



EUROTOX ASBL
OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE
ALCOOL-DROGUES

L'USAGE DE DROGUES EN WALLONIE ET À BRUXELLES

RAPPORT 2017

CLÉMENTINE STÉVENOT & MICHAËL HOGGE

AVEC LE SOUTIEN DE LA
WALLONIE ET DE LA COCOF



L'USAGE DE DROGUES EN WALLONIE ET À BRUXELLES

RAPPORT 2017

AUTEURS : CLÉMENTINE STÉVENOT & MICHAËL HOGGE

SOUS LA COORDINATION DE LUCIA CASERO

RELECTURE : LUCIA CASERO & CATHERINE VAN HUYCK

EUROTOX ASBL
OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE
ALCOOL-DROGUES

AVEC LE SOUTIEN DE LA WALLONIE ET DE LA COCOF



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE	8
REMERCIEMENTS	13
1. CADRE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL	14
1.1. LES COMPETENCES FEDERALES	14
1.1.1. L'héritage de la 6 ^{ème} Réforme et des Accords de la Sainte Emilie	14
1.1.2. Le plan national alcool	15
1.1.3. Le plan fédéral anti-tabac	20
1.1.4. La lutte contre l'épidémie de VIH	25
1.1.5. L'Arrêté royal réglementant les substances stupéfiantes et psychotropes du 6 septembre 2017	28
1.1.6. Le plan d'actions anti-drogues de l'Union Européenne	32
1.1.7. Les changements législatifs européens du 15 novembre 2017 visant à apporter une réponse plus rapide à la problématique des nouvelles drogues de synthèse	34
1.2. RÉGION BRUXELLOISE	35
1.2.1. Les priorités politiques bruxelloises en matière de promotion de la santé, prévention et aide aux personnes	35
1.2.2. Le Plan Global de Sécurité et de Prévention 2017-2020 de la RBC	36
1.2.3. La création de l'OIP bruxellois «Iriscare»	39
1.2.4. Le Plan de santé bruxellois de la COCOM	43
1.2.5. La révision et évaluation du décret ambulatoire de la COCOF	44
1.2.6. Les politiques de promotion de la santé de la COCOF	46
1.2.7. La proposition de résolution visant la mise en place de «StériBornes» en Région bruxelloise	50
1.3. RÉGION WALLONNE	52
1.3.1. La Déclaration de politique régionale du Gouvernement wallon 2017	52
1.3.2. L'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) : Contrat de gestion	53
1.3.3. La Politique wallonne de promotion de la santé	54
1.3.4. La réorganisation de la 1 ^{ère} ligne de soins en Wallonie	62
1.4. DÉBATS ET ÉVOLUTIONS	63
1.4.1. Les salles de consommation à moindre risque et le traitement par diacétylmorphine	63
1.4.2. La proposition de Loi-cadre instaurant un marché réglementé du cannabis	64
1.4.3. Les inégalités sociales de santé et l'usage de drogues	67
1.4.4. La santé des détenu-e-s	72
1.4.5. Les entités des Nations-Unies et l'OMS appellent à la décriminalisation des drogues	75
1.4.6. Modifier les politiques «drogues» : les initiatives de la société civile	77
1.4.7. L'état des lieux de la légalisation du cannabis	77

2.	SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET TENDANCES	83
2.1.	LA PRÉVALENCE DE L'USAGE D'ALCOOL ET DE DROGUES	83
2.1.1.	L'usage de drogues dans la population générale - Enquête HIS	84
2.1.2.	L'usage d'alcool dans la population générale - Enquête HIS	89
2.1.3.	L'usage d'alcool en milieu étudiant bruxellois	94
2.1.4.	L'usage de médicaments psychotropes dans la population générale - Enquête HIS	98
2.1.5.	L'usage de drogues chez les jeunes - Enquête HBSC	102
2.1.6.	L'attitude des jeunes par rapport aux drogues - Flash Eurobaromètre	104
2.1.7.	L'usage de drogues chez les personnes prostituées	108
2.1.8.	L'usage de drogues en prison	108
2.2.	LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ	109
2.2.1.	Demande de traitement auprès des services spécialisés en assuétudes et des hôpitaux- l'indicateur de demande de traitement (TDI)	109
2.2.2.	Les traitements de substitution aux opiacés (TSO)	127
2.2.3.	La morbidité en rapport avec la consommation d'alcool et de drogues	131
2.2.4.	La mortalité en rapport avec la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes	146
2.3.	LES CONSÉQUENCES SOCIALES	150
2.3.1.	Données recueillies par les forces de l'ordre	150
2.3.2.	Conduite sous l'influence de drogues	152
2.3.3.	Conduite sous l'influence d'alcool	154
2.3.4.	Disponibilité et offre	155
3.	DONNÉES INDICATIVES SUR L'USAGE DE DROGUES DANS DES GROUPES SPÉCIFIQUES	164
3.1	LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET AUTRES CONTACTS ENREGISTRÉS PAR INFOR-DROGUES	164
3.2	LES APPELS TÉLÉPHONIQUES DU CENTRE ANTIPOISONS	166
3.3	L'USAGE DE DROGUES EN MILIEU FESTIF	167
3.4	L'USAGE DE DROGUES «EN RUE»	172
3.5	DONNÉES ISSUES DU DISPOSITIF D'ACCESSIBILITÉ AU MATÉRIEL D'INJECTION	179
4.	LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE	183
4.1	LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU EUROPÉEN	183
4.2	LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU BELGE	183
4.2.1.	Cadre légal	183
4.2.2.	Mode de fonctionnement	184
4.3	LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE EN QUELQUES CHIFFRES	186
4.3.1.	Les NDS détectées en Belgique et en Europe de 2005 à 2016	186
4.3.2.	Les services de testing de produits à destination des usagers	188
4.3.3.	Les alertes précoces diffusées par Eurotox de 2001 à 2016	191
4.4	EXEMPLES D'ALERTE PRÉCOCE DIFFUSÉES PAR EUROTOX EN 2016	193
	BIBLIOGRAPHIE	197
	LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	204

INTRODUCTION

L'asbl Eurotox remplit, depuis septembre 2000, les missions d'Observatoire Socio-Epidémiologique Alcool-Drogues en régions wallonne et bruxelloise et de Sous-Point Focal de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies. Il s'agit du dixième rapport socio-épidémiologique sur l'usage de drogues produit par Eurotox. Il couvre les données épidémiologiques de l'année 2016 (ou antérieures, lorsqu'elles n'étaient pas disponibles). Les données des années antérieures sont aussi prises en compte, de manière à dégager des tendances temporelles. Pour ce qui est des données sociologiques et de cadre légal ou réglementaire, le rapport est plus souple, notamment dans un souci de recontextualisation sociohistorique. Ce rapport est composé de quatre chapitres.

Le **PREMIER CHAPITRE** décrit le **cadre légal et organisationnel** qui fait suite à la 6^e Réforme de l'État et au transfert de compétences aux régions wallonne et bruxelloise. Il fait état des décisions et stratégies politiques en matière de santé publique, de promotion de la santé et de drogues. Ce chapitre expose également les évolutions en cours, les argumentaires des débats actuels en matière de drogues et d'accès aux soins, ainsi que les résultats des études scientifiques récentes.

Dans la première partie, nous nous intéressons aux **compétences fédérales**. Suite à la 6^{ème} Réforme de l'État et les accords de la Sainte-Emilie, les entités fédérées francophones ont hérité de nouvelles compétences en matière de santé et de sécurité. Afin d'assurer la cohérence et la convergence des politiques francophones, la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), la Commission communautaire française (COCOF) et la Région wallonne (RW) ont décidé de former un comité ministériel et d'ériger un organe de concertation permanent.

Les négociations entre le Gouvernement fédéral et les entités fédérées au sujet d'un plan national alcool ont de nouveau échoué en mars 2017, faute d'accord entre les parties. La ministre fédérale de la santé, Mme De Block, a annoncé à la presse les mesures visant à lutter contre la consommation problématique d'alcool, prises en dehors de toute concertation avec les entités fédérées. Nous exposons les mesures présentées par la ministre, les critiques dont elles font l'objet, ainsi que les propositions du secteur non-marchand.

Le 26 avril 2016, Mme De Block a rendu public son plan anti-tabac, dont nous détaillons les différentes mesures. Nous rapportons les recommandations du secteur associatif, ainsi que les réactions de certain-e-s parlementaires qui ont souligné l'efficacité limitée de ces mesures en termes de santé publique. Nous détaillons également la nouvelle législation en matière d'e-cigarette et terminons sur le fonctionnement et les stratégies des lobbys de l'industrie du tabac dont l'influence freine encore l'adoption de réformes et allège le contenu des conventions internationales.

Nous consacrons ensuite une partie à la lutte contre l'épidémie de VIH. Bien que le plan national VIH 2014-2019 ait été adopté en 2013, sa mise en œuvre s'est faite grandement attendre, d'abord, parce qu'aucune budgétisation n'avait été prévue ; ensuite, parce que l'une des actions-phare du Plan (le développement du dépistage délocalisé et démedicalisé) était illégale. Un protocole d'accord a finalement été conclu le 21 mars 2016, établissant une série d'engagements concernant la santé sexuelle de la part des Régions et Communautés (en matière de prévention), et de la part de l'autorité fédérale. Dans ce cadre, Mme De Block a mis en place un groupe de travail intercabineaux «Santé sexuelle». Nous faisons aussi le point sur le dépistage démedicalisé en Belgique et étudions le lien entre la criminalisation de l'usage de drogues et la transmission des IST/VIH.

Le Gouvernement fédéral a adopté un nouvel Arrêté royal le 6 septembre 2017 (publié le 26 septembre 2017), qui établit une classification générique des substances soumises aux règles et au contrôle visés par la loi «drogues» de 1921. Ce changement de stratégie législative permet une interdiction anticipative de nouvelles substances psychoactives (NPS) et vise une lutte plus efficace contre la diffusion de celles-ci, en réduisant totalement le délai de procédure entre la découverte d'une NPS par les autorités et son interdiction légale. Cependant, l'Arrêté royal, élaboré sans consultation du secteur spécialisé, instaure un contexte d'insécurité juridique. Celle-ci concerne la liberté de prescrire des traitements de substitution des

médecins, la pérennité des activités de testing et la poursuite de la tolérance quant à la culture d'un plant de cannabis femelle et la détention de trois grammes de cannabis maximum par individu.

L'Union européenne s'est dotée d'un plan d'actions anti-drogues sur la période 2017-2020. Celui-ci poursuit des objectifs en termes de réduction de la demande et de l'offre de drogues illicites que nous détaillons.

Face à un marché des NPS toujours plus important et l'apparition exponentielle de nouvelles substances dangereuses pour la santé, l'Union européenne a également procédé à des changements législatifs. Ceux-ci permettent, d'une part, de renforcer sa capacité de détection et de réaction, et, d'autre part, d'améliorer le système d'alerte précoce européen et accélérer le processus d'évaluation des risques des NSP et de leur interdiction légale.

La deuxième partie du chapitre concerne les nouveaux cadres stratégiques, politiques et légaux en **région bruxelloise** en matière de sécurité, de santé, de promotion de la santé, de prévention, et de RdR.

Cette partie débute par un exposé des priorités en action sociale et en santé figurant dans la déclaration de politique générale 2018 de la Région de Bruxelles-Capitale (RBC) et du Collège réuni de la Commission Communautaire Commune (COCOM), et dans celle du Collège de la COCOF.

La RBC a créé un nouvel organisme d'intérêt public baptisé «Bruxelles Prévention & Sécurité» en 2015. Celui-ci a notamment pour mission de rédiger le Plan global de Sécurité et de prévention, qui découle directement du Plan national de sécurité 2016-2019. Approuvé en février 2017 par le Gouvernement de la RBC, le Plan global fixe les priorités régionales en matière de prévention et de sécurité pour la période 2017-2020. L'une des thématiques du Plan global concerne les «Drogues et assuétudes», dont nous présentons les priorités et mesures en matière de prévention, réduction de la demande et réduction de l'offre.

De son côté, la COCOM a créé un nouvel organisme d'intérêt public, baptisé «Iriscare» en 2017. Celui-ci est chargé de piloter la mise en œuvre de la politique bicommunautaire de la santé et de l'aide aux personnes. Nous détaillons sa composition et ses missions, ainsi que les différents enjeux qui entourent sa création et son opérationnalisation (notamment en matière de cohérence entre les différentes entités fédérales et fédérées, de répartition des compétences, d'évaluation et de représentation).

Nous faisons également le point sur l'avancement des concertations et travaux dans le cadre de l'élaboration du Plan de santé bruxellois de la COCOM. Celle-ci devrait poursuivre les politiques publiques déjà initiées en les intégrant au Plan.

La COCOF a prévu la révision et l'évaluation de son décret ambulatorio adopté en 2009. S'il a connu une première modification en juillet 2016, visant principalement la simplification administrative, la modification en profondeur du décret est programmée pour 2018. Cette deuxième phase de révision du décret portera notamment sur l'harmonisation des missions des différents secteurs. Nous nous intéressons ensuite au processus de création de l'outil de programmation de l'offre, qui permet au Collège de fixer le nombre de nouveaux services qu'il peut agréer par secteur.

Suite au transfert de compétences, la ministre en charge de la santé à la COCOF a opté pour la rédaction d'un nouveau décret de promotion de la santé (adopté par le Parlement francophone bruxellois et sanctionné par le Collège réuni de la COCOF en 2016). Celui-ci prévoit l'élaboration du plan de promotion de la santé. Le premier plan stratégique de promotion de la santé de la COCOF, pour la période 2018-2022, a été publié en juin 2017. Nous détaillons le contenu du plan, ses différentes thématiques, objectifs stratégiques, stratégies et publics cibles prioritaires, ses articulations avec les autres plans de santé bruxellois et les concertations avec les autres acteurs et entités publiques, ainsi que les modalités de son évaluation. Enfin, notre attention se porte sur les enjeux de la promotion de la santé en région bruxelloise, en particulier en matière de cohérence des politiques publiques et de liberté de circulation des usagers, et donc de collaboration avec la COCOM et la RBC.

Enfin, nous présentons la proposition de résolution visant la mise en place de «Stéribornes» en région bruxelloise, déposée par trois député-e-s de l'Assemblée de la COCOF et renvoyée en Commission Santé.

La troisième partie est consacrée à la **Région wallonne**. Nous résumons et dégageons les points les plus pertinents pour le secteur de la santé et des assuétudes de la Déclaration de politique régionale (DPR) 2017 du nouveau Gouvernement wallon. Né d'une coalition MR-cdH, celui-ci place ses priorités dans l'économie, l'emploi, le défi climatique et la cohésion sociale. La lutte contre la pauvreté et l'extrême précarité reste également une priorité, notamment au moyen de la mise en place d'un dispositif pilote de facilitateurs en prévention des inégalités sociales et de nouvelles dispositions en matière d'aide alimentaire et de logement.

Suite aux négociations entre l'Administration, les organes de gestion de l'Agence pour une vie de Qualité (AViQ) et le pouvoir de tutelle, le Gouvernement wallon et l'AViQ ont signé le contrat de gestion de l'Agence le 30 juin 2017. La mission générale de l'AViQ est de contribuer à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques de santé, du handicap et des familles du Gouvernement. Le contrat de gestion fixe les objectifs stratégiques et priorités de l'Agence pour les cinq ans à venir, que nous décrivons. La deuxième partie du plan, qui doit être une proposition de plan opérationnelle, a été rédigée fin 2017 puis transmise au cabinet de la ministre Gréoli. Elle doit exposer les objectifs chiffrés, leur budgétisation et mise en œuvre concrète.

Nous faisons également le point sur la politique wallonne en matière de promotion de la santé, l'élaboration du nouveau décret de promotion de la santé et des différents plans visant à améliorer la santé et l'accès aux soins des Wallon·ne·s (le plan de prévention et de promotion de la santé, le plan d'amélioration de la santé des Wallons et des Wallonnes, le plan Nutrition-Santé et le plan de lutte contre la pauvreté 2015-2019). L'un des grands enjeux de la mise en place des différents plans est de veiller à leur articulation et leur cohérence. Si plusieurs plans s'imbriquent déjà les uns dans les autres, les modalités de coopération et de cohérence entre eux sont encore inconnues.

Nous présentons notamment la première partie du plan de prévention et de promotion de la santé, rendue publique en février 2017. Celle-ci établit un diagnostic de l'état de santé de la population wallonne et présente les axes d'actions prioritaires qui déboucheront sur des mesures concrètes, qui seront présentées dans la deuxième partie du Plan et répondront à 11 objectifs stratégiques transversaux.

Enfin, nous revenons sur la réorganisation de la 1^{ère} ligne de soins, une compétence dont la RW a hérité suite à la 6^{ème} Réforme de l'État. L'un des grands enjeux de cette réorganisation est la lutte contre les inégalités d'accès aux soins de santé entre les différentes couches de la population.

Dans une dernière partie, enfin, nous exposons et développons différents **débats et évolutions récents**. D'abord, nous nous penchons sur l'avancement des propositions de loi du parlementaire Willy Demeyer portant sur la reconnaissance légale des salles de consommation à moindre risque et la reconnaissance légale du traitement par diacétylmorphine. Celles-ci ont été rejetées par la Chambre des représentants et renvoyées à la Commission Santé de la Chambre. La Commission n'a pas encore rendu d'avis, faute de consensus politique en son sein. Si les Gouvernements bruxellois et wallons se sont prononcés en faveur de ces propositions de loi, leur adoption ne pourra se faire sans une modification de la loi «drogues» de 1921, pour laquelle seul le Gouvernement fédéral est compétent.

Des représentant·e·s du Parti Socialiste à la Chambre ont déposé une proposition de Loi-cadre instaurant un marché réglementé du cannabis le 13 septembre 2017. La proposition instaure une réglementation du marché du cannabis, dont la production et la distribution passeraient par deux canaux : l'autoproduction individuelle dans le cadre d'un usage strictement personnel et les Cannabis Social Club, dont nous exposons le fonctionnement et les modalités de contrôle.

Nous proposons ensuite un focus sur le lien entre les inégalités sociales de santé et l'usage de drogues. Les conséquences sanitaires, médicales, mais aussi pénales et juridiques, de l'usage de drogues dans un contexte prohibitionniste suivent le gradient social. En effet, si le simple usage et l'usage problématique de drogue concernent l'ensemble de la population, leurs conséquences sont différemment distribuées selon le statut socio-économique des individus. Et le contexte prohibitionniste, parce qu'il perpétue des représentations négatives vis-à-vis des usagers de drogues et crée un cadre politique, médical et judiciaire défavorable à leur santé, renforce les inégalités sociales de santé déjà existantes. La pénalisation et les sanctions sociales liées à l'usage de drogues illicites entravent l'accès aux soins et participent ainsi à la détérioration de la santé des usagers et de l'ensemble de la population.

Comme dans nos rapports précédents, nous soulignons la nécessité d'un transfert des compétences relatives aux soins des détenu-e-s depuis le ministère de la Justice vers le ministère de la Santé publique. Le principe d'équivalence des soins entre les détenu-e-s et les personnes vivant extra-muros est garanti par la loi de Principes de 2005. Dans la pratique, cependant, l'équivalence et la continuité des soins ne sont pas assurées. Le Gouvernement fédéral et les entités fédérées semblent toutefois se saisir progressivement de la question.

Nous relayons également le contenu de la déclaration conjointe des entités des Nations-Unies et de l'Organisation Mondiale de la Santé, appelant à la décriminalisation des drogues (27 juin 2017).

De son côté, la société civile belge se mobilise afin d'encourager le Gouvernement fédéral à investir dans des réponses plus efficaces et plus fécondes de réduction des risques pour les usagers de drogues et à modifier les lois entravant les services de santé publique, en particulier la loi «drogues» de 1921. Nous présentons donc deux initiatives : la campagne internationale *Soutenez. Ne Punissez Pas* et la campagne belge «Stop 1921».

Le chemin vers la légalisation commence doucement à se tracer pour le cannabis au niveau mondial, et ce malgré les conventions internationales dont nous interrogeons le caractère contraignant. Nous exposons les premiers résultats du projet Cannalex mené conjointement par l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ) et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Ce projet s'est livré à une analyse comparée des expériences, encore jeunes, de régulation du cannabis à partir de 2012-2014 dans le Colorado, l'État de Washington et en Uruguay. Il nous permet, notamment, de mettre en exergue un certain nombre de «conditions générales» pour la mise en place d'une régulation cohérente du cannabis.

Le **DEUXIÈME CHAPITRE** présente le volet épidémiologique du rapport. Il expose dans un premier temps la **prévalence de l'usage** d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes telle qu'estimée dans la population générale et chez les jeunes. Dans un second temps, ce chapitre aborde les **conséquences sur la santé** de ces usages, à travers l'indicateur de demandes de traitement, le registre des traitements de substitution aux opiacés, et le Résumé Psychiatrique Minimum. Les conséquences sur la santé sont également abordées sous l'angle de la **morbidité** (infections au VIH, aux hépatites B et C et à la tuberculose) et de la **mortalité**. Dans un troisième temps, ce chapitre aborde les **conséquences sociales**, en présentant les données enregistrées par la police fédérale (nombre de saisies, quantités 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, et celles 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 relatives aux 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 stérile d'injection.

Le **QUATRIÈME CHAPITRE** est consacré à une description détaillée et chiffrée du système d'alerte précoce (**Early Warning System**) sur les nouveaux produits ou nouveaux modes de consommation entraînant des risques accrus, auquel participe Eurotox. On constatera que le nombre de nouveaux produits de synthèse (NPS) détectés en Europe et en Belgique a augmenté ces dernières années. Corollairement, le nombre d'alertes précoces a également augmenté, en partie en raison de la circulation de NPS dangereux, mais aussi en raison de la circulation de plus en plus fréquente de pilules d'ecstasy hautement dosées en MDMA.

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»).

SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE

EN WALLONIE

Selon la dernière **enquête HIS (2013)**², la prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie (usage du produit au moins une fois au cours de la vie) est de 15 % dans la population wallonne âgée de 15 à 64 ans. L'usage de cannabis sur la vie est plus élevé au sein de la tranche d'âge des 25-34 ans (32,4 %) ainsi que chez les hommes. L'âge moyen du premier contact avec ce produit est de 18 ans et 8 mois. La prévalence de l'usage actuel de cannabis (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) est de 3,6 % dans la population wallonne. Il concerne surtout les 15-24 ans (8,4 %) ainsi que les 25-34 ans (7,4 %). L'usage quotidien (ou presque) de cannabis concernerait 0,7 % des Wallons de 15-64 ans. La prévalence de l'usage au cours de la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis était de 2,6 % dans la population wallonne âgée de 15 à 64 ans. La tranche d'âge la plus concernée est celle des 25-34 ans (7,8 %).

La prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool³ (au cours des 12 derniers mois) est de 7,3 % chez les Wallons âgés de 15 ans et plus. Elle augmente à partir de 45 ans et est plus fréquente chez les hommes. La prévalence du *binge drinking* hebdomadaire s'élève à 8 % chez les Wallons de 15 ans et plus. Elle est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Mais contrairement aux autres indicateurs, dont la prévalence augmente avec l'âge, ce comportement est plus fréquent chez les jeunes, en particulier chez les 15-24 ans (12,2 %). La prévalence de la consommation quotidienne à risque⁴ est de 5,2 % dans la population wallonne de 15 ans et plus. Elle augmente avec l'âge des répondants mais la différence de genre est peu marquée : il semble y avoir autant de femmes que d'hommes qui consomment quotidiennement une quantité excessive d'alcool. Enfin, 10 % de la population wallonne de 15 ans et plus aurait déjà eu un usage problématique d'alcool. La prévalence sur la vie d'un possible usage problématique d'alcool est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et elle concerne moins les 15-24 ans.

En ce qui concerne la prévalence de l'usage de médicaments psychotropes, environ 14 % de la population wallonne âgée de 15 ans et plus a consommé, durant les deux dernières semaines, des somnifères ou des tranquillisants prescrits, et environ une personne sur dix des antidépresseurs prescrits. La consommation de ces produits augmente fortement avec l'âge, et elle concerne davantage les femmes que les hommes.

Selon la dernière **enquête HBSC (2014)** réalisée chez les jeunes scolarisés dans l'enseignement secondaire, la prévalence de la consommation de cannabis est en diminution chez les élèves de 15-20 ans de la Wallonie. En 2014, plus d'un tiers des jeunes de 15-20 ans ont déclaré en avoir consommé au moins une fois, et 6 % en consommaient régulièrement au moment de l'enquête. La consommation des autres produits, peu courante, est soit relativement stable soit en diminution par rapport à ce que l'on observait précédemment.

Selon l'**indicateur de demande de traitement (2016)**, on dénombrait environ 7.800 nouvelles prises en charge annuelles pour une problématique de consommation d'alcool ou de drogues dans les services spécialisés en assuétudes et dans les hôpitaux de la Wallonie (ce qui correspond à environ 6.700 patients). Globalement, il apparaît qu'une importante proportion des demandeurs est peu ou pas scolarisée, qu'une grande majorité a des revenus précaires et qu'une portion relativement élevée vit en logement précaire, en particulier en ce qui concerne les patients pris en charge dans les services spécialisés. En revanche, la proportion de femmes est plus élevée dans les hôpitaux que dans les services spécialisés (34,9 % *versus* 22,9 %). La plupart des patients ont des antécédents thérapeutiques liés à une problématique d'assuétude,

2 Il est très probable que les résultats de cette enquête sous-estiment la prévalence réelle de l'usage d'alcool et de drogues, en partie parce qu'ils ne couvrent pas, de par la méthodologie utilisée, les personnes marginalisées (incarcérées, en institutions, sans domicile fixe, etc.).

3 Consommation de plus de 21 verres standards par semaine pour les hommes et de 14 verres par semaine pour les femmes au cours des 12 derniers mois.

4 Consommation de plus de 2 verres standards par jour chez les femmes et de plus de 4 verres par jour chez les hommes au cours des 12 derniers mois.

tant dans les services spécialisés (58,9 %) que dans les hôpitaux (62,5 %). Dans les services spécialisés, les opiacés sont les produits principaux les plus fréquemment cités comme étant à l'origine des demandes de traitement des patients (36,8 %), suivi par l'alcool (28 %), alors que l'alcool est de loin le produit principal le plus fréquemment cité dans les hôpitaux (76,7 %). Enfin, environ un patient sur dix (14,4 % dans les services spécialisés et 6,9 % dans les hôpitaux) a mentionné avoir déjà eu recours à l'injection.

D'après le **registre des traitements de substitution aux opiacés (2016)**, plus de 9.000 Wallons suivent chaque année un TSO remboursé par la mutuelle. Les traitements à base de méthadone sont beaucoup plus fréquemment délivrés que ceux à base de buprénorphine (environ 7 pour 1). Les TSO sont majoritairement prescrits à des personnes ayant un âge compris entre 25 et 54 ans (90,9 % pour la méthadone et 89,5 % pour la buprénorphine), et les patients sont principalement de sexe masculin (76,5 % pour la méthadone et 72,3 % pour la buprénorphine). Sur base de ce registre, on peut estimer qu'il y aurait parmi la population wallonne près de 12.000 usagers d'héroïne.

Sur base des données récoltées par les **comptoirs d'échange de seringues (2016)**, on peut estimer à près de 2.500 le nombre d'usagers de drogues par injection (UDI) en Wallonie. Ils sont fortement exposés à la contraction de maladies infectieuses (HIV, hépatites) en raison du partage fréquent de matériel d'injection usagé, en particulier du matériel connexe d'injection (filtre, cuillère, etc.). Environ 1.800 UDI fréquentent les comptoirs d'échange de seringues wallons.

D'après le **Résumé Psychiatrique Minimum (2005-2013)**, environ 34 % des prises en charge dans les services de psychiatrie wallons (soit environ 9000 prises en charge annuelles) débouchent sur un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances, quel que soit le motif de la prise en charge. Les cas de doubles diagnostics sont fréquents chez les personnes pour lesquelles un diagnostic d'abus ou de dépendance a pu être établi (notamment 23 % de troubles dépressifs, 13,5 % de troubles de la personnalité).

Selon le **registre de la mortalité (2013)**, les décès directement liés à l'alcool sont environ 9 fois plus fréquents que ceux liés aux drogues illégales parmi la population wallonne : on dénombre chaque année environ 500 décès causés exclusivement par l'alcool, et environ une cinquantaine causés par l'usage de drogues. Les décès directement causés par l'alcool surviennent principalement entre 45 et 74 ans, alors que ceux liés aux drogues concernent essentiellement des personnes âgées de 25 à 54 ans. Les décès liés à l'usage de drogues sont en grande partie la conséquence d'une overdose, principalement aux opiacés. Au-delà de ces cas, l'alcool et les drogues ont également contribué aux décès de nombreuses personnes, en association avec d'autres facteurs.

D'après des données récoltées en **milieu festif (2013-2016)**⁵ lors d'événements ayant eu lieu en Wallonie, l'alcool est souvent consommé en sortie par une majorité de répondants (64,7 %) et le cannabis par près d'un tiers (31,9 %). Les produits stimulants tels que le speed/amphétamines, la MDMA/ecstasy et la cocaïne sont habituellement consommés en sortie par environ 6 personnes sur 100. Certains répondants consomment parfois (7,6 %) ou souvent (1,7 %) des *research chemicals* (c'est-à-dire des nouvelles drogues de synthèse) en sortie. Près de la moitié des répondants (48,3 %) consomment souvent plusieurs produits (incluant l'alcool) au cours de la même sortie. Enfin, un quart des personnes interrogées (24,6 %) a parfois recours au sniff de produits en sortie, et 13,8 % y a souvent recours.

D'après des données récoltées auprès d'**usagers de drogues en rue** lors d'interventions de RdR menées en Wallonie sur la période 2009-2015, ceux-ci sont nombreux à avoir consommé de l'héroïne ou des dérivés (80,1 %), de l'alcool (79,6 %), ou de la cocaïne (73,4 %) au cours des 30 derniers jours. La consommation de méthadone illégale (42,4 %) et de médicaments non prescrits (35 %) est également fréquemment rapportée. La polyconsommation est particulièrement fréquente (consommation de 4 produits différents en moyenne au cours des 30 derniers jours). Un quart des répondants (26,6 %) a déclaré avoir déjà fait une overdose, généralement à l'héroïne ou à la cocaïne. Enfin, plus de la moitié des usagers interrogés (63,9 %) ont déjà eu recours à l'injection au moins une fois au cours de la vie, et environ un tiers (34,4 %) au cours du dernier mois, parmi lesquels 18,4 % ont utilisé la seringue usagée et 22,9 % le matériel connexe usagé (filtre, cuillère, etc.) d'une autre personne au moins une fois au cours des 6 derniers mois.

5 Ces données sont récoltées lors d'intervention de RdR en milieu festif, à l'aide d'un questionnaire auto-administré servant de prise de contact avec le public cible (les consommateurs, mais également des proches d'usagers ou toute personne en demande d'information). Elles ne sont donc pas représentatives de l'ensemble du public fréquentant ces milieux festifs.

EN RÉGION BRUXELLOISE

Selon la dernière **enquête HIS (2013)**, la prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie (usage du produit au moins une fois au cours de la vie) est de 22 % dans la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans. L'usage de cannabis sur la vie est plus élevé au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans (34 %) ainsi que chez les hommes. L'âge moyen du premier contact avec ce produit est d'environ 18 ans et 4 mois. La prévalence de l'usage actuel de cannabis (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) est de 5,2 % dans la population bruxelloise. Il concerne surtout les 15-24 ans (13,4 %) ainsi que les 25-34 ans (8,2 %). L'usage quotidien (ou presque) de cannabis concernerait 1,2 % des bruxellois de 15-64 ans. La prévalence de l'usage au cours de la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis était de 5,6 % dans la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans. La tranche d'âge la plus concernée est celle des 15-24 ans (10,9 %).

La prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool (au cours des 12 derniers mois) est de 7 % chez les Bruxellois âgés de 15 ans et plus. Elle augmente avec l'âge et les différences de genre sont peu marquées. La prévalence du *binge drinking* hebdomadaire s'élève à environ 9 % chez les Bruxellois de 15 ans et plus. Elle est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Mais contrairement aux autres indicateurs, dont la prévalence augmente avec l'âge, ce comportement est plus fréquent chez les jeunes, en particulier chez les 15-24 ans (17 %), y compris les jeunes filles (15,6 %). La prévalence de la consommation quotidienne à risque augmente également avec l'âge des répondants. Contrairement aux autres indicateurs, elle tend à être plus élevée chez les femmes que chez les hommes, en particulier chez les 15-24 ans, les 35-44 ans et les 65-74 ans. Il semble y avoir davantage de femmes que d'hommes qui consomment quotidiennement une quantité excessive d'alcool : 6,8 % des femmes et 4,7 % des hommes. Enfin, 16 % de la population bruxelloise de 15 ans et plus aurait déjà eu un usage problématique d'alcool. La prévalence sur la vie d'un possible usage problématique d'alcool est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, mais cet effet de genre semble s'inverser entre 55 et 74 ans. En outre, elle concerne moins les 15-24 ans.

En ce qui concerne la prévalence de l'usage de médicaments psychotropes, une personne sur dix parmi la population bruxelloise âgée de 15 ans et plus a consommé, durant les deux dernières semaines, des somnifères ou des tranquillisants prescrits, et environ sept personnes sur cent des antidépresseurs prescrits. La consommation de ces produits augmente fortement avec l'âge, et elle concerne un peu plus les femmes que les hommes.

D'après une **enquête réalisée en milieu universitaire bruxellois (2015)**, les étudiants sont aussi particulièrement exposés aux pratiques de consommation excessive d'alcool : 29 % des étudiants présentaient une surconsommation hebdomadaire au cours de l'année académique, 15 % d'entre eux ont pratiqué le *binge drinking* au moins à deux reprises chaque semaine, et 15 % ont été ivres au moins deux fois par semaine.

Selon la dernière **enquête HBSC (2014)** réalisée chez les jeunes scolarisés dans l'enseignement secondaire, la prévalence de la consommation de cannabis serait en diminution chez les élèves de 15-20 ans de la Région bruxelloise. En 2014, près d'un quart des jeunes de 15-20 ans ont déclaré en avoir déjà consommé, et 5 % en consommaient régulièrement au moment de l'enquête. La consommation des autres produits, peu courante, est relativement stable voire en diminution par rapport à ce que l'on observait précédemment.

Selon l'**indicateur de demande de traitement (2016)**, on dénombre actuellement près de 3.500 nouvelles prises en charge annuelle pour une problématique de consommation d'alcool ou de drogues dans les services spécialisés en assuétudes et les hôpitaux de la Région bruxelloise (ce qui correspond à 3.000 patients). Globalement, il apparaît qu'une importante proportion des demandeurs est peu ou pas scolarisée, qu'une grande majorité a des revenus précaires et qu'une portion relativement élevée vit en logement précaire, en particulier en ce qui concerne les patients pris en charge dans les services spécialisés. En revanche, la proportion de femmes est plus élevée dans les hôpitaux que dans les services spécialisés (39,4 % *versus* 17,2 %). La plupart des patients ont des antécédents thérapeutiques liés à une problématique d'assuétude, tant dans les services spécialisés (67,7 %) que dans les hôpitaux (62 %). L'alcool est le produit principal le plus fréquemment cité comme étant à l'origine des demandes de traitement des patients, tant dans les services spécialisés (36,8 %) que, surtout, dans les hôpitaux (72,4 %). Dans les services spécialisés, les opiacés arrivent en seconde position (26 %). Enfin, 19,4 % des patients dans les services spécialisés et 7 % des patients dans les hôpitaux ont mentionné avoir déjà eu recours à l'injection.

D'après le **registre des traitements de substitution aux opiacés (2016)**, environ 2.400 Bruxellois suivent chaque année un TSO remboursé par la mutuelle. Les traitements à base de méthadone sont beaucoup plus fréquemment délivrés que ceux à base de buprénorphine (environ 7 pour 1). Les TSO sont majoritairement prescrits à des personnes ayant un âge compris entre 35 et 54 ans (73,4 % pour la méthadone et 71,2 % pour la buprénorphine), et les patients sont principalement de sexe masculin (79,9 % pour la méthadone et 80,4 % pour la buprénorphine). Sur base de ce registre, on peut estimer qu'il y aurait parmi la population bruxelloise environ 3.250 usagers d'héroïne.

Selon les données récoltées par les **comptoirs d'échange de seringues (2016)**, il y aurait environ 1000 usagers de drogues par injection (UDI) en Région bruxelloise. Ils sont fortement exposés à la contraction de maladies infectieuses (HIV, hépatites) en raison du partage fréquent de matériel d'injection usagé, en particulier du matériel connexe d'injection (filtre, cuillère, etc.). Ils sont nombreux à fréquenter les comptoirs d'échange de seringues bruxellois. En 2016, 40 % des usagers de drogues pris en charge dans certaines structures bas seuil en Région bruxelloise étaient séropositifs à l'hépatite C et 5,6 % au VIH.

D'après le **Résumé Psychiatrique Minimum (2005-2013)**, environ 30 % des prises en charge dans les services de psychiatrie bruxellois (soit environ 2500 prises en charge annuelles) débouchent sur un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances, quel que soit le motif de la prise en charge. Les cas de doubles diagnostics sont fréquents chez les personnes pour lesquelles un diagnostic d'abus ou de dépendance a pu être établi (notamment 23 % de troubles dépressifs, 15 % de troubles de la personnalité).

Selon le **registre de la mortalité (2014)**, les décès directement liés à l'alcool sont environ 8 fois plus fréquents que ceux liés aux drogues illégales parmi la population bruxelloise : on dénombre chaque année plus de 100 décès causés exclusivement par l'alcool, et environ une vingtaine causés par l'usage de drogues. Les décès directement causés par l'alcool surviennent principalement entre 45 et 74 ans, alors que ceux liés aux drogues concernent essentiellement des personnes âgées de 25 à 54 ans. Les décès liés à l'usage de drogues sont en grande partie la conséquence d'une overdose. Au-delà de ces cas, l'alcool et les drogues ont également contribué aux décès de nombreuses personnes, en association avec d'autres facteurs.

D'après des données récoltées en **milieu festif (2013-2016)** lors d'événements ayant eu lieu en Région bruxelloise, l'alcool est souvent consommé en sortie par une majorité de répondants (61,5 %) et le cannabis par plus d'un tiers (36,1 %). Les produits stimulants tels que le speed/amphétamines, la MDMA/ecstasy et la cocaïne sont habituellement consommés en sortie par environ 1 personne sur 10. Certains répondants consomment parfois (15,9 %) ou souvent (3,6 %) des *research chemicals* (c'est-à-dire des nouvelles drogues de synthèse) en sortie. Plus de la moitié des répondants (55,1 %) consomment souvent plusieurs produits (incluant l'alcool) au cours de la même sortie. Enfin, près d'un tiers des personnes interrogées (31,9 %) a parfois recours au sniff de produits en sortie, et 23,3 % y a souvent recours.

D'après des données récoltées auprès d'**usagers de drogues en rue** lors d'interventions de RdR menées en Région bruxelloise sur la période 2009-2015, ceux-ci sont nombreux à avoir consommé de l'alcool (78,4 %), de la cocaïne (70,1 %) et de l'héroïne ou dérivés (68,4 %) au cours des 30 derniers jours. La consommation de crack (36,6 %), de méthadone illégale (32,2 %) et de médicaments non prescrits (31,2 %) est également fréquemment rapportée. La polyconsommation est particulièrement fréquente parmi ce public (consommation de 4 produits différents en moyenne au cours des 30 derniers jours). Un quart des répondants (27,1 %) a déclaré avoir déjà fait une overdose, généralement à l'héroïne ou à la cocaïne. Enfin, plus de la moitié des usagers interrogés (63,9 %) ont déjà eu recours à l'injection au moins une fois au cours de la vie, et environ un tiers (32,7 %) au cours du dernier mois, parmi lesquels 15,9 % ont utilisé la seringue usagée d'une autre personne et 24,4 % le matériel connexe usagé (filtre, cuillère, etc.) au moins une fois au cours des 6 derniers mois.

PLUS GÉNÉRALEMENT

D'après le dernier **Flash Eurobaromètre (2014)**, la prévalence d'usage de *legal highs* au cours de la vie s'élève à environ 8 % chez les jeunes belges âgés de 15 à 24 ans, soit deux fois plus qu'en 2011. L'usage au cours des 30 derniers jours concerne 1 % des répondants. Ces produits sont généralement consommés dans un cadre festif.

Selon le **système d'alerte précoce belge**, le nombre de nouveaux produits de synthèse (NPS) détectés en Belgique a augmenté ces dernières années (33 NPS en 2015 ainsi qu'en 2016, contre 5 en 2011). En 2016, 12 alertes précoces ont été diffusées par Eurotox. Elles portaient sur 42 échantillons de produits différents, dont 7 échantillons étaient composés de NPS. Le nombre d'alerte a augmenté ces dernières années en raison de la circulation de NPS dangereuses, mais aussi en raison de la circulation de plus en plus fréquente de pilules d'ecstasy hautement dosées en MDMA (15 pilules en 2015 contenaient 150mg de MDMA ou plus, contre 35 en 2016). Sur la période 2011-2016, le service de testing de Modus Vivendi, qui est actuellement le seul dispositif de ce type en Belgique, a permis d'analyser 752 échantillons de drogues. Plus de la moitié des échantillons (57,7 %) ont été analysés par chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (GC-MS), dont 41 (soit près d'un échantillon sur dix) se sont révélés particulièrement dangereux sur le plan sanitaire et ont été intégrés dans des alertes précoces.

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 actives dans le secteur de l'usage de drogues et des assuétudes en Wallonie et à Bruxelles, que ce soit dans le domaine de la prévention, de la réduction des risques ou du traitement, qui ont participé au recueil de données et collaboré à la collecte d'informations 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 : les asbl Modus Vivendi et Infor-Drogues.

Tous les centres de traitement qui ont participé à l'enregistrement des demandes de traitement et toutes les institutions de terrain qui ont participé à l'enquête sur le prix des drogues en rue.

La Fédito bruxelloise et ses représentants, en particulier Sébastien Alexandre, pour les informations transmises.

Le Point focal belge de l'OEDT, à savoir l'Institut scientifique de santé publique (WIV-ISP), dépendant du Ministre fédéral en charge de la Santé.

Les cabinets et administrations des Ministres ayant en charge la Santé en Wallonie, ainsi qu'à Bruxelles, pendant la période couverte par ce rapport.

Nos remerciements s'adressent aussi à l'Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale (Deogratias Mazina), à la Police Fédérale (Stéphanie Ovaere et Davy Teunkens), à l'Institut Vias (Nathalie Focant), à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Marc de Falleur), au WIV-ISP (Jérôme Antoine, Peter Blanckaert, Sabine Drieskens, Els Plettinckx et Johan Van der Heyden), au Service public fédéral (SPF) Santé publique (Eveline Depuijdt, Jean-Pierre Gorissen et Caroline Theisen), au Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES) de l'ULB (Katia Castetbon et Maud Dujeu) et au Centre antipoisons (Martine Mostin). Ces services nous ont fourni des informations et données précieuses pour la rédaction des chapitres 2, 3 et 4 de ce rapport.

Enfin, nous remercions également les institutions qui nous ont fourni des informations utiles à la rédaction du chapitre 1, notamment : la Plateforme Prévention Sida (Thierry Martin), le cabinet de la ministre Gréoli (Isabelle Demaret), le Fonds des affections respiratoires (FARES ; Caroline Rasson), l'Observatoire belge des inégalités, l'asbl Modus Vivendi, etc.

1 CADRE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL

1.1. LES COMPÉTENCES FÉDÉRALES

1.1.1. L'HÉRITAGE DE LA 6^{ème} RÉFORME ET DES ACCORDS DE LA SAINTE ÉMILIE

La 6^{ème} Réforme de l'État a impulsé le transfert des compétences en matière de santé et d'action sociale depuis le niveau fédéral vers la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), que les accords dits de la «Saint-Quentin» (1992) ont eux-mêmes transférées vers les Régions. Suite à cette décentralisation en cascade, les représentants des 4 partis traditionnels francophones se sont réunis au cours des années 2012-2013, afin d'établir un projet commun en matière d'organisation des nouvelles compétences relatives à la santé, l'aide aux personnes et les allocations familiales. Les partis ont finalement conclu les accords dits de la «Sainte-Emilie», le 19 septembre 2013. Lors de sa conception, le projet s'inscrivait clairement dans une volonté de maintenir les «liens privilégiés entre la Wallonie et Bruxelles» et de travailler à une cohérence aussi large que possible des services proposés aux citoyens.

Ces décisions ont ensuite été consolidées par l'accord de coopération-cadre du 27 février 2014⁶, relatif à la concertation intra-francophone et signé par la Communauté française, la Région wallonne (RW) et la Commission communautaire française (COCOF). Cet accord a été lui-même officialisé et adopté par le décret du 3 avril 2014 qui enracine plusieurs éléments décidés par les partis francophones, dont un socle de **principes communs**⁷, la volonté de conclure un **«pacte de simplification»** de la vie des citoyen-ne-s et celle d'ériger un **organe de concertation** permanente entre les entités fédérées.

L'accord de coopération-cadre prévoit la conclusion de plusieurs accords de coopération qui formeront un pacte de simplification entre les entités fédérées. Ce dernier permettrait à un individu domicilié à Bruxelles bénéficiant de prestations en Wallonie ou à un individu domicilié en Wallonie bénéficiant de prestations à Bruxelles de conserver le même interlocuteur administratif.

Les accords de la «Sainte-Emilie» établissent que la COCOF et la RW doivent se munir chacune d'un nouvel Organisme d'Intérêt Public (OIP) santé ayant une structure semblable (respectivement Iriscare et l'AViQ); toutefois, l'accord de coopération-cadre n'en fait pas état.

Enfin, si chaque entité fédérée conserve sa souveraineté en termes de gestion de ses compétences, l'accord de coopération-cadre prévoit la création d'un **organe de concertation** afin d'assurer la plus grande cohérence et convergence des politiques de la COCOF et de la RW en matière de soins de santé et d'aide aux personnes. L'accord prévoit une concertation en plusieurs niveaux :

D'abord, le **comité ministériel** se compose des ministres compétents de la FWB, de la COCOF et de RW et se réunit au moins quatre fois par an. Le comité organise la concertation entre les parties avant l'adoption de tout décret ou arrêté réglementaire concernant les compétences transférées, ou avant toute concertation sociale relative au secteur non-marchand. Il a également pour mission d'organiser la concertation entre les parties lorsqu'une procédure en conflit d'intérêts entre parties est appliquée à l'initiative d'une d'entre elles et concerne les matières des soins de santé et de l'aide aux personnes.

Ensuite, selon le décret du 3 avril 2014, qui prévoit l'**organe de concertation**, celui-ci a pour mission d'émettre des avis ou des recommandations, à la demande du comité ministériel, d'un ministre ou de sa propre initiative. Le Parlement de la FWB, celui de la RW et l'Assemblée de la COCOF peuvent aussi solliciter l'avis de l'organe de concertation. Il remet un avis ou des recommandations préalablement :

6 Publié le 25 juin 2014, Url : http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/40257_000.pdf

7 Pour davantage de détails, voir notre rapport 2015.

- À l'adoption de tout décret ou arrêté réglementaire en matière de soins de santé ou d'aide aux personnes ;
- À toute concertation sociale dans le secteur non marchand portant sur ces matières et à laquelle sont associés les partenaires représentés dans l'organe de concertation ;
- En cas de conflit d'intérêts.

Ainsi, avant tout changement de législation, de réglementation à portée générale, de programmation et dans le cadre de toute concertation sociale relative au secteur «non-marchand», une entité fédérée devra obligatoirement se concerter avec les autres via le comité ministériel, qui ne pourra statuer qu'à partir de l'avis de l'organe de concertation rassemblant les différents partenaires.

L'organe devrait être composé de représentant-e-s du secteur de manière équilibrée et désigné-e-s pour la durée de la législature. Le décret prévoit que soient représentés les acteurs institutionnels et ambulatoires, les acteurs publics et privés, les professionnels, les usagers et les organismes assureurs (décret du 3 avril 2014).

Un accord de coopération d'exécution, qui permettrait de mettre en place la composition, l'organisation et le fonctionnement de l'organe de concertation, a été présenté et approuvé lors de la réunion conjointe des gouvernements francophones du 7 juillet 2016. Le projet devra ensuite être soumis en 2^{ème} lecture à l'approbation des différents gouvernements francophones. Ces derniers ont chacun sollicité les cabinets des ministres compétent-e-s, afin qu'ils/elles renseignent les noms des personnes qui pourraient représenter les secteurs concernés et qui relèvent de leurs compétences respectives⁸. La mise en place d'une telle concertation reste donc pour le moment à l'état de théorie.

1.1.2. LE PLAN NATIONAL ALCOOL

Les négociations entre le Gouvernement fédéral et les entités fédérées au sujet d'un plan national alcool avait connu un nouvel échec lors de la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique du 24 octobre 2016. Les entités fédérées francophones étaient en effet insatisfaites des propositions du fédéral, jugées insuffisantes notamment en termes de réduction de l'offre d'alcool⁹. Il avait alors été décidé que 6 mois supplémentaires seraient accordés à la recherche d'un compromis et qu'une nouvelle CIM se tiendrait en mars 2017.

Quelques semaines avant la CIM Santé publique du 27 mars 2017, un groupe de travail s'est réuni ; toutefois, les propositions formulées par le Gouvernement fédéral ont de nouveau été jugées insuffisantes par les entités fédérées. Le Plan national alcool était cependant resté à l'ordre du jour de la CIM, sous réserve d'un accord.

Le 24 mars 2017, soit trois jours avant la CIM, le cabinet de la ministre De Block a finalement annoncé le retrait du point «Plan national alcool» de l'ordre du jour. Au cours de la même journée, Mme De Block a annoncé à la presse une série de mesures «afin de s'attaquer à la consommation problématique d'alcool»¹⁰, rompant dès lors la concertation avec les entités fédérées. Ces mesures ne rencontrent cependant ni les desiderata des entités fédérées ni les recommandations du secteur non-marchand.

8 Question orale de M. Colson à Mme Laanan, Compte rendu, Parlement bruxellois francophone, séance plénière du 06/10/2017.

9 Les entités fédérées souhaitaient en effet que le Gouvernement fédéral s'engage sur la simplification de la loi relative à l'âge minimum, le renforcement des règles en matière de publicité et de marketing, et la suppression de la vente d'alcool dans les distributeurs automatiques (site officiel du ministre Prévot).

10 Site officiel de la ministre De Block.

LES PROPOSITIONS DU SECTEUR NON-MARCHAND

En 2017, le **Groupe «Jeunes, alcool et société»**, rassemblant douze associations actives dans le secteur de la santé, de la jeunesse et de l'éducation¹¹, a publié un document résumant leurs propositions en matière de législation. Le document reprend 8 propositions :

- Supprimer la publicité pour les produits alcoolisés ;
- Clarifier et simplifier la loi (notamment en modifiant le degré d'alcool des boissons autorisées aux mineur·e·s d'âge, voir ci-dessous) ;
- Renforcer structurellement l'éducation, la prévention et la réduction des risques ;
- Dépénaliser l'apprentissage parental (la loi actuelle interdisant toute délivrance de boissons alcoolisées aux jeunes de moins de 16 ans, même dans le contexte familial) ;
- Créer un Conseil fédéral de la publicité, dont le pouvoir serait contraignant en matière de pratiques commerciales (voir encadré ci-dessous) ;
- Rendre l'eau gratuite dans l'Horeca (cette mesure est actuellement à l'étude au niveau de la Commission Européenne) ;
- Obliger l'étiquetage nutritionnel sur les boissons alcoolisées, comme tout produit alimentaire ;
- Découpler la publicité alcool des espaces de campagnes de prévention sur les médias publics : le législateur doit garantir un quota fixe d'espaces gratuits pour la prévention¹².

La **Fédito bruxelloise**¹³ a également fait part de la position du secteur spécialisé bruxellois vis-à-vis des politiques en matière d'alcool. Elle a ainsi émis des recommandations à l'attention des autorités politiques :

- Inscrire les actions de prévention et de réduction des risques dans une démarche de promotion de la santé, qui outille les usagers et favorise le développement et l'intégration de compétences «santé» de façon non-moralisatrice ;
- Rééquilibrer le financement des actions de prévention, de réduction des risques (RdR) et de promotion de la santé par rapport aux actions liées à la sécurité et à la répression. Le transfert de compétences pourrait servir de catalyseur à un tel rééquilibrage. En effet, la prévention, la RdR et la promotion de la santé étant aux mains des entités fédérées, le fédéral pourrait réduire les dépenses sécuritaires et les réinjecter dans les compétences des Communautés et Régions ;
- Renforcer la formation des professionnel·le·s spécialisé·e·s ou non, quelle que soit leur discipline, afin que leurs pratiques s'accordent davantage avec les principes de la RdR et de la promotion de la santé, et s'inscrivent dans une approche non-jugeante ;
- Faciliter l'accès à l'information des usagers, de leurs proches et des professionnel·le·s afin d'améliorer leurs connaissances de la consommation d'alcool et des services disponibles (en ligne, en institution, etc.) ;
- Mettre en place une collecte harmonisée de données relatives à l'usage problématique et non-problématique d'alcool, afin de mieux saisir le phénomène et ses évolutions. L'exploration conjointe de la consommation d'alcool et des drogues illicites permettrait d'ailleurs une compréhension globale de l'usage de psychoactifs ;
- Interdire la publicité liée à l'alcool sur l'ensemble des canaux médiatiques ;
- Clarifier la législation en matière de vente, de service et d'offre d'alcool aux mineur·e·s d'âge, notamment en adoptant la distinction suivante :
 - Aucune boisson alcoolisée pour les moins de 16 ans ;
 - Toute boisson alcoolisée dont le taux ne dépasse pas 16° autorisée à partir de 16 ans ;
 - Toute boisson alcoolisée autorisée à partir de 18 ans¹⁴ ;
- Dépénaliser l'apprentissage parental et permettre ainsi aux parents d'assurer un rôle éducatif en matière d'alcool, même auprès de mineur·e·s ;

11 C'est-à-dire les asbl suivantes : Citadelle, Conseil de la Jeunesse, Les Scouts, Groupe RAPID, Infor-Drogues, Jeunesse et Santé, Latitude Jeunes, Ligue des Familles, Prospective Jeunesse, Question Santé et Univers Santé.

12 Document «Vers une politique «Alcool» cohérente», 2017, disponible sur le site internet du groupe «Jeunes, Alcool & Société», URL : <http://www.jeunesetalcool.be/wp-content/uploads/2017/08/Argumentaire-JA-2017.pdf>

13 Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes.

14 La législation actuelle interdit de vendre, servir ou offrir toute boisson dont le taux d'alcool dépasse 0,5 % aux mineurs de moins de 16 ans. Tout alcool éthylique ou eaux-de-vie dénaturés ou non, liqueurs ou boissons spiritueuses de plus de 1,2 % sont interdits aux moins de 18 ans, ainsi que les vermouths, les vins de raisins frais et autres boissons fermentées (par ex. cidre, poiré, hydromel...) de plus de 22 %, et toute eau-de-vie contenant des produits en solution ou non (voir les lois du 24 janvier 1977 et du 7 janvier 1998).

- Étendre l'interdiction de vente de spiritueux sur les aires d'autoroute à toutes les stations-services et à tous les produits alcoolisés ;
- Rendre l'application de la réglementation possible, en formant les personnes travaillant dans les points de vente d'alcool à des moyens concrets afin d'appliquer la loi, et en les sensibilisant à la conduite responsable ;
- Adopter une politique de prix minimum, proportionnel au taux d'alcool de la boisson et évalué au prorata du coût des dommages actuels de l'alcool pour la société.

LES MESURES DE LA MINISTRE DE BLOCK

Les mesures proposées par Mme De Block ne constituent pas un «Plan national alcool» per se puisqu'elles s'inscrivent en dehors d'un accord avec l'ensemble des parties (et qu'il ne s'agit pour le moment que d'un communiqué de presse). Lesdites mesures sont les suivantes¹⁵ :

- La clarification de la législation sur l'alcool pour les jeunes entre 16 et 18 ans sur base d'une classification par type de distillation ou de fermentation. Le communiqué de presse indique, à titre d'exemple, que les établissements Horeca ou les magasins pourraient vendre de la bière ou du vin aux jeunes de cette tranche d'âge, mais pas d'apéritif alcoolisé. Cette proposition reste donc relativement imprécise ;
- La plus stricte surveillance des publicités pour des produits contenant de l'alcool. En effet, il est prévu que le SPF Santé publique obtienne un siège au Jury d'éthique publicitaire (JEP, voir encadré ci-après). Des propositions quant au fonctionnement du JEP devraient également être discutées, notamment afin que chaque grande campagne de publicité à la télévision ou à la radio soit soumise à celui-ci avant leur diffusion, et que les amendes pour violation des règles publicitaires augmentent¹⁶ ;
- L'augmentation du contrôle des distributeurs automatiques de boissons alcoolisées, notamment afin de vérifier que ceux-ci sont équipés d'un système de sécurité ne pouvant être déverrouillé qu'au moyen d'une carte d'identité (conformément à la loi) ;
- Le recrutement de douze inspecteurs supplémentaires, en charge de contrôler le respect de la législation en termes de vente d'alcool aux mineur·e·s d'âge. Ceux-ci sont déjà entrés en fonction fin 2016 au Service de contrôle Tabac et Alcool du SPF Santé publique ;
- L'apposition d'une étiquette mentionnant l'âge minimum, sur base volontaire des producteurs et distributeurs d'alcool ;
- La poursuite du financement de la Liaison urgences-alcool, dont le projet-pilote a débuté en 2009 et s'exporte dans d'autres hôpitaux depuis 2013 (8 hôpitaux sont concernés à l'heure actuelle) ;
- Le développement d'une campagne de sensibilisation des professionnel·le·s de la santé afin de les outiller pour aborder la problématique des risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse ;
- L'amélioration de l'accompagnement des enfants atteints du syndrome d'alcoolisation fœtale ;
- L'augmentation des accises.

Ces différentes propositions n'ont pas rencontré un franc succès et un certain nombre de critiques ont émané de parlementaires à la Chambre des Représentants, de certain·e·s ministres régionaux en charge de la santé, ainsi que du secteur associatif¹⁷. Nous en reprenons ici les principales.

La ministre en charge de la santé à la COCOF, Mme Jodogne, a souligné qu'une clarification par degré d'alcool de la loi en matière de vente, de service et d'offre d'alcool aux mineur·e·s d'âge aurait été plus pertinente que par type de distillation ou de fermentation¹⁸. Le groupe «Jeunes, alcool & société» et Mme Jodogne jugent également insuffisant et inefficace d'inviter les producteurs et distributeurs d'alcool à étiqueter clairement l'âge minimum sur leurs produits, qui plus est, sur base volontaire (quand il faudrait plutôt clarifier la loi).

15 Communiqué de presse du cabinet de Mme De Block du 24 mars 2017 (consulté le 15/05/17) et interpellations à l'attention de Mme De Block à la Commission de la Santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société, Chambre des représentants, le 26 avril 2017.

16 Toutefois, le JEP n'est actuellement pas compétent pour sanctionner pénalement ou financièrement (cf. encadré ci-après).

17 Voir notamment la réaction du groupe «Jeunes, alcool & société», 2017, URL : <http://www.jeunesetalcool.be/plan-alcool-de-block-lance-un-ecran-de-fumee/>

18 Les degrés d'alcool varient en effet significativement d'un vin à l'autre, d'une bière à l'autre, d'un cocktail à l'autre, etc.

Ensuite, de nombreuses critiques rappellent que le Jury d'éthique publicitaire (JEP) fonctionne par autorégulation et que cela est insuffisant pour garantir une surveillance efficace et réelle des publicités pour des produits contenant de l'alcool, en particulier quand les lobbys derrière celles-ci sont puissants. Un cadre exécutif clair est donc indispensable¹⁹.

LA RÉGULATION DES PUBLICITÉS POUR L'ALCOOL EN BELGIQUE

La publicité pour l'alcool est une compétence fédérale. Deux institutions remplissent un rôle de contrôle des publicités : le JEP en Belgique et le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB). Ceux-ci ne sont toutefois pas compétents concernant la publicité sur les réseaux sociaux et les forums de discussion.

Le JEP est un organe d'autorégulation dont les décisions reposent, d'une part, sur des dispositions auto-disciplinaires et, d'autre part, sur la **Convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l'alcool** du 25 janvier 2013, conclue entre les différents acteurs concernés (producteurs, distributeurs, fédérations Horeca, organisations de consommateurs et le JEP) et signée par la ministre fédérale en charge de la Santé publique d'alors, Mme Onkelinx.

Selon cette Convention, la publicité pour l'alcool ne peut pas, entre autres, cibler les jeunes, présenter la consommation d'alcool comme un symbole de maturité ou l'associer à la réussite sociale, à la performance sexuelle, à l'amélioration des prestations sportives ou à l'ambiance de fête ; elle ne peut pas non plus « inciter à une consommation irréfléchie, exagérée ou illégale », ni mettre en scène des personnes qui conduisent sous influence d'alcool.

Les jurys d'éthique publicitaire de 1^{ère} instance et d'appel sont composés de manière paritaire par le secteur de la publicité et la société civile. Suite à une plainte, le JEP peut formuler un avis de réserve à l'attention de l'annonceur, ou une décision de modification ou d'arrêt d'une publicité ; les décisions du JEP ne sont cependant pas contraignantes. Il n'y a pas non plus d'obligation de soumettre une publicité au JEP avant sa diffusion et le JEP ne peut pas sanctionner les annonceurs pénalement ou financièrement.

De son côté, la FWB s'est dotée d'un **Décret coordonné sur les services de médias audiovisuels** le 26 mars 2009, pour lequel le CSA est compétent²⁰. Le décret établit notamment que les radios et télévisions qui diffusent de la publicité en faveur des boissons alcoolisées mettent gratuitement à disposition du Gouvernement des espaces pour la diffusion de campagnes d'éducation à la santé. Aussi, il régit le contenu des publicités ; le CSA est dès lors compétent lorsqu'une publicité porte atteinte au respect de la dignité humaine ou à la protection des mineur·e-s, incite à la haine, à la violence ou à la discrimination. Il n'est toutefois pas toujours compétent pour juger du contenu des publicités et est donc susceptible de renvoyer certaines plaintes vers le JEP.

Le CSA peut prononcer des sanctions administratives à l'encontre des éditeurs, distributeurs et opérateurs relevant de sa compétence, que ce soit au moyen d'un avertissement, de la suspension (ou du retrait) du programme incriminé, d'une amende, etc. Il n'agit toutefois qu'après la diffusion du programme ou de la publicité.

Les critiques des mesures de De Block déplorent également le maintien des distributeurs automatiques de boissons alcoolisées et l'inefficacité des contrôles. En effet, les systèmes de sécurité peuvent facilement être contournés, ce sur quoi une recrudescence des contrôles par le SPF Santé publique n'aura qu'un impact négligeable²¹.

19 Interpellations à l'attention Mme De Block, Commission de la Santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société, Chambre des Représentants, le 26/04/2017.

20 Sont concernés tous les services de radio ou de télévision établis en Région de langue française ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale (dont les services sont exclusivement rattachés à la Communauté française).

21 Les distributeurs automatiques équipés de systèmes de sécurité ne livrent de l'alcool qu'à condition que la carte d'identité d'une personne majeure leur soit présentée ; or, des mineur·e-s sont parfaitement susceptibles de se trouver en possession à une telle carte d'identité.

Plusieurs parlementaires de la Chambre des Représentants ont souligné l'absence de toute mesure concernant l'alcool au volant, la consommation d'alcool dans le milieu professionnel, le soutien aux médecins généralistes et le remboursement des consultations «alcool» (comme c'est le cas pour le tabac). Elles ont également relevé que l'augmentation des prix et l'interdiction de la vente d'alcool dans les magasins de nuit et stations-services n'étaient pas sur la table, et que les mesures formulées par la ministre étaient en-deçà des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, voir encadré ci-dessous).

Enfin, Mme Jodogne a indiqué que l'absence de Plan national alcool signifiait qu'il n'y aurait pas d'évaluation collective des mesures appliquées ou même de bilans généraux²².

LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

En 2010, l'OMS a publié le document «Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif d'alcool» qui invite les États membres notamment à :

- Elaborer ou renforcer des plans et stratégies nationaux et infranationaux exhaustifs afin de réduire l'usage nocif d'alcool ;
- Assurer la coopération entre les différents niveaux de pouvoirs gouvernementaux et la coordination avec d'autres stratégies et plans du secteur de la santé ;
- Développer les moyens de prévenir et dépister le syndrome d'alcoolisation fœtale ;
- Garantir l'accès à la santé pour tou-te-s, en particulier les populations les plus défavorisées ;
- Adopter des mesures de lutte contre l'alcool au volant ;
- Fixer un âge minimum légal pour l'achat ou la consommation d'alcool et mettre en place des mesures empêchant les adolescent·e-s d'en consommer ;
- Diminuer l'impact du marketing, notamment sur les jeunes et les adolescent·e-s, instaurer un cadre réglementaire (reposant de préférence sur un cadre législatif), et mettre en place un système efficace de surveillance du marketing et des systèmes administratifs qui dissuadent le non-respect des restrictions en matière de marketing, ...

À SUIVRE...

La décision de Mme De Block d'annoncer des mesures pour réduire l'usage nocif d'alcool hors du cadre d'un Plan national alcool semble avoir sonné le glas des négociations entre le fédéral et les entités fédérées.

Or, en l'absence d'une politique publique et concertée en matière d'alcool, la responsabilité de la réduction des risques et de la consommation repose, d'une part, sur les associations et ONG dont les moyens financiers et humains sont insuffisants et, d'autre part, sur les ministres régionaux et communautaires de la santé dont le champ des compétences est limité²³.

Il revient alors aux Régions et aux associations de réduire la demande d'alcool et de faire de la prévention, en particulier auprès des jeunes, sans que des mesures significatives en matière de contrôle et de réduction de l'offre ne soient prises. Comment, en effet, mener des actions de prévention efficaces dans un environnement où le marketing des alcooliers est omniprésent ? Comment s'assurer que des mineur·e-s ne peuvent pas acheter de l'alcool quand la loi est floue et que des distributeurs automatiques sont à leur portée ? La liste des questions pourrait être encore longue...

²² Question d'actualité à Mme Jodogne, Compte rendu, Parlement francophone bruxellois, séance plénière du 31/03/2017.

²³ Suite à l'échec des négociations lors de la CIM de 2016, la Ministre-Présidente du Collège de la COCOF, Mme Laanan, et le ministre wallon en charge de la santé d'alors, M. Prévot, avaient déclaré que, malgré l'absence d'accord au sujet du Plan alcool, ils maintiendraient la lutte contre la consommation problématique d'alcool dans leurs priorités (Déclaration de politique générale de Mme Laanan du 27 octobre 2016 et site officiel du ministre Prévot). La nouvelle ministre wallonne en charge de la santé, Mme Gréoli, a confirmé la même position que son prédécesseur (Question écrite de Mme Pecriaux à Mme Gréoli du 11/09/2017). Les nouveaux plans de promotion de la santé de la COCOF et de la RW comprennent tous deux des mesures relatives à la consommation d'alcool.

Une action concertée et un plan alcool cohérent sont donc indispensables à une politique publique «alcool» efficace et à la lutte contre la consommation problématique d'alcool.

1.1.3. LE PLAN FÉDÉRAL ANTI-TABAC

Le 26 avril 2016, la ministre fédérale en charge de la santé, Mme De Block, a rendu public son plan anti-tabac.

Celui-ci porte l'application de la directive européenne sur les produits du tabac du 3 avril 2014, qui introduit des changements majeurs, dont :

- Les avertissements illustrant les conséquences sociales et sanitaires de la consommation de tabac couvrent environ 65 % de la surface avant et arrière des paquets de cigarette et de tabac à rouler ;
- Les arômes caractérisant (menthol, vanille, etc.) destinés à masquer le goût du tabac sont interdits ;
- L'étiquetage des émissions de goudron, de nicotine et de monoxyde de carbone (GNMC) est remplacé par le message d'information «La fumée du tabac contient plus de 70 substances cancérigènes». En effet, des chercheurs ont établi que le message GNMC pouvait induire les consommateurs en erreur et leur faire croire que certains produits étaient moins nocifs que d'autres ;
- Les paquets doivent tous avoir une forme parallépipède semblable et ne peuvent pas contenir moins de 20 cigarettes. De même, toute référence à des effets bénéfiques sur le mode de vie, les offres spéciales, les messages sur la moindre nocivité ou la biodégradabilité de l'un ou l'autre produit, etc., sont interdits ;
- Les fabricants et les importateurs ont l'obligation de déclarer les ingrédients de tous les produits qu'ils commercialisent en UE, via un modèle électronique harmonisé ;
- Les cigarettes électroniques doivent désormais répondre à une série d'exigences en matière d'emballage et d'étiquetage (liste des ingrédients, le teneur en nicotine, les consignes d'utilisation, etc.) ;
- Les évolutions liées aux cigarettes électroniques font l'objet d'un suivi et de notifications : les fabricants doivent informer les États membres des produits qu'ils mettent sur le marché et de l'évolution de celui-ci ; les États membres surveillent le marché pour détecter le rôle des cigarettes électroniques dans le développement d'une dépendance à la nicotine ou d'une consommation traditionnelle de tabac ; enfin, la Commission européenne présente les évolutions relatives aux cigarettes électroniques auprès du Parlement européen et du Conseil ;
- Les pays membres ont la possibilité d'interdire les ventes à distance transfrontalières ;
- La directive instaure de nouvelles mesures de lutte contre le commerce illicite : un système européen d'identification et de suivi de la chaîne d'approvisionnement légale, et un dispositif de sécurité composé d'éléments visibles et invisibles. Les mesures concernant les cigarettes et le tabac à rouler seront mises en place pour 2019 ; celles liées aux autres produits en 2024.

Le plan anti-tabac de la Ministre De Block a pour objectif de réduire le nombre de fumeurs quotidien de 17 % en 2018²⁴ et contient les mesures suivantes :

- Les accises augmentent afin de réduire la demande en rendant le tabac plus cher. Les accises minimales seront également limitées, de sorte que l'écart entre le prix des marques «premium» et celui des paquets moins chers soit limité. La ministre estime que cette mesure devrait rapporter 70 millions d'euros en 2016 et 2017 ;
- Les additifs sont interdits et un niveau maximal de GNMC est fixé ;
- La vente de tabac par internet est interdite ;
- La ministre entame un parcours afin d'introduire le paquet neutre pour 2019, qui passe notamment par l'évaluation de la mise en place du paquet neutre dans les pays européens ;
- Le prix du kit de sevrage est mieux remboursé afin d'aider davantage de personnes à arrêter de fumer ;
- Les propositions de loi portant sur l'interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants seront soutenues par Mme la Ministre ;

24 Le WIV-ISP prévoit cette diminution d'ici 2020.

- 12 contrôleurs «tabac et alcool» du SPF Santé publique supplémentaires sont engagés afin d'augmenter la fréquence des contrôles ; une mesure neutre sur le plan budgétaire puisque ces emplois seront payés grâce aux amendes supplémentaires qu'ils infligeront²⁵.

Les mesures du plan anti-tabac devaient être opérationnalisées avec la Loi portant des dispositions diverses en matière de santé du 22 juin 2016. Toutefois, le texte ne contenait que des avancées légères, telles que l'élargissement de la loi du 24 janvier 1977²⁶ aux cigarettes électroniques, ainsi que la mise en conformité linguistique des paquets.

Dans un communiqué de presse du 29 septembre 2017, Mme De Block a présenté les avancées de son plan anti-tabac : le Gouvernement fédéral a décidé d'augmenter les accises du tabac le 22 avril 2016 ; la Commission de Remboursement des Médicaments étudie la possibilité de réduire le prix du kit de démarrage pour le sevrage tabagique, ainsi que la possibilité de rembourser davantage de tentatives d'arrêt²⁷ ; les produits contenant des arômes caractérisant devraient être interdits d'ici la fin de la législature ; enfin, le Gouvernement a confié à Mme De Block la tâche de formuler une proposition visant à instaurer le paquet neutre pour 2019, pour les produits du tabac (sauf les cigares). La ministre a déclaré vouloir faire reposer cette proposition sur la consultation de l'ensemble des acteurs concernés, dont les représentant-e-s du commerce au détail. Sa proposition se basera également sur l'évaluation du paquet neutre en France et au Royaume-Uni et sur le «résultat des procès en cours au niveau international» (voir ci-dessous)^{28,29}.

Certain-e-s parlementaires ont souligné que les mesures préconisées par le plan fédéral anti-tabac n'ont, pour une partie d'entre elles, qu'une efficacité limitée en termes de santé publique. En effet, d'une part, la Ministre ne propose pas un projet de loi portant sur l'interdiction de fumer dans une voiture en présence de mineurs, mais invite le Parlement à introduire une proposition de loi qu'elle s'engage à défendre. D'autre part, aucune interdiction de publicité ne fait partie du plan ; ce qui rendrait caduque toute mise en place du paquet neutre, toujours selon les parlementaires. Enfin, ces derniers se sont également interrogés sur le caractère réalisable (voire réaliste) d'une interdiction de la vente de tabac par internet³⁰.

LES RECOMMANDATIONS DU SECTEUR ASSOCIATIF

Les partis politiques d'opposition (en particulier Ecolo-Groen et la SP.A) et le secteur associatif de la santé se rejoignent sur une série de recommandations. Outre l'application de la directive européenne de 2014, ils invitent le Gouvernement à interdire la publicité sur les lieux de vente et leurs devantures, une recommandation soutenue par la Fédito bruxelloise³¹ et par la Coalition nationale contre le tabac³².

La Coalition invite également le Gouvernement à instaurer le paquet neutre, à l'image de la France, du Royaume-Uni et de l'Irlande, qui ont reçu la bénédiction de la Cour de Justice de l'Union européenne (arrêt du 4 mai 2016). Le paquet neutre a déjà fait ses preuves, notamment en Australie où il a été mis en place en 2012. La baisse du nombre de consommateurs (et de jeunes consommateurs) australiens n'est toutefois pas uniquement imputable à l'introduction du paquet, mais bien à un ensemble de mesures politiques

25 Communiqué de presse du 9 avril 2016, site officiel de la Mme De Block, URL : <http://www.deblock.belgium.be/fr/plan-anti-tabac-avec-interdiction-de-fumer-en-voiture-en-pr%C3%A9sence-d%E2%80%99enfants-et-augmentation-des>

26 Loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits (dont les produits du tabac).

27 Actuellement, les mutuelles remboursent partiellement 8 consultations (de 30€ pour la première séance, de 20€ pour les 7 suivantes ; les femmes enceintes bénéficient d'un remboursement de 30€ pour chacune des 8 séances).

28 Question écrite de M. Scourneau à Mme de Block «La directive européenne sur les produits du tabac» du 01/06/2016.

29 Communiqué de presse du 29 septembre 2017, site officiel de la Mme De Block, URL : <http://www.deblock.belgium.be/fr/mesures-anti-tabac>

30 Compte rendu intégral de la Commission de la Santé publique, de l'environnement et du renouvellement de la société du 26 avril 2016 de la Chambre des représentants. URL : <http://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/54/ic396.pdf>

31 Plan drogue 2016-2019 de la Fédito bruxelloise.

32 Association de fait dont les membres fondateurs sont : la Ligue Cardiologique Belge/Belgische Cardiologische Liga, l'Association Cœur et Prévention, la Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Éducation à la Santé (FARES), het Koördinatiekomitee Algemene Tabakspreventie (KKAT), l'Oeuvre Belge du Cancer (OBC), de Vereniging voor Kankerbestrijding/Association Contre le Cancer (ACC), de Vlaamse Kankerliga (VKL), de Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT).

(augmentation du prix du paquet, campagnes de sensibilisation, messages d'avertissement sur les paquets, etc.)³³.

Le paquet neutre est notamment une mesure complémentaire et indissociable de l'interdiction de publicité, pour deux raisons : d'abord, si la publicité est interdite sur les paquets, il semble logique qu'elle le soit aussi dans les points de vente ; ensuite, introduire le paquet neutre sans interdire la publicité violerait le principe légal de proportionnalité, puisqu'une telle initiative équivaldrait à une interdiction de l'usage du droit des marques, une mesure qui pourrait être jugée excessive par rapport à l'objectif poursuivi (Fondation contre le cancer, 2016).

LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

L'arrêté royal du 28 octobre 2016 relatif à la fabrication et à la mise dans le commerce des cigarettes électroniques transpose partiellement la directive européenne du 3 avril 2014³⁴. Dès lors, et en plus des obligations déjà exposées ci-dessus, la cigarette électronique contenant de la nicotine est considérée comme un produit similaire aux produits du tabac, ce qui implique les interdictions de :

- Fumer dans les lieux publics fermés ;
- Faire de la publicité ou de la promotion, à l'exception de l'affichage dans les librairies ou points de vente spécialisés ;
- Vendre aux moins de 16 ans ;
- Vendre à distance (et donc par internet).

L'arrêté royal régleme également la composition des cigarettes électroniques contenant de la nicotine :

- Les flacons de recharge ne dépassent pas un volume de 10 ml ;
- Les réservoirs des e-cigarettes ne dépassent pas 2 ml ;
- La concentration en nicotine ne dépasse pas 20 mg par ml ;
- La nicotine doit être diffusée de manière constante ;
- Certains additifs spécifiques sont interdits tels que les vitamines, la caféine, les additifs qui ont des propriétés cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR), etc. ;
- Les e-cigarettes et les flacons de recharge doivent être munis d'un dispositif de sécurité pour enfants et sont protégés contre la casse et les fuites.

L'étiquetage des cigarettes électroniques contenant de la nicotine doit afficher l'avertissement «La nicotine contenue dans ce produit crée une forte dépendance. Son utilisation par les non-fumeurs n'est pas recommandée» sur les deux surfaces les plus grandes du paquet ; l'avertissement recouvre 35 % de la surface de l'emballage au total. Aussi, un dépliant inséré dans l'emballage doit contenir les consignes d'utilisation et de stockage, les contre-indications, les effets indésirables, les effets de dépendance et toxicité, les coordonnées du fabricant ou de l'importateur.

Dans le cadre de l'élaboration de l'Arrêté royal d'octobre 2016, Mme De Block a demandé l'avis du Conseil Supérieur de la Santé. Celui-ci a souligné deux éléments : d'abord que la cigarette électronique peut être un moyen de sevrage tabagique (même si elle n'est pas sans danger), ensuite que les non-fumeurs doivent être protégés³⁵. La ministre de la santé a opté pour une autorisation de vente à la fois dans les magasins et dans les pharmacies, dans une perspective de réduire les risques et d'assurer l'accès aux cigarettes électroniques aux fumeurs qui souhaitent arrêter³⁶.

33 Article «Paquet de cigarettes neutre : une mesure efficace en Australie ?» de Lise Loumé, Science et Avenir, 16/03/2015, URL : https://www.sciencesetavenir.fr/sante/paquet-de-cigarettes-neutre-une-mesure-efficace-en-australie_19308

34 En février 2017, le Conseil d'État a toutefois émis quelques réserves au sujet de l'Arrêté royal d'octobre 2016. Aussi, ce dernier a été modifié par l'Arrêté royal du 17 mai 2017.

35 Question orale de Mme Dedry, Mme Huffkens et Mme Gerkens à Mme De Block, Compte rendu intégral, Commission de la Santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société, Chambre des Représentants du 05/07/2016.

36 QO de Mme Van Hoof et de Mme Fonck à Mme De Block, Compte rendu intégral, Commission de la Santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société, Chambre des Représentants du 05/07/2017.

LA BROCHURE «LA CIGARETTE ELECTRONIQUE» DU FARES³⁷

Le Fonds des affections respiratoires (FARES), avec d'autres associations (la Fédito wallonne, la Fédération des maisons médicales, l'Observatoire de la santé du Hainaut, la Centre Alfa et le Service d'étude et de prévention du tabagisme) ont réalisé une brochure consacrée à la cigarette électronique.

La cigarette électronique est présentée comme un outil de réduction des risques :

- Il n'y a pas de combustion de substances organiques, donc ni monoxyde de carbone ni goudron ne sont produits ;
- Les substances toxiques sont moins nombreuses et concentrées que dans la fumée du tabac (les risques de cancers, de maladies chroniques du poumon et de maladies cardiovasculaires sont donc réduits) ;
- L'usage de la cigarette électronique peut permettre une diminution voire un arrêt de la consommation de tabac.

La brochure recueille quelques conseils d'utilisation et compare également le fonctionnement, les risques pour la santé, l'impact sur l'environnement et le prix des cigarettes classiques et électroniques.

DES LOBBYS ET DES RÉFORMES

Les lobbys de l'industrie du tabac sont particulièrement actifs et puissants. Leur influence n'épargne aucun pays, et leur imagination pour contourner les législations et alléger le contenu des conventions internationales (et celui des lois nationales transposant leurs dispositions) semble ne pas avoir de limites.

Les lobbys mobilisent habituellement un certain nombre d'arguments, dont :

- L'interventionnisme des États porterait atteinte au libre-échange, en particulier lorsqu'ils légifèrent de manière à interdire la publicité ou introduire le paquet neutre. La protection du libre-échange et des intérêts capitalistes primerait donc sur la santé de la population générale et sur toute initiative visant à réduire le coût social du tabagisme ;
- Le tabagisme passif ne serait pas mortel. Or, celui-ci cause de nombreuses maladies respiratoires, maladies cardiaques et cancers du poumon pour un total de 600.000 décès par an dans le monde (Tabacstop, s.d.) ;
- L'interdiction de fumer dans les cafés et restaurants entraînerait des pertes financières et la fermeture d'établissements. Ceci est toutefois inexact, puisque les chiffres d'affaire des restaurants et cafés ont augmenté au cours des années qui ont suivi l'instauration de la loi (en 2007 pour les restaurants, et en 2011 pour les cafés), et que le nombre de fermetures de restaurants et de cafés est resté stable par rapports aux autres années (De Bock, 2016) ;
- L'instauration du paquet neutre serait une mesure inefficace. Or, l'emballage neutre diminue l'attrait du tabac et réduit l'entrée des jeunes dans le tabagisme (Van Hal et al, 2010 ; Moodie et al 2012).

LE COÛT SOCIAL DU TABAC

Selon l'étude SOCOST (Lievens et al., 2016), les coûts sociaux liés à la consommation de tabac en Belgique sur l'année 2012 s'élèvent à 1,5 milliard d'euros. 25,4 % des coûts « directs », c'est-à-dire les moyens mobilisés pour gérer les conséquences de la consommation, notamment en termes de soins de santé (hospitalisation, consommation de médicaments, visites médicales, etc.), sont attribuables au tabac, soit 727 millions d'euros. Les coûts « indirects » du tabac, c'est-à-dire les coûts liés à la perte de productivité due à la maladie, au décès prématuré ou à l'incarcération, sont de 746 millions d'euros, soit 42 % des coûts indirects. Enfin, le tabac est responsable de la perte de 293.550 années de vie en bonne santé en 2012.

37 <https://www.fares.be/static/upload/1/2/Ecigarette.pdf>

Afin de porter ces rhétoriques, les lobbys ont recours à plusieurs stratégies, notamment (Kalra et al, 2017 ; CNCT, s.d.) :

- Faire du lobbying auprès des ministres et parlementaires, des bureaucrates et des représentant-e-s gouvernementaux afin qu'ils reconsidèrent leur vote, leur projet de loi ou leur proposition de loi, ou qu'ils influencent les débats ou leurs collègues ;
- Eloigner les problématiques liées au tabac des mains des autorités compétentes en Santé ; notamment, dans le cadre de négociations de conventions internationales, en faisant glisser la composition des délégations gouvernementales vers moins de représentant-e-s de la Santé publique et davantage de représentant-e-s des Finances, de l'Agriculture et du Commerce. Les arguments déployés autour de l'adoption de l'une ou l'autre mesure tendent alors à pencher moins du côté de la santé de la population que de celui des intérêts économiques ;
- Mobiliser des tiers pour exercer des pressions auprès des politicien-ne-s (détaillant-e-s, buralistes, Horeca, libraires, groupements d'employeur-e-s, etc.) ;
- Attirer l'attention des médias sur des controverses autour du tabac afin de générer un doute dans l'opinion publique et donc un débat public qui pourra influencer les politicien-ne-s ;
- Proposer des mesures alternatives qui sont inoffensives pour l'industrie (éducation, prévention). Or, les seules information et prévention ne sont pas des mesures suffisantes, même si nécessaires, pour réduire la demande de tabac et l'âge d'entrée dans le tabagisme des jeunes.

Dans les cas où ces stratégies ne porteraient pas leurs fruits et qu'une loi nuirait aux bénéfices de l'industrie du tabac serait adopté, il est de plus en plus courant que l'affaire soit menée en justice à l'initiative de l'entreprise.

L'un des chevaux de bataille de l'industrie du tabac est bien évidemment l'instauration du paquet neutre. Outre l'argument selon lequel celle-ci ne serait pas une mesure efficace, l'industrie affirme également qu'elle porterait atteinte au droit des marques et de la propriété intellectuelle, qu'elle augmenterait la contrebande et entraînerait la suppression d'emplois (CNCT, s.d.).

L'ensemble de ces arguments ont été rejetés par la Haute Cour de Justice du Royaume-Uni (19 mai 2016 ; McCabe Center, s.d.), la Haute Cour de Justice d'Australie (5 octobre 2012)³⁸ et le Conseil Constitutionnel français (21 janvier 2016)³⁹, trois pays ayant voté l'instauration du paquet neutre. La Haute Cour de Justice du Royaume-Uni a notamment statué que l'essence des *marques déposées* n'implique pas d'utiliser le droit de propriété afin de faciliter l'expansion d'une épidémie sanitaire létale et que la santé publique est un objectif d'intérêt public qui justifie des restrictions dans l'exercice de la propriété intellectuelle. La Haute Cour a poursuivi son argumentaire en affirmant qu'il n'est pas juste qu'un État paie une quelconque compensation financière pour avoir demandé aux industries du tabac de cesser d'utiliser leurs droits de propriété pour faciliter une telle épidémie.

Le 4 mai 2016, la Cour de Justice de l'Union européenne a également confirmé la validité des dispositions de la directive européenne de 2014 quant à l'uniformisation des paquets, rejetant ainsi le recours de plusieurs industriels du tabac⁴⁰.

38 High Court of Australia, *JT International v Commonwealth of Australia* [2012] HCA 43 (5 October 2012), URL : <http://www.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdoc/au/cases/cth/HCA/2012/43.html>

39 Conseil Constitutionnel, Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, URL : <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2016/2015-727-dc/decision-n-2015-727-dc-du-21-janvier-2016.146887.html>

40 Cour de justice de l'Union européenne, Arrêts dans les affaires C-358/14 Pologne/Parlement et Conseil, C-477/14 Pillbox 38(UK) Limited/Secretary of State for Health et C-547/14 Philip Morris Brands SARL e.a/Secretary of State for Health, URL : <https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2016-05/cp160048fr.pdf>

1.1.4. LA LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE DE VIH

LE PLAN NATIONAL VIH⁴¹

Le Plan VIH 2014-2019 a été adopté par les ministres compétent·e·s des différents niveaux de pouvoir par la ratification du protocole d'accord «Plan VIH 2014-2019» du 21 novembre 2013. Selