de terrain et les usagers via différents canaux : mailing liste d'intervenants en prévention et réduction des risques, sites Internet d'Eurotox, de Modus Vivendi et d'Infor-Drogues, partenaires du label Quality Nights ou d'autres interventions en milieu festif, blogs ou forums Internet destinés aux usagers, réseaux sociaux, etc. Certaines alertes diffusées par Eurotox sont également relayées en France via les associations ASUD (Auto-support des usagers de drogues) et Techno+.

Eurotox adapte systématiquement les alertes lancées par le BEWSD afin de les présenter sous un format A4 imprimable qui contient toutes les informations disponibles permettant d'identifier le produit (description, photo, signe distinctif éventuel), et décrivant les effets et risques associés. Un parcours de la littérature scientifique et des sites ou forums spécialisés est également réalisé par nos soins lorsque nous avons affaire à des substances peu connues. Les alertes sont en outre complétées par une série de conseils de réduction des risques ainsi que par des renseignements utiles (numéro de téléphone des urgences, etc.). De manière générale, Eurotox et le VAD se réservent aussi le droit de ne pas diffuser auprès des usagers certaines alertes lancées par le BEWSD, par exemple parce que la dangerosité du produit n'est pas avérée. Dans ce cas, nous informons toutefois les intervenants de terrain à travers un message d'information.

225 En 2013, 85 demandes d'analyse de produits ont été adressées au lieu d'accueil Modus Fiesta, et 26 lors d'un festival où un stand d'analyse était présent (Modus Vivendi, 2014).

Figure 37 : Flux d'information au sein du système d'alerte précoce belge



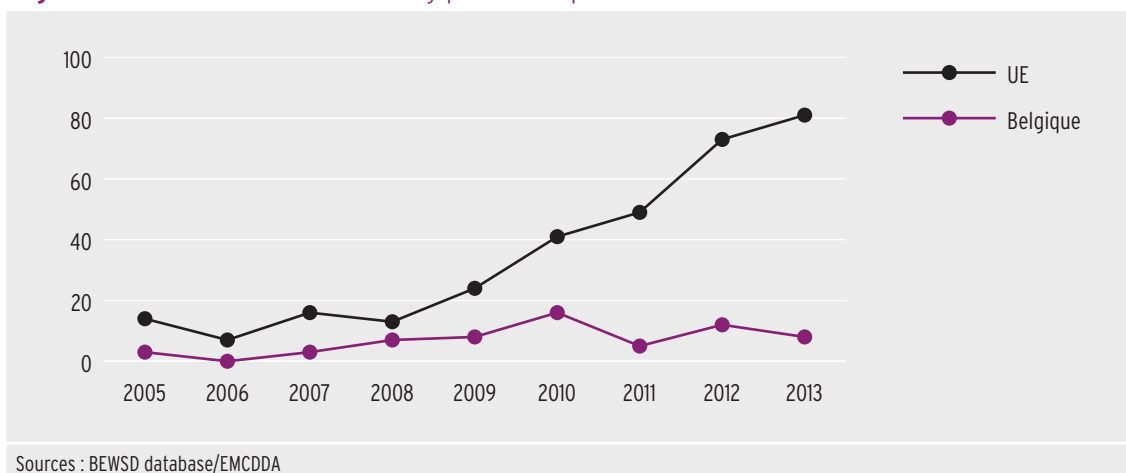
4.3 LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE EN QUELQUES CHIFFRES

Pour rappel, l'EWS a deux fonctions principales : détecter l'apparition de NDS et informer les intervenants de terrain et les usagers de drogues lorsque la santé de ces derniers est menacée pour une raison précise (échantillon hautement dosé, nouveau produit toxique, etc.). Nous allons donc aborder successivement les statistiques relatives à la détection de NDS ainsi qu'au lancement des alertes précoces.

4.3.1 LES NDS DÉTECTÉES EN BELGIQUE ET EN EUROPE DE 2005 À 2013

Le nombre de NDS recensées sur le territoire européen était relativement peu élevé et constant au début des années 2000, mais il n'a cessé de croître ces dernières années, passant de 13 NDS en 2008 à 81 en 2013, comme on peut le voir sur la figure 38 (voir aussi EMCDDA, 2014). L'EWS belge a quant à lui recensé un total de 42 NDS sur la période 2005-2011 (contre 164 au niveau européen ; Van der Linden, Antoine, Blanckaert & Van Bussel, 2012), et 8 nouvelles molécules ont été détectées en 2013. De manière générale, la propagation des NDS est un phénomène mondial, quoique particulièrement observé en Europe, peut-être en raison de l'efficacité et de la rapidité de détection propres à l'EWS (UNODC, 2013). Cette augmentation est en outre attribuable au développement du marché des «euphorisants légaux», ces substances généralement de nature synthétique qui sont créées spécifiquement par des entrepreneurs peu scrupuleux afin de contourner la loi sur les stupéfiants²²⁶.

Figure 38 : Nombre de NDS détectées en Belgique et en Europe de 2005 à 2013



Parmi les 73 NDS identifiées en 2012 au niveau européen, on retrouve une majorité de cannabinoïdes de synthèse (43 %), ainsi qu'une portion relativement importante de phénéthylamines²²⁷ (19 %), alors que les cathinones de synthèse²²⁸ représentaient moins de 5 % des NDS identifiées cette même année. Sur la période 2005-2011, parmi les 42 NDS identifiées par l'EWS belge, on retrouvait 36 % de cathinones de synthèse, 26 % de cannabinoïdes de synthèse et 17 % de phénéthylamines, 5 % de pipérazines, 14 % de substances «orphelines» et une seule (2 %) triptamine²²⁹ (Van der Linden et al., 2012). Bien entendu,

226 En effet, en Belgique, comme dans la plupart des pays, les lois qui régissent l'interdiction de détention et de trafic de stupéfiants sont complétées par une liste nominative (basée sur la structure moléculaire) de produits sur lesquels ces interdictions s'appliquent. Il suffit donc d'opérer de légères modifications sur la structure moléculaire d'un produit illégal pour obtenir une nouvelle substance aux effets similaires mais ne tombant plus dans le champ d'application de la loi. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1 (point 1.3.3), la loi belge a récemment été modifiée afin de contrer ce phénomène, les substances psychoactives pouvant désormais être interdites de manière générique sur base d'un tronc commun moléculaire.

227 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables à la MDMA, aux amphétamines, voire à certains hallucinogènes, selon la structure de la molécule.

228 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables aux amphétamines.

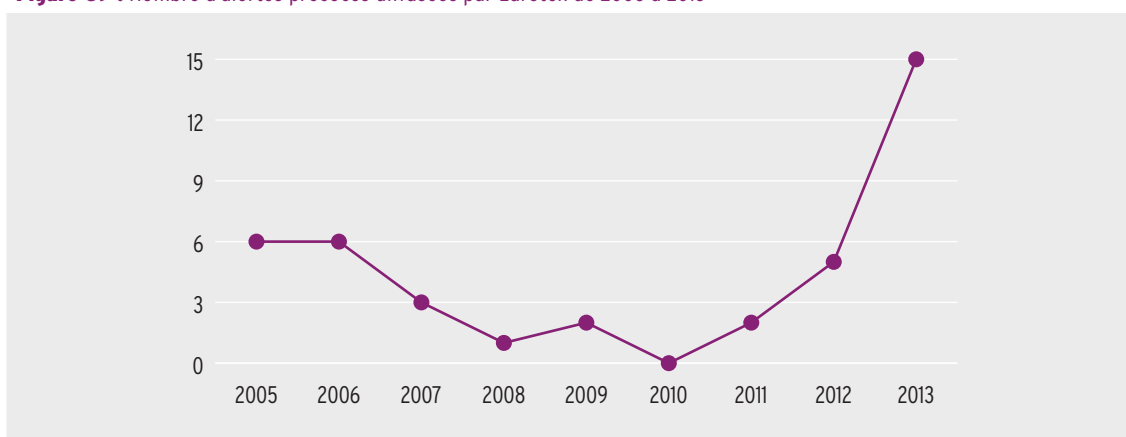
229 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables à la plupart des hallucinogènes naturels.

en Belgique comme partout en Europe, la représentativité de ces familles fluctue dans le temps, ces fluctuations s'expliquant essentiellement par la popularité/succès des NDS auprès des usagers à un moment donné ainsi que par l'efficacité du dispositif réglementaire pour les sanctionner (la réactivité du système répressif favorisant l'apparition de molécules dérivées).

4.3.2 LES ALERTES PRÉCOCES DIFFUSÉES PAR EUROTOX DE 2001 À 2013

La figure 39 illustre clairement que le nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox a considérablement augmenté en 2013 par rapport aux années précédentes, en grande partie en raison d'alertes portant sur des NDS (9 alertes sur 15).

Figure 39 : Nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox de 2005 à 2013



Comme on peut le voir dans le tableau 51, une bonne partie des alertes²³⁰ que nous avons diffusées en 2013 concernaient des pilules d'ecstasy fortement dosées en MDMA (6 alertes sur 15) ou des pilules d'ecstasy contenant de la PMMA (5 alertes sur 15), une substance parfois vendue comme de l'ecstasy mais qui, lorsqu'elle est consommée à haute dose ou en association avec d'autres substances à effet sérotoninergique (MDMA) peut provoquer un syndrome sérotoninergique et/ou une hyperthermie sévère potentiellement mortels. Deux alertes ont également été lancées en 2013 en raison de l'identification de buvards contenant une nouvelle drogue de synthèse aux effets semblables au LSD mais nettement plus dangereuse en raison du faible écart qui sépare la dose récréative de la dose létale. Nous avons également été amenés à diffuser une alerte suite à l'intoxication d'un patient par une nouvelle drogue de synthèse (la méthoxétamine) aux effets semblables à la kétamine mais de plus longue durée et ayant entraîné de sérieuses intoxications ainsi que quelques décès (en raison de complications cardiaques ou d'insuffisance respiratoire) dans plusieurs pays de l'Union européenne. Enfin, nous avons diffusé une alerte relatant le décès de deux hommes en Allemagne provoqué par la consommation d'un cannabinoïde de synthèse (XLR-11) qui peut provoquer des troubles cardiaques ainsi qu'un syndrome d'insuffisance rénale aiguë chez des personnes n'ayant pas d'antécédents médicaux de ce type.

Finalement, en ce qui concerne la source d'information à l'origine des alertes précoces diffusées en 2013, six alertes ont été lancées au départ d'une information/alerte en provenance d'un pays voisin, quatre ont été lancées au départ d'analyses toxicologiques effectuées suite à des saisies policières ou douanières, trois alertes avaient comme origine une intoxication ou un décès suspect survenu sur le territoire belge, et trois autres (ainsi qu'une information) ont été lancées au départ du service de testing à destination des usagers de drogues proposé par l'asbl Modus Vivendi.

230 À noter qu'une même alerte peut parfois porter sur plusieurs échantillons d'un même produit (par exemple, différentes pilules d'ecstasy).

Tableau 51 : Les messages d'alertes précoces et d'information diffusés par Eurotox en 2013


Date	Titre	Type
08/02/2013	MDMA : nouveaux comprimés fortement concentrés	Alerte
19/04/2013	PMMA : circulation dans le sud des Pays-Bas	Alerte
13/06/2013	MDMA : nouveaux comprimés fortement concentrés	Alerte
24/06/2013	MDMA : nombreux comprimés (très) fortement concentrés aux Pays-Bas	Alerte
28/06/2013	PMMA : circulation aux Pays-Bas de comprimés d'ecstasy contenant de la PMMA	Alerte
19/07/2013	PMMA/MDMA : décès lié à la consommation de PMMA et de MDMA	Alerte
21/08/2013	MDMA : saisie à Bruxelles de nombreux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA	Alerte
27/08/2013	PMMA : décès aux Pays-Bas liés à la consommation de comprimés d'ecstasy contenant de la PMMA	Alerte
29/08/2013	25I-NBOMe et DOC : intoxication suite à l'ingestion de buvards contenant de nouvelles drogues de synthèse	Alerte
11/09/2013	MDMA : circulation de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA	Alerte
18/10/2013	25I-NBOMe : identification de nouveaux buvards contenant une nouvelle drogue de synthèse potentiellement mortelle	Alerte
24/10/2013	PMMA : identification aux Pays-Bas de nouveaux comprimés d'ecstasy contenant de la PMMA	Alerte
28/10/2013	Méthoxetamine : intoxication suite à la consommation d'une nouvelle drogue de synthèse semblable à la kétamine	Alerte
15/11/2013	MDMA : circulation de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA	Alerte
26/11/2013	6-APB et Méthylone : identification sur le territoire belge de nouvelles drogues de synthèse aux effets semblables à la MDMA	Info
19/12/2013	Cannabis de synthèse : deux intoxications (dont un décès) en Allemagne en lien avec la consommation de «Jamaican Gold Extreme»	Alerte

4.4 EXEMPLES D'ALERTES PRÉCOCES DIFFUSÉES PAR EUROTOX EN 2013

Alerte du 15 novembre 2013 : circulation de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA

Dans le cadre du système d'Alerte Précoce (Early Warning System - EWS), le service de testing de l'asbl Modus Vivendi, proposé au lieu d'accueil Modus Fiesta, a permis l'identification récente de deux nouveaux comprimés d'ecstasy fortement dosés en MDMA. Le premier comprimé (logo Paul Franck) est particulièrement dangereux puisqu'il contient plus de 80 % de MDMA base. Voici les caractéristiques complètes de ces deux comprimés.

Couleur : bleu	
Logo : Paul Franck	
Forme : ronde	
Ligne de séparation : non	
Diamètre moyen : 9 mm	
Épaisseur moyenne : 3,5 mm	
Poids moyen : 330 mg	
Teneur en MDMA : 269,1 mg MDMA base	
Localisation : Bruxelles (novembre 2013)	

Couleur : rouge	
Logo : pentacle	
Forme : ronde	
Ligne de séparation : non	
Diamètre moyen : 7 mm	
Épaisseur moyenne : 2 mm	
Poids moyen : 280 mg	
Teneur en MDMA : 150,4 mg MDMA base	
Localisation : Bruxelles (novembre 2013)	

- Le dosage habituel des comprimés «d'ecstasy» trouvés sur le marché belge oscille aux environs de 120-130 mg de MDMA.HCL. Ce dosage est par exemple utilisé dans des études cliniques.
- Vu la concentration élevée en MDMA de ces comprimés, il existe un risque de complications graves (convulsions, hyperthermie, coma), voire de décès par overdose. Lisez attentivement les conseils de réduction des risques repris ci-dessous.

CONSEILS DE RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES CONSOMMATEURS

1. Si vous achetez de l'XTC, évitez l'achat en rue ou en discothèque. Si malgré tout vous le faites, informez-vous auprès d'autres usagers sur les effets de ces pilules et la fiabilité du revendeur.
2. Veillez à ne jamais consommer seul ! Entourez-vous de gens qui peuvent vous aider en cas de problème.
3. Si vous décidez de consommer une pilule, commencez si possible par un quart de pilule et attendez +/- une heure pour en apprécier l'effet ! De même si vous avez acheté un liquide, n'en consommez qu'une faible quantité et attendez les effets.
4. Si après une autre heure, vous ne sentez toujours pas les effets de la pilule, patientez avant d'augmenter la dose, car certaines substances actives se manifestent avec un effet retard. De plus, certaines pilules vendues comme de l'XTC peuvent contenir une autre substance active en quantité dangereuse (par exemple de la PMMA). Attention donc au risque de surdose !
5. Ne prenez de l'ecstasy que si vous vous sentez bien physiquement et mentalement. En prenant un produit psychoactif lorsque vous vous sentez mal ou angoissé, votre état risque d'empirer.
6. Pour éviter le coup de chaleur, buvez fréquemment de l'eau en petites quantités, rafraîchissez-vous (en prenant l'air, en vous aspergeant la nuque d'eau froide, etc.). Un état de déshydratation avancé est une conséquence fréquemment observée chez les consommateurs d'ecstasy, dont l'issue peut s'avérer fatale !
7. Entourez-vous de personnes de confiance, ne vous isolez pas.
8. Avant de sortir, fixez-vous une limite (durée de la sortie, nombre de pilule(s), ...). Cela vous permettra d'éviter l'usage abusif.
9. Mieux vaut réserver cette substance aux occasions spéciales. Une consommation fréquente diminue les effets empathogènes d'ouverture et de bien-être et augmente les risques d'abus.
10. La «descente» fait partie de l'expérience psychotrope. La retarder en gobant davantage ne fait que la rendre plus difficile.
11. L'usage d'ecstasy est déconseillé aux personnes souffrant de faiblesse cardiaque, d'hypertension, d'insuffisance rénale, d'insuffisance respiratoire ou de diabète.
12. L'ecstasy traverse la barrière placentaire et passe dans le lait maternel. Il est donc fortement déconseillé aux femmes enceintes ou qui allaitent. Quel que soit le produit, veillez à ne pas le laisser traîner à la portée des enfants.
13. Toutes les drogues, et donc l'ecstasy, entraînent une baisse de vigilance qui peut être à l'origine de relations sexuelles non-protégées et, parfois, non-désirées. Ayez toujours des préservatifs sur vous. Lorsque vous sortez avec un groupe d'amis, veillez les uns sur les autres.
14. Évitez toute activité exigeant de la concentration (travail sur des machines, conduite automobile, ...) : excitation, euphorie, nervosité, voire agressivité peuvent entraîner des conduites inadaptées ou une prise de risque inconsidérée.

EN CAS DE MALAISE SUITE À UNE PRISE DE COMPRIMÉS OU À UN MÉLANGE :

- Appelez d'urgence les secours : formez le n°100 ou le 112 (service médical d'urgence - appel gratuit).
- Décrivez l'état de la personne comme suit : est-elle consciente ou inconsciente ? Respire-t-elle ou non ? Son cœur bat-il ou non ?

POUR TOUTES QUESTIONS OU COMMENTAIRES, VEUILLEZ CONTACTER :

- **Infor-Drogues** anonymement au **02/227.52.52** ou via l'épermanence (www.infordrogues.be)
- ou **Eurotox** par e-mail info@eurotox.org

Alerte du 19 décembre 2013 : Deux intoxications (dont un décès) en Allemagne en lien avec la consommation de «Jamaican Gold Extreme» (cannabinoïde de synthèse)

Dans le cadre du système d'Alerte Précoce (Early Warning System - EWS), le Point Focal National Allemand a averti l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies et l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP) de deux cas d'intoxications sévères manifestement provoquées par la consommation d'une préparation («Jamaican Gold Extreme») à base d'un cannabinoïde synthétique (XLR-11).



Le premier patient (un homme âgé de 32 ans) a été retrouvé mort dans son appartement après avoir consommé cette préparation en avril 2013. Le deuxième patient (un homme aussi âgé de 32 ans) s'est effondré dans son appartement en novembre 2013 après avoir consommé une préparation similaire. Il a été réanimé pendant 30 minutes et serait depuis lors dans le coma. Malgré la présence d'une activité cérébrale, les médecins estiment qu'en cas de réveil, des séquelles importantes seront à déplorer. Nous n'avons pas d'informations toxicologiques détaillées, ni d'informations précises sur la cause objective du décès (infarctus du myocarde ?...), mais il semblerait que ces préparations puissent être directement responsables de ces intoxications.

Le cannabinoïde synthétique XLR-11 (ou 5F-UR144) est un puissant agoniste des récepteurs cannabinoïdes de type CB2, qui présente aussi une légère affinité pour les récepteurs de type CB1. Ce cannabinoïde a été récemment développé afin de contourner les lois sur les stupéfiants, et il a été identifié pour la première fois en Belgique en octobre 2012, grâce au service de testing de l'asbl Modus Vivendi proposé au lieu d'accueil Modus Fiesta, vers lesquels des usagers se tournent régulièrement afin de connaître la composition exacte de leurs produits. Il fait partie des substances psychoactives interdites en Belgique.

Cette substance est déjà connue pour avoir provoqué un syndrome d'insuffisance rénale aiguë chez plusieurs consommateurs n'ayant pas d'antécédents médicaux de ce type.

La dangerosité des préparations à base de cannabinoïdes de synthèse peut s'expliquer par différents facteurs :

- ces préparations peuvent contenir **plusieurs cannabinoïdes**, engendrant une action massive sur les récepteurs cibles.
- certains cannabinoïdes de synthèse ont une **forte affinité** (plus grande que le THC) pour ces récepteurs cibles.
- certains cannabinoïdes synthétiques ont un temps de demi-vie plasmatique particulièrement élevé, ce qui augmente la **durée des effets** et potentialise les risques de surdosage.
- **aucune norme sanitaire** ne régit la fabrication et la commercialisation de ces préparations, de sorte que les échantillons qui circulent peuvent être variablement dosés en principe(s) actif(s), voire contaminés par des substances ou bactéries dangereuses.
- ces **molécules** sont généralement **inconnues** et nous n'avons pas ou peu d'information sur leurs effets psychoactifs et physiologiques, ni sur les contre-indications, les éventuelles interactions médicamenteuses, le dosage optimal et l'éventuelle dose létale, leur éventuelle toxicité ou encore leurs effets indésirables.

Dans ce contexte, nous recommandons aux usagers d'éviter de consommer toute préparation de ce type.

CONSEILS DE RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES CONSOMMATEURS

- Si vous décidez néanmoins de consommer ces substances, veillez à ne **jamais** le faire **seul** ! Entourez-vous de gens qui pourront vous aider en cas de problème.
- Si vous avez l'intention de fumer une préparation végétale à base de cannabinoïdes synthétiques, prenez le temps de découvrir le produit et son dosage en consommant **d'abord quelques petites bouffées** (évitiez de commencer d'emblée par un bang complet). Vous aurez ainsi également l'occasion de vérifier comment votre organisme réagit à cette substance.
- **Évitez** de consommer des cannabinoïdes synthétiques présentés sous forme de **poudre** car ils vous exposent davantage au risque d'overdose : leur dosage exige en effet une balance de précision (milligramme au minimum).
- **Évitez** de consommer ces produits en **association avec d'autres substances**, y compris l'alcool. Un grand nombre de décès qui nous sont signalés impliquent de la polyconsommation !
- **Évitez** de consommer ces produits si vous avez des **antécédents cardiaques ou rénaux**, car certains cannabinoïdes de synthèse peuvent provoquer un infarctus du myocarde ou une insuffisance rénale aiguë.
- **Évitez** de consommer ces produits de manière **régulière**, car nous n'avons aucun recul en ce qui concerne les risques sanitaires liés à une consommation répétée.
- Contrairement aux apparences, **l'achat de nouvelles drogues de synthèse par Internet est risqué** car ces produits sont commercialisés par des sociétés qui ne sont pas assujetties à des normes de contrôle sanitaire (produits inconnus et non-testés, dosage approximatif, risque d'erreurs d'étiquetage, etc.). Leur achat en rue ou en milieu festif entraîne les mêmes risques, majorés par ceux propres à l'achat de drogues au marché noir (produits de coupe possibles, nature du produit incertaine, etc.).

QUE FAIRE EN CAS D'URGENCE ?

- Appelez d'urgence les secours : formez le n°100 ou le 112 (service médical d'urgence - appel gratuit).
- Décrivez exactement ce que la personne a consommé
- Décrivez l'état de la personne comme suit : est-elle consciente ou inconsciente ? Respire-t-elle ou non ? Son cœur bat-il ou non ?

POUR TOUTES QUESTIONS OU COMMENTAIRES, VEUILLEZ CONTACTER :

- **Infor-Drogues** anonymement au **02/227.52.52** ou via l'épermanence (www.infordrogues.be)
- ou **Eurotox** par e-mail info@eurotox.org

5 CADRE ET MISSIONS D'EUROTOX

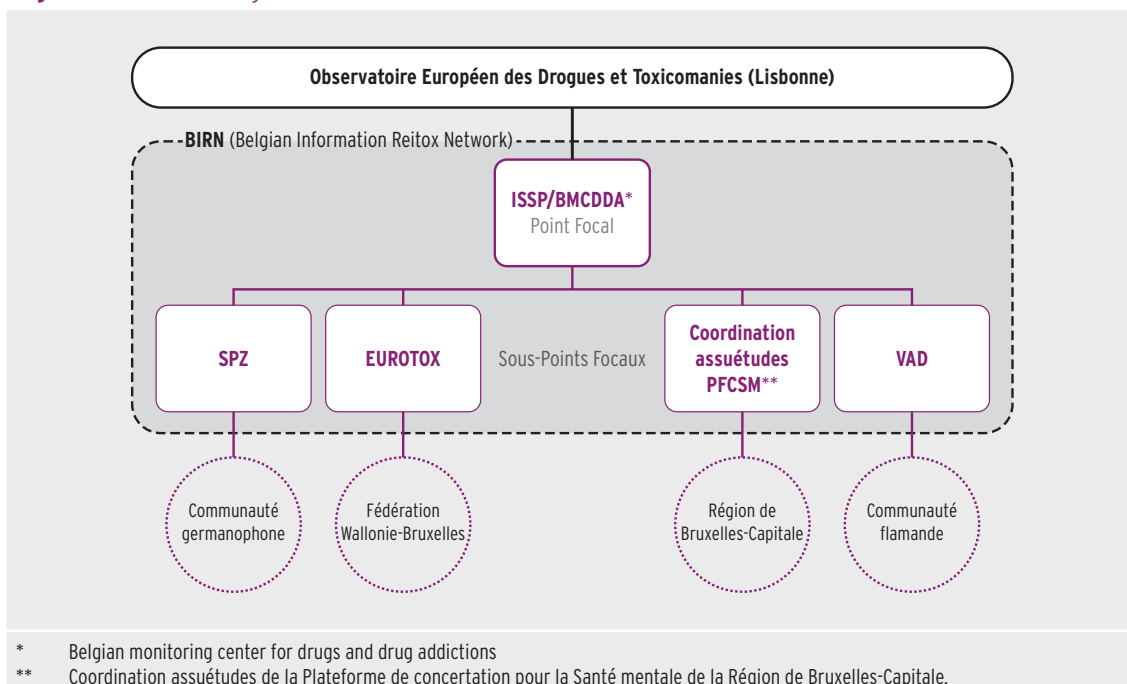
5.1 INTRODUCTION

Historiquement, l'asbl Eurotox, fondée en 1990, est née d'une collaboration entre trois associations actives en FWB dans différents domaines en lien avec l'usage des drogues (Infor-Drogues <www.infordrogues.be>, Modus Vivendi <www.modusvivendi-be.org>, Prospective Jeunesse <www.prospective-jeunesse.be>). Elle est née de la volonté de ces associations et du besoin de celles-ci de pouvoir disposer d'une connaissance approfondie du phénomène des «drogues» ainsi que d'indicateurs et outils permettant d'orienter les pratiques.

Depuis 2013, l'assemblée générale d'Eurotox s'est élargie afin de pouvoir bénéficier plus largement de l'expertise variée de personnes dont le travail touche de près ou de loin au domaine de l'usage de drogues et des assuétudes, et ce afin d'enrichir la réflexion, d'améliorer les contacts avec les acteurs de terrain wallons et bruxellois et les autres observatoires, et de mieux répondre aux besoins du secteur. L'assemblée générale se compose désormais d'une vingtaine de membres, issus de domaines divers en lien avec l'usage de drogues (santé mentale, maisons médicales, Centre local de promotion de la santé, observatoires, Réseau Alto de la Société scientifique de médecine générale, centre PMS, Plans stratégiques de sécurité et de prévention, police, etc.).

Pour rappel, Eurotox remplit des missions en tant que **Sous-Point Focal de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT)** couvrant le territoire de la FWB, mais aussi en tant qu'**Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles**. L'asbl poursuit en outre ses activités propres, distinctes de ces missions, telles que la recherche, qui peuvent faire l'objet d'un financement spécifique. Ainsi, Eurotox a réalisé un état des lieux (ou cadastre) des actions de prévention des assuétudes et de réduction des risques liés à l'usage de drogues subsidiées en FWB, mais aussi une recherche-action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection (en collaboration avec l'asbl Modus Vivendi), et enfin, ces deux dernières années, l'élaboration de Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en FWB (voir plus bas). En 2013, nous avons également collaboré avec le CBPS à une évaluation du label Quality Nights auprès du public cible en Région de Bruxelles-Capitale.

Figure 40 : Structure belge du réseau de collecte de données destinées à l'OEDT



Tous les pays européens sont tenus de collecter des données pour l'OEDT, et possèdent une structure comparable, ou à tout le moins un point focal chargé d'organiser et de coordonner la collecte. L'existence des sous-points focaux belges n'est due qu'à la division en entités fédérées et à la répartition de certaines compétences de santé à leur niveau.

Nous ne décrivons ci-dessous que les changements ou développements récents de ces différentes missions et activités.

5.2 SOUS-POINT FOCAL DE L'OEDT

5.2.1 MISSIONS DU SOUS-POINT FOCAL EUROTOX

5.2.1.1 Le Rapport national belge sur les drogues (Belgian Annual Report - BAR)

Ce rapport²³¹ édité par l'ISSP et demandé par l'OEDT permet de décrire sur différents plans (politique, juridique, sociétal, épidémiologique, etc.) la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes en Belgique. Eurotox contribue à la rédaction de ce rapport (en particulier du chapitre 3 sur la prévention), au même titre que d'autres intervenants, et nous assurons également sa relecture critique. Les rapports nationaux et les tables standards alimentent le rapport européen sur les drogues²³². Depuis deux ans, le rapport belge est officiellement rendu public le même jour que la sortie du rapport annuel de l'OEDT sur la situation des drogues en Europe. Dans ce cadre, une conférence de presse est organisée par l'ISSP, à laquelle participent un représentant de l'OEDT, de l'ISSP et des sous-points focaux (VAD et Eurotox).

5.2.1.2 La récolte d'indicateurs épidémiologiques-clés en FWB

Cinq indicateurs épidémiologiques clés développés par l'OEDT sont actuellement récoltés par la plupart des pays membres : l'**indicateur de demande de traitement** (TDI), la **prévalence d'usage dans la population générale**, la **prévalence d'usage problématique**, ainsi que les **maladies infectieuses** et la **mortalité** en lien avec l'usage de drogues. Eurotox participe directement à la récolte de deux de ces cinq indicateurs : le TDI et les maladies infectieuses liées à l'usage de drogues.

5.2.1.2 | 1 Indicateur «Demande de traitement» (TDI)

Participation à des groupes de travail

Comme chaque année, Eurotox a participé aux réunions du Comité de Coordination du Registre TDI. Ce comité est composé de représentants du SPF Santé, de la Communauté flamande, de l'ISSP et des sous-points focaux ou des organismes collecteurs (De Sleutel, VVBV, Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale et Eurotox), mais également de représentants de la direction des affaires de santé de la FWB et de la Wallonie, de l'INAMI et de centres de traitement actif sur le territoire belge. Depuis janvier 2008, ce groupe de travail est devenu officiellement le Comité de Coordination du Registre TDI, dont l'ISSP assure la présidence. Les missions de ce comité consistent à garantir le bon fonctionnement de l'ensemble du processus en tenant compte des recommandations de la Commission de protection de la vie privée, mais également de veiller au respect des conventions par les différentes parties et de garantir la qualité des données récoltées. Le rôle de ce comité est également de proposer des adaptations à l'enregistrement TDI afin d'assurer l'harmonisation de la collecte au niveau des différents systèmes d'enregistrement, et d'adapter les protocoles aux exigences de l'OEDT. Enfin, ce comité a également comme mission de superviser l'exploitation scientifique des données récoltées dans le cadre du TDI.

231 BAR 2013 : http://www.eurotox.org/images/stories/docs/BAR/bar_2013.pdf

232 Rapport OEDT 2014 : http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_228272_FR_TDAT14001FRN.pdf

Développement d'un outil informatique commun

Dans le cadre du Comité de Coordination du Registre TDI, il a été proposé en 2010 de faire appel à la plate-forme technique eHealth, afin que celle-ci développe d'une part un outil informatique pour que les organismes de collecte qui n'en disposent pas encore puissent en bénéficier, et d'autre part d'assurer l'anonymisation des données, l'élimination de doublons et l'intégration, l'harmonisation et le contrôle de qualité des données au niveau national. Les centres de traitement agréés par la Région wallonne et ceux ayant une convention avec l'INAMI l'utilise exclusivement depuis janvier 2013. En Région de Bruxelles-Capitale, il est prévu que les centres financés via un subsidie ambulatoire COCOF enregistrent leurs données via une nouvelle version Addibru qui prévoit un export de la base de données vers la plate-forme Ehealth. Enfin, depuis 2011, certains hôpitaux belges participent également à cet enregistrement via un projet pilote financé par le SPF santé (65 hôpitaux y participeront pour l'année 2014), qui devrait se généraliser à terme à l'ensemble des hôpitaux via la proposition d'un arrêté royal.

Tous les documents relatifs à la récolte du TDI en Belgique ainsi que l'accès à cet outil peuvent être trouvés à l'adresse suivante : <http://workspaces.wiv-isp.be/tdi/default.aspx>.

Identification des doublons

Selon les définitions relatives à la récolte des données TDI établies par l'OEDT, la base de données TDI ne doit comporter que la dernière demande de traitement introduite par une personne sur une année civile. Il n'est pourtant pas rare qu'un même patient introduise plusieurs demandes sur une même année civile, et de surcroît dans des centres de traitement distincts. Il est donc nécessaire de réaliser un travail de nettoyage afin de ne retenir que la dernière demande introduite par une même personne. Ce travail peut désormais facilement être réalisé grâce à l'encodage du code NISS du patient dans l'outil informatique mis au point par la plate-forme technique. Ce code est directement recodé afin de préserver l'anonymat des patients participant à cette récolte, et ce en conformité avec les prescriptions de la Commission de la protection de la vie privée ainsi qu'avec le protocole d'accord interministériel signé par l'ensemble des ministres belges de la santé publique (Moniteur belge : 3 mai 2006). Notons finalement que les patients doivent être initialement informés de l'existence de cette récolte TDI, et ont bien entendu le droit de refuser d'y participer.

Évolution vers le protocole TDI 3.0

Le protocole TDI a récemment fait l'objet d'une révision, le faisant évoluer vers la version 3.0²³³ qui sera introduite en Belgique à partir de janvier 2015. Ce nouveau protocole prévoit une modification (simplification) de certaines variables et une introduction de variables supplémentaires, permettant par exemple d'aborder plus efficacement les problématiques de polyconsommation ainsi que le partage de seringues usagées chez les usagers de drogues par injection.

5.2.1.2 | 2 Indicateur «Maladies infectieuses en lien avec l'usage de drogues»

De 2002 à 2011, la fiche TDI d'Eurotox intégrait des questions portant sur les statuts sérologiques du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les patients en demande de traitement dans les centres de la Wallonie. Toutefois, le taux de réponses à ces questions restait faible, et il ne couvrait pas les centres à Charleroi. Ces informations sur le statut sérologique des patients en traitement en Wallonie ne sont désormais plus récoltées depuis l'informatisation de la récolte du TDI, mais nous en présentons les résultats globaux pour la période 2006-2011 dans le chapitre 2 (voir 2.3.3.1. L'infection au VIH et aux hépatites B et C : Prévalence d'infection au VIH et aux hépatites B et C chez les patients en traitement dans un centre de la Wallonie).

Une étude nationale («DRID») financée par le SPF santé a toutefois récemment été réalisée de manière à pouvoir estimer la prévalence d'infection au VIH et aux hépatites B et C chez les usagers de drogues par injection en Belgique. Nous en rapportons également les principaux résultats dans le présent rapport (voir 2.3.3.1. L'infection au VIH et aux hépatites B et C : Prévalence d'infection chez les usagers de drogues par injection en Belgique : étude DRID).

5.2.1.2 | 3 Indicateur «Mortalité en lien avec l'usage de drogues»

Les données de mortalité liées à l'usage de drogues sont collectées en Wallonie par la Cellule Naissance-Décès de la FWB, et à Bruxelles par l'Observatoire de la Santé et du Social en Région de Bruxelles-Capitale. Ces données sont présentées dans le chapitre 2 du présent rapport. Néanmoins, actuellement, les données bruxelloises concernent la mortalité «de jure» (décès des résidents bruxellois, peu importe le lieu de décès), alors qu'il s'agit de la mortalité «de facto» pour la Wallonie (décès enregistrés sur le territoire de la Wallonie, peu importe le lieu de résidence). Conséquemment, une fusion de ces deux bases de données n'est pour l'instant pas possible, et nous n'avons qu'une vision incomplète de la mortalité liée aux drogues. La mortalité «de jure» est toutefois calculée au niveau national (avec une comparaison par région) par l'ISSP, mais les dernières données disponibles remontent à 2009.

5.2.1.2 | 4 Indicateur «Prévalence d'usage dans la population générale»

Il n'existe pas à proprement parler en Belgique d'enquête de prévalence de l'usage de drogues dans la population générale. Néanmoins, l'enquête de santé par interview réalisée tous les quatre ans par l'ISSP inclut certaines questions relatives à la consommation de substances psychoactives, de sorte qu'il est possible de se faire une idée de la consommation de certaines de ces substances dans la population générale. La dernière levée de cette enquête a été réalisée en 2008 et publiée en 2010, et nous en rappelons les principaux résultats dans le présent rapport (voir chapitre 2). Mais une nouvelle levée a été réalisée en 2013, les résultats étant attendus dans le courant de cette année.

5.2.1.2 | 5 Indicateur «Prévalence de l'usage problématique»

Actuellement, cet indicateur n'est pas directement récolé en Belgique. En outre, la notion d'usage problématique a fait récemment l'objet d'une redéfinition au niveau de l'OEDT, de sorte que de nouveaux estimateurs ont été proposés. Eurotox a fait partie du collège d'experts internationaux impliqués dans la redéfinition et l'opérationnalisation de cet indicateur. Estimer l'usage problématique requiert des méthodes et des moyens qui font malheureusement actuellement défaut à la politique de monitoring de l'usage de drogues en Belgique.

5.2.1.3 Base de données européenne EDDRA (Exchange on drug demand reduction actions)

La base de données EDDRA, hébergée sur le site de l'OEDT, vise à répertorier les projets européens innovants qui ont été évalués, afin de les porter à la connaissance d'autres intervenants, constituant ainsi un réseau européen d'échange de bonnes pratiques. Elle est disponible à l'URL suivant : <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>, et peut être source d'inspiration pour toute personne active dans le domaine des assuétudes.

En 2013, nous avons effectué une mise à jour du projet «Local Point of Reception, Information and Referral for Party Drug Users», relatif au lieu d'accueil Modus Fiesta mis en place à Bruxelles par l'asbl Modus Vivendi. Ce projet, qui avait été intégré dans la base de données EDDRA en 2004, a été mis à jour de manière détaillée au départ d'un entretien avec la coordinatrice du projet et d'une analyse du dernier rapport d'activité.

5.2.1.4 Système d'alerte précoce (Early Warning System)

Pour rappel, des problèmes de communication ont été rencontrés en 2011 suite au refus de certains laboratoires toxicologiques et biologiques de transmettre au système EWS des informations relatives à des décès ou hospitalisations de consommateurs de drogues. Les Sous-points focaux ont fait valoir que ces informations étaient utiles à la santé publique et que le secret de l'instruction, bien que prévu par la loi, était contradictoire avec l'arrêté royal qui rend obligatoire leur transmission quotidienne. Ceci a amené la Cellule Générale de Politique de Drogues (CGPD) à planifier une révision de la loi sur les stupéfiants de 1921, afin que celle-ci lève le secret de l'instruction dans le cadre de la transmission au système EWS des informations reprises dans le dit arrêté royal. Cet amendement a fait l'objet d'une publication dans le Moniteur belge le 10 mars 2014. Pour une description détaillée de l'EWS, nous renvoyons le lecteur au chapitre 4 du présent rapport.

5.3 OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL DROGUES EN FWB

La mission spécifique d'observation en matière d'assuétudes sur le territoire de la FWB (en ce inclus le recueil de données épidémiologiques) a été attribuée à Eurotox par Arrêté du Gouvernement de la Communauté française le 11/09/2000. Cette mission a été reconduite en janvier 2005 et en janvier 2010, à chaque fois pour un mandat de cinq ans. Elle consiste principalement à produire un rapport sur l'usage de drogues et d'alcool en FWB ainsi qu'à y développer le recueil des données nécessaires à sa réalisation, et plus globalement à monitorer l'usage de drogues et ses conséquences en FWB et à mettre cette expertise au service de tiers (institutions de terrain, politiques, comités scientifiques, grand public,...).

5.3.1 RAPPORT SUR L'USAGE DE DROGUES EN FWB

Les cinq indicateurs épidémiologiques cités ci-dessus, servent également à la rédaction du présent rapport (chapitre 2).

Les aspects plus proprement sociologiques sont développés dans le chapitre 1, consacré au cadre législatif et organisationnel. Un chapitre 3 a quant à lui été développé afin de rendre compte de données indicatives (milieu festif, ligne téléphonique d'Infor-Drogues, etc.). Cette année, en raison de son développement et de son importance dans le contexte de l'essor des nouvelles drogues de synthèse, nous avons ajouté un nouveau chapitre consacré à une description détaillée du système d'alerte précoce (chapitre 4).

Enfin, un sujet spécifique est également proposé de manière bisannuelle (première levée : un dossier spécial «alcohol», dans notre rapport 2004-2005 ; deuxième levée : le dossier sur le dopage, dans le rapport 2009 ; troisième levée : l'évaluation de la mise en œuvre des salles d'injection supervisée, dans le rapport 2011-2012).

5.3.2 DIFFUSION DES RÉSULTATS ET SERVICES AUX INSTITUTIONS

Eurotox assure la diffusion de données à plusieurs niveaux (local, communautaire, fédéral, européen). Par ailleurs, les cabinets et administrations en charge de la santé font appel à Eurotox pour obtenir des informations sur des sujets spécifiques (drogues et prisons, milieu festif, dopage, réduction des risques, etc.). Les informations pertinentes sont alors transmises aux demandeurs. Enfin, l'information compilée par Eurotox est mise à disposition des professionnels du secteur, des parlementaires, des journalistes et des étudiants lors d'entretiens et à travers la rédaction de notes spécifiques.

Le site web d'Eurotox est quant à lui opérationnel depuis environ cinq ans. Il se veut simple et convivial. Il comporte notamment une possibilité d'abonnement par flux RSS aux alertes précoces diffusées dans le cadre du système EWS. En un ou deux clics de souris, il est ainsi possible de s'«abonner» aux alertes précoces diffusées par Eurotox et mises à disposition en direct sur le site. Elles arrivent alors en temps réel sous l'onglet «favoris» ou «marque-pages» de la page d'accueil de l'Internaute concerné. Des documents y sont également téléchargeables au format Pdf (rapports sur l'usage de drogues en FWB, rapports de recherche, articles, etc.) et nous y diffusons de l'information sur l'actualité des assuétudes et des consommations, via des articles rédigés sur des sujets divers («nightlife», consommation des jeunes, drogue Krokodil, etc.).

En tant qu'observatoire scientifique, nous sommes également régulièrement contactés pour mettre nos compétences au service de tiers et ce à différents niveaux. Nous sommes ainsi sollicités pour faire partie de comités d'accompagnement d'études scientifiques, mais également pour participer à des groupes de travail sur une problématique déterminée en lien avec les assuétudes, ou encore pour rédiger des articles dans des revues qui abordent la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes. Ce travail d'expertise est également mis au service du grand public via des interventions dans la presse écrite, à la radio, ainsi

qu'à la télévision. Enfin, nous sommes également sollicités par des intervenants de terrain pour leurs fournir des données précises relatives à des questions qui ne sont pas forcément abordées dans notre rapport sur l'usage de drogues en FWB.

5.3.3 TENDANCES ÉMERGENTES ("EMERGING TRENDS")

La participation au forum en ligne (et groupe de travail international) «Tedi workgroup», qui inclut des organisations de l'Union européenne responsables d'analyses de drogues et dont la vocation inclut un feedback des analyses aux consommateurs de drogues, a été limitée aux organisations responsables d'analyses de produits. Eurotox n'a donc pu garder le «membership» dont il a bénéficié dans la première phase d'existence de ce groupe. Le rapport avec ce groupe et les données qu'il fournit est cependant maintenu via Modus Vivendi, toujours membre du groupe TEDI, et qui peut lui relayer des demandes relatives à des tendances émergentes en matière de produits et de consommations, et informer Eurotox des retours éventuels du groupe.

Eurotox continue par ailleurs à gérer son «Yahoo Group» sur les tendances émergentes, consultable à l'URL : http://fr.groups.yahoo.com/group/tendances_emergentes_alerte_precoce/

5.4 ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Les rapports des recherches réalisées par Eurotox sont consultables à l'url suivant : <http://www.eurotox.org/documents/documents.html>

- En 2013, en collaboration avec le CBPS, nous avons réalisé une évaluation du label Quality Nights auprès du public cible en Région de Bruxelles-Capitale.
- Suite à deux tables rondes et une conférence de consensus sur les assuétudes organisées par les ministres en charge de la santé en FWB et en Wallonie ; suite au constat de l'éclatement et du cloisonnement des acteurs et des compétences, qui empêche souvent de trouver un consensus sur des logiques d'interventions partagées ; suite enfin au retard souffert par l'incarnation des recommandations du «Collège d'experts» de 2005 en un PCO (Plan Communautaire Opérationnel) dédié exclusivement aux assuétudes, la Communauté française a décidé d'initier un processus de concertation au sein du secteur, qui s'incarnerait dans un PCO à l'échéance de deux ans. Le cabinet de la ministre Laanan a déterminé que ce processus prendrait la forme de «stratégies concertées» en matière d'assuétudes ; des moyens et du personnel (un 4/5^e ETP) ont été engagés, et le pilotage de cette concertation, pour ce qui concerne la Communauté française, a été confié à Eurotox, avec l'appui méthodologique de l'ULB-SIPES. Un cadre de référence commun en vue d'une action conjointe a été élaboré sur la base d'un processus de concertation «bottom-up» des acteurs de terrain. La démarche fut participative, orientée vers les résultats, et a mobilisé une soixantaine d'intervenants du secteur. Le rapport final de cette concertation a été publié en décembre 2012.
- Une «Recherche-action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection» a également été menée à bien par Eurotox, en collaboration avec Modus Vivendi. Elle s'inscrivait dans le cadre du Plan stratégique n°3 (PST3) de 2009, financé par le gouvernement de la Région wallonne. Le rapport de recherche est consultable sur notre site Internet.
- Un cadastre des actions de prévention et de réduction des risques en Fédération Wallonie-Bruxelles avait aussi été élaboré, en deux phases (2008 et 2011).
- HACOURT G., Recherche ethno-épidémiologique sur la consommation d'XTC et de 'nouvelles drogues' en Communauté française de Belgique, L'Harmattan, ISBN 2-7475-3054-X, l'asbl Eurotox, 2002, 232 pp.

Et la brochure qui en est issue :

- BASTIN P, DAL M., HARIGA F., Synthèse et recommandations de la recherche «ECSTASY pilules sans ordonnances : usages et usagers de nouvelles drogues de synthèse», Ministère de la Communauté française, 2003
- Ainsi que les actes d'une journée d'études organisée par Eurotox sur ce thème : *De la prévention des risques aux risques de la prévention : confrontations et débats sur les drogues de synthèse, Les actes de la journée d'étude Eurotox du 3 décembre 1999, in Les Cahiers de Prospective Jeunesse, volume 5 - n° 1-2 - 1^{er} et 2^e trimestre 2000*

6 BIBLIOGRAPHIE

- Anthony J.C., & Petronis, K.R. (1995). Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 9-15.
- Batallan, A., Faucher, P., Poncelet, C., Demaria, F., Benifla, J. L., & Madelenat, P. (2003). La transmission materno-foetale du virus de l'hépatite C : actualités sur l'intérêt de la césarienne. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 31, 964-968.
- Batel, P. (2000). Addiction and schizophrenia. *European Psychiatry*, 15, 115-122.
- Bechara, A. (2005). Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs : a neurocognitive perspective. *Nature neuroscience*, 8, 1458-1463.
- Bechara, A., Dolan, S., Denburg, N., Hindes, A., Anderson, S. W., & Nathan, P.E. (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*, 39, 376-389.
- Bertorelle, V. Auriacombe M., Grabot, D., Franques, P., Martin, C., et al. (2000). Évaluation quantitative des pratiques de partage de matériel à risque de contamination infectieuse virale chez les usagers d'opiacés par voie intraveineuse faisant une demande de soins : utilisation de l'auto-questionnaire RAB. *L'encéphale*. 26, 3-7.
- Blancaert, P., van Amsterdam, J.G.C., Brunt, T.M., van den Berg, J.D.J., Van Durme, F., Maudens, K., & van Bussel, J.C.H. (2013). 4-Methyl-amphetamine : A health threat for recreational amphetamine users. *Journal of Psychopharmacology*, 27, 817-822.
- Bolla, K. I., Eldreth, D. A., London, E. D., Kiehl, K. A., Mouratidis, M., et al., (2003). Orbitofrontal cortex dysfunction in abstinent cocaine abusers performing a decision-making task. *NeuroImage*, 19, 1085-1094.
- Bollaerts, K. & Van Bussel, J. (2013). *Développement et validation d'un protocole d'étude sérologique et lié au comportement des infections par VHB, VHC et VIH chez les toxicomanes ayant consommé des drogues par injection dans un passé récent (DRID)*. Bruxelles : Institut de Santé Publique.
- Boucher, F., & Painchaud, L. (1997). La transmission verticale du virus de l'hépatite C : Les connaissances et les enjeux actuels. *Paediatrics and Child Health*, 2, 227-237.
- Brussa, L. (2009). *Sex work in Europe*. A mapping of the prostitution scene in 25 European countries. TAMPEP International Foundation : Amsterdam.
- Coppieters, Y. & Cremers, A. (2012). *Cadastre des services ambulatoires agréés par la COCOF en région bruxelloise*. Bruxelles : Université Libre de Bruxelles, École de Santé Publique.
- Decorte, T., Stoffels, I., Leuridan, E., Van Damme, P., & Van Hal, G. (2011). Middelengebruik onder sekswerkers in België. *Een kwantitatieve en kwalitatieve studie in vijf sectoren van de seksindustrie*. Academia Press : Gent.
- De Corte, T., De Grauwe, P., & Tytgat, J. (2013). *Cannabis : bis ? Plaidoyer pour une évaluation critique de la politique belge en matière de cannabis*. Université de Gand et Université de Louvain.
- De Graaf, R., Vanwesenbeeck, I., van Zessen, G., Straver, C.J., & Visser, J.H. (1995). Alcohol and drug use in heterosexual and homosexual prostitution, and its relation to protection behaviour. *Aids Care*, 7, 35-47.
- Des Jarlais, D. C., Perlis, T., Arasteh, K., Torian, L. V., Hagan, H., et al. (2005). Reductions in hepatitis C virus and HIV infections among injecting drug users in New York City, 1990-2001. *Aids*, 19, S20-S25.
- De Ruyver B., Pelc I., Casselman J. & al. (2004). *La politique des drogues en chiffres, une étude des acteurs concernés des dépenses publiques et des populations atteintes*. Gent : Academia Press.
- De Ruyver B., Pelc I., De Graeve D. & al. (2007). *Drogues en chiffres II : étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes, étude de suivi*. Gent : Academia Press.
- EMCDDA, (2013). Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions. Lisbonne : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA. (2010). *Guidelines for collecting data on retail drug prices in Europe : issues and challenges*. Lisbonne : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- EMCDDA, (2014). *Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions*. Lisbonne : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Emmanuelli, J., Jauffret-Roustide, M., & Barin, F. (2003). Épidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 16-17, 97-99.
- FARES (2013). *Registre belge de la tuberculose 2012*. Bruxelles : Fonds des Affections Respiratoires.
- Favresse, D., de Smet, P., & Godin, I. (2013). *La santé des élèves de l'enseignement secondaire. Résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles (Partie II)*. Bruxelles : Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES).
- Fazel S. & Baillargeon J. (2011). The health of prisoners, *The Lancet*, 377, 956-965.
- Focant, N. (2013) *Analyse statistique des accidents de la route avec tués ou blessés enregistrés en 2012*. Bruxelles : Institut Belge pour la Sécurité Routière - Centre de connaissance Sécurité Routière.
- Frère, P., Collin, J., & Hogge, M. (2011). *Évaluation de l'accessibilité à la pochette Stérifix en province de Namur : Enquête menée auprès des pharmaciens d'officine et des usagers de drogues par injection*. Namur : Coordination Provinciale Sida-Assuétudes.
- Garfein, R. S., Galai, D., Doherty, M. C., & Nelson, K. E. (1996). Viral infections in short-term injection drug users : the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses. *American Journal of Public Health*, 86, 655-661.
- Gerkens, S., Martin, N., Thiry, N., & Hulstraert, F. (2012). *Hépatite C : Dépistage et prévention*. Bruxelles : KCE Reports 173B.
- Gilchrist, G., Gruer, L., & Atkinson, J. (2005). Comparison of drug use and psychiatric morbidity between prostitute and non-prostitute female drug users in Glasgow, Scotland. *Addictive Behaviors*, 30, 1019-1023.
- Gisle, L. (2010). *L'usage de drogues illicites. Enquête de santé par interview, Belgique 2008*. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique.
- Ghosn, J., Leruez-Ville, M., & Choix, M.L. (2005). Transmission sexuelle du virus de l'hépatite C. *La Presse Médicale*, 34, 1034-1038.
- Hall, W., Degenhardt, L., & Linskey, L. (2001). *The health and psychological effects of cannabis use*. Monograph Series N°44. Canberra : Commonwealth of Australia.
- Hagan, H., Thiede, H., Weiss, N. S., Hopkins, S. G., Duchin, J. S., & Alexander, E. R. (2001). Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *American Journal of Public Health*, 91, 42-46.
- Hahn, J. A., Page-Shafer, K., Lum, P. J., Ochoa, K., & Moss, A. R. (2001). Hepatitis C virus infection and needle exchange use among young injection drug users in San Francisco. *Hepatology*, 34, 180-187.
- Hser, Y. I., Hoffman, V., Grella, C. E., & Anglin, M. D. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 58, 503-508.
- Judd, P. H., Thomas, N., Schwartz, T., Outcalt, A., & Hough, R. (2003). A dual diagnosis demonstration project : treatment outcomes and cost analysis. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35, 181-192.
- Ledoux Y., Brohée J.P., Lagrain J., Lambrechts V., Houben P., Spago B., & Vansnick I. (2008). *Enregistrement national des traitements de substitution*. Bruxelles : IPHBE, Rapport annuel.
- Lorent, V., Nicaise, P., Maurage, P., Bruneau, A., Denis, C., et al. (2011). *La consommation d'alcool chez les jeunes de l'UCL : une synthèse*. Louvain-La-Neuve : Université Catholique de Louvain.
- Lynch, W. J., Roth, M. E., et Caroll, M. E. (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse : preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology*, 164, 121-137.
- Macías, J., Palacios, R. B., Claro, E., Vargas, J., Vergara, et al., (2008). High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users : association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver International*, 28, 781-786.

- Martinez, A. & Talal, A.H. (2008). Noninjection drug use : an under-appreciated risk factor for hepatitis C virus transmission. *Liver International*, 28, 757-760.
- Matheï, C., Robaey, G., Van Ranst, M., Van Damme, P., & Buntinx, F. (2005). The epidemiology of hepatitis C among injecting drug users in Belgium. *Acta Gastroenterology Belgica*, 68, 50-54.
- Mathers, B. M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., et al. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs : a systematic review. *The Lancet*, 372, 1733-1745.
- Médecins du Monde. (2009). *Épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogue : oser prendre de vraies mesures*. Dossier de presse publié à l'occasion de la Journée Mondiale des Hépatites : Paris.
- Miele, G.M., Carpenter, K.M., Cockerham, M.S., Trautman, K.D., Blaine, J., & Hasin, D.S. (2000). Substance Dependence Severity Scale (SDSS) : reliability and validity of a clinician-administered interview for DSM-IV substance disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 63-75.
- Murrill, C. S., Weeks, H., Castrucci, B. C., Weinstock, H. S., Bell, B. P., et al. (2002). Age-specific seroprevalence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infection among injection drug users admitted to drug treatment in 6 US cities. *American Journal of Public Health*, 92, 385-387.
- OMS (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms*, Genève : OMS.
- OEDT (2008). *Rapport annuel 2008 - État du phénomène de la drogue en Europe*. Lisbonne : Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies.
- Plettinckx, E., Antoine, J., Blanckaert, P., van Bussel, J.C.H. (2014). *Belgian national report on drugs 2013*. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique.
- Potterat, J. J., Rothenberg, R. B., Muth, S. Q., Darrow, W. W., & Phillips-Plummer, L. (1998). Pathways to prostitution : The chronology of sexual and drug abuse milestones. *Journal of Sex Research*, 35, 333-340.
- Raja, M. & Azzoni, A. (2004). Suicide attempts : differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *Journal of Affective Disorders*, 82, 437-442.
- Rehm, J., Room, R., van den Brink, W., & Kraus, L. (2005). Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway : An overview of the epidemiology, *European Neuropsychopharmacology*, 15, 389-397.
- Rhodes, A., Bethell, J., Spence, J., Links, P., Streiner, D., & Jaakkimainen, L. (2008). Age-sex differences in medicinal self-poisonings : A population-based study of deliberate intent and medical severity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 642-652.
- Riguette, F. (2014). *Au volant après un verre de trop ? Mesure nationale de comportement «conduite sous influence d'alcool» 2012*. Bruxelles : Institut Belge pour la Sécurité Routière - Centre de connaissance Sécurité Routière.
- Riguette, F., & Dupont, E. (2012). *Mesure nationale de comportement «conduite sous influence d'alcool» 2009*. Bruxelles : Institut Belge pour la Sécurité Routière - Centre de connaissance Sécurité Routière.
- Roelands, M. (2010). *Monitoring illicit drug use among female sex workers in Europe, 2000-2008*. Scientific Report 2008-2009 (p 35-40). Brussels : Science at the service of Public Health, Food chain safety and Environment.
- Rwubu, M. & Hogge, M. (2013). *L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2011-2012*. Bruxelles : Eurotox.
- Sacré, C., Dumas, C. & Hogge, M. (2011). *Besoins et offre de services à disposition des usagers de drogues par injection en Région wallonne*. Bruxelles : Eurotox et Modus Vivendi.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia, *PLOS Medicine*, 2, 413-433.
- Sasse, A., Verbrugge, R. & Van Beckhoven, D. (2013). *Épidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2012*. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique.
- Simon, O. (2003). Le double diagnostic manqué et ses conséquences thérapeutiques. *Primary Care*, 3, 60-61.
- The Gallup Organisation (2011). *Youth attitudes on drugs*. Analytical Report. Luxembourg : European Commission.

- Thomas, D. L., Vlahov, D., Solomon, L., Cohn S., Taylor, et al. (1995). Correlates of hepatitis C virus infections among injection drug users. *Medicine*, 74, 212-220.
- Thorpe, L. E., Ouellet, L. J., Hershov, R., Bailey, S. L., Williams, I.T ., et al. (2002). Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *American Journal of Epidemiology*, 155, 645-653.
- Tortu, S., McMahon, J. M., Pouget, E. R., & Hamid, R. (2004). Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for Hepatitis C. *Substance Use and Misuse*, 39, 211-224.
- UNODC (2009). *Rapport Mondial sur les Drogues*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime.
- UNODC (2010). *World Drug Report 2010*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime.
- UNODC (2011). *World drug report 2011*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime.
- UNODC (2013). The challenge of new psychoactive substance - A report from the Global SMART Programme. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vander Laenen, F., De Ruyver, B., Christiaens, J., & Lievens, D. (2011). *Drugs in cijfers III : Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid in België : eindrapport*. Gent : Academia Press.
- Van der Linden, G., Antoine, J., Blanckaert, P., van Bussel, J.C.H. (2012). *Les nouvelles substances psychoactives en Belgique : Analyse des données d'enregistrement du système belge d'alerte précoce relatif aux drogues (Early Warning System for Drugs)*. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique.
- Van Malderen, S., Pauwels, L., Walthoff-Borm, C., Glibert, P., & Todts, S. (2013). *Consommation de drogues dans les prisons belges : monitoring des risques pour la santé*. Bruxelles : SPF Justice.
- Värnik, A., Kõlves, K., van der Feltz-Cornelis, C. M., Marusic, A., Oskarsson, H. et al. (2008). Suicide methods in Europe : a gender-specific analysis of countries participating in the «European Alliance Against Depression». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 545-551.
- Westermeyer J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse : a review of epidemiology and course. *American Journal on Addictions*, 15, 345-355.
- Werb, D., Kerr, T., Nozik, B., Strathdee, S., Montaner, J., Wood, E. (2013). The temporal relationship between drug supply indicators : an audit of international government surveillance systems. *British Medical Journal Open*, 3, 1-9.
- Zinberg, N. E. 1984, *Drug, Set and Setting : The Basis for Controlled Intoxicant Use*, Yale University Press, New Haven.

7 LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1 :	Comparaison des dépenses publiques liées aux drogues illégales avec des clés de répartition semblables : 2004 versus 2008	28
Tableau 2 :	Estimation des dépenses publiques de l'INAMI pour les centres de rééducation fonctionnelle pour toxicomanes dans la partie francophone du pays, 2007-2010	29
Tableau 3 :	Postes budgétaires liés aux assuétudes et pourcentage du budget global du «programme 2 - médecine préventive» en FWB, 2003-2013	30
Tableau 4 :	Budgets COCOF consacrés aux assuétudes, 1999-2014	31
Tableau 5 :	Prévalence de la consommation de cannabis en 2008. Enquête HIS 2008	60
Tableau 6 :	Prévalence de consommation des autres drogues illicites par région en 2008. Enquête HIS 2008	61
Tableau 7 :	Évolution de la consommation de cannabis de 2001 à 2008 en Belgique. Enquêtes HIS 2001-2008	62
Tableau 8 :	Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis et d'ecstasy chez les jeunes de 12-20 ans scolarisés en FWB. Enquête HBSC 1998-2010	63
Tableau 9 :	Prévalence de la consommation de drogues chez les jeunes de 13-18 ans scolarisés en FWB, par âge et par sexe. Enquête HBSC 2010	64
Tableau 10 :	Prévalence de la consommation de cannabis et de legal highs chez les jeunes belges et européens. Youth attitudes on drugs 2011	65
Tableau 11 :	Profil sociodémographique et d'usage de drogues chez les femmes prostituées en Belgique. Enquête DRUSEB 2011	68
Tableau 12 :	Raison de la détention actuelle de la population carcérale au 29/06/2010	69
Tableau 13 :	Prévalence de consommation au cours de la vie par produit chez les détenus incarcérés dans les prisons belges en 2010	70
Tableau 14 :	Premier usage de produits en prison	71
Tableau 15 :	Nombre de patients ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés en Belgique (Août 2006 à Juillet 2007)	73
Tableau 16 :	Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois dans la population générale en Belgique. Enquête HIS 2008	74
Tableau 17 :	Surconsommation hebdomadaire, consommation quotidienne, binge drinking et usage problématique d'alcool au sein de la population générale en Belgique. Enquête HIS 2001-2008	75
Tableau 18 :	Ivresse répétée, consommation hebdomadaire et quotidienne et binge drinking au cours des 12 derniers mois chez les élèves de 12-20 ans scolarisés en FWB. Enquête HBSC 2010	76
Tableau 19 :	Fréquence de consommation d'alcool chez les étudiants de l'UCL en 2010	77
Tableau 20 :	Fréquence du binge drinking chez les étudiants de l'UCL en 2010	77
Tableau 21 :	Répartition des modes de consommation par type de produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	90
Tableau 22 :	Profil des patients primo-demandeurs selon le type de produit principal consommé, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	95
Tableau 23 :	Profil des patients avec antécédents thérapeutiques selon le type de produit principal consommé, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	96

Tableau 24 :	Comparaison des profils de patients séropositifs VHC, VHB et VIH, Wallonie, 2006-2011	100
Tableau 25 :	Prévalence de la consommation de drogues par injection	103
Tableau 26 :	Polyconsommation par injection au cours du dernier mois	103
Tableau 27 :	Patients présentant au moins un facteur favorisant le développement de la tuberculose, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012	105
Tableau 28 :	Comorbidités psychiatriques chez les patients pris en charge dans les services psychiatriques, selon le type de diagnostic et le type d'usage problématique (FWB, 2005-2010)	109
Tableau 29 :	Nombre de nouveau-nés pris en charge dans un service de néonatalogie suite à un problème d'exposition à l'alcool ou aux drogues. Résumé Hospitalier Minimum 2008-2010	109
Tableau 30 :	Types d'infractions liées aux drogues enregistrés au niveau national en 2011	113
Tableau 31 :	Nombre d'infractions par type de faits et type de drogues enregistré au niveau national en 2011	114
Tableau 32 :	Détection de drogues dans les prélèvements de sang faisant suite à un test salivaire positif en Belgique, 2011-2012	115
Tableau 33 :	Conduite sous influence d'alcool chez les conducteurs de voiture en Belgique, 2012	116
Tableau 34 :	Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Belgique, 2005-2012	117
Tableau 35 :	Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Belgique, par types de conducteurs, 2012	117
Tableau 36 :	Nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous influence de l'alcool, nombre de victimes et estimation de la gravité des accidents en Belgique, 2005-2012	118
Tableau 37 :	Nombre et quantités des saisies opérées en Belgique, Police Fédérale Belge, 2006-2012	119
Tableau 38 :	Évolution du prix moyen en euros des drogues en Belgique (prix estimés à partir des saisies policières), Police Fédérale Belge, 2003- 2012	120
Tableau 39 :	Évolution du prix des drogues en rue en FWB, Eurotox, 2005-2013	122
Tableau 40 :	Budget hebdomadaire des usagers consacré à l'achat de produits, Eurotox, 2013	122
Tableau 41 :	Produits de coupe dans les échantillons de poudre saisis en 2012	127
Tableau 42 :	Produits évoqués lors des contacts avec Infor-Drogues, 2006-2012	129
Tableau 43 :	Nombre d'appels adressés au Centre Antipoisons. Belgique, 2012	131
Tableau 44 :	Produits consommés en sortie par les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013	133
Tableau 45 :	Consommation et polyconsommation au cours de l'événement chez les consommateurs d'au moins un produit hors tabac (N=1057), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013	134
Tableau 46 :	Modes de consommation à risque en milieu festif, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013	134

Tableau 47 :	Retour envisagé après l'événement chez les personnes rencontrées en milieu festif ayant consommé au moins un produit hors tabac (N=974), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013	135
Tableau 48 :	Usage des produits au cours du dernier mois chez les personnes rencontrées en rue lors d'opérations Boule-de-Neige, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2013	136
Tableau 49 :	Profil démographique des UDI rencontrés en rue lors des opérations Boule-de-Neige, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2013	137
Tableau 50 :	Comportements à risque au cours des 6 derniers mois et connaissance des comptoirs d'échange de seringues chez les UDI rencontrés en rue lors d'opérations Boule-de-Neige, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2013	138
Tableau 51 :	Les messages d'alertes précoces et d'information diffusés par Eurotox en 2013	148

FIGURES

Figure 1 :	Aperçu des dépenses publiques en matière de drogues (2008)	27
Figure 2 :	Budget du «programme 2 - médecine préventive» de la FWB, 2003-2013	30
Figure 3 :	Évolution du nombre d'admissions par système de collecte, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2013	82
Figure 4 :	Antécédents thérapeutiques chez les patients en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2013 (N=23.229)	82
Figure 5 :	Origine des demandes de traitement au sein des admissions, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013 (N=4.934)	83
Figure 6 :	Origine des demandes de traitement au sein des premières demandes, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013 (N=1.240)	83
Figure 7 :	Distribution de l'âge des patients en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	84
Figure 8 :	Moyenne d'âge par type de produits consommés chez les patients en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	84
Figure 9 :	Répartition par sexe des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	85
Figure 10 :	Nationalité des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	85
Figure 11 :	Niveau de scolarité des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	86
Figure 12 :	Situation professionnelle des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	87
Figure 13 :	Mode de vie des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	87
Figure 14 :	Lieu de vie des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	88
Figure 15 :	Lieu de vie des patients admis en demande de traitement en fonction du produit principal (N=4.795), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	88
Figure 16 :	Produit principal mentionné par les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	89
Figure 17 :	Mode de consommation du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	90
Figure 18 :	Fréquence d'usage du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	91

Figure 19 :	Âge du premier usage du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	92
Figure 20 :	Répartition par type de produits de l'âge moyen du premier usage du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	92
Figure 21 :	Produits secondaires mentionnés par les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	93
Figure 22 :	Comportements d'injection chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012-2013	94
Figure 23 :	Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH : 1985-2012	98
Figure 24 :	Évolution du nombre de cas d'infection au VIH lié à l'injection de drogues par voie intraveineuse, Belgique, 1997-2012	99
Figure 25 :	Évolution belge des pourcentages de cas de tuberculose en lien avec un facteur favorisant	106
Figure 26 :	Nombre de séjours clôturés dans les services de prise en charge psychiatrique en fonction du type d'usage problématique (FWB, 2005-2010)	107
Figure 27 :	Évolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues illégales, de médicaments psychotropes et d'alcool chez les hommes et les femmes, Bruxelles-Capitale, 1998-2012	111
Figure 28 :	Évolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues illégales, de médicaments psychotropes et d'alcool chez les hommes et les femmes, Wallonie, 2000-2012	112
Figure 29 :	Nombre d'infractions liées aux drogues enregistré au niveau national sur la période 2000-2011	113
Figure 30 :	Pourcentage de conducteurs positifs au test d'haleine de détection d'alcool au volant, 2003-2012	116
Figure 31 :	Concentration (% ou mg) en principe actif des échantillons de drogues analysés en Belgique, 2002-2012	125
Figure 32 :	Ligne téléphonique d'Infor-Drogues. Âge et sexe des appelants, 2012	130
Figure 33 :	Évolution du nombre de seringues distribuées aux UDI via les comptoirs d'échange de la FWB, 1994-2013	139
Figure 34 :	Évolution du taux d'échange de seringues en FWB, 1996-2013	140
Figure 35 :	Évolution du nombre de Stéricups, de flapules d'eau et de tampons alcoolisés distribués en FWB via les comptoirs d'échange, 2000-2013	140
Figure 36 :	Évolution du nombre de seringues vendues sous le format Stérifix dans les pharmacies de la FWB, 2000-2013	142
Figure 37 :	Flux d'information au sein du système d'alerte précoce belge	145
Figure 38 :	Nombre de NDS détectées en Belgique et en Europe de 2005 à 2013	146
Figure 39 :	Nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox de 2005 à 2013	147
Figure 40 :	Structure belge du réseau de collecte de données destinées à l'OEDT	153

eu**ro**tox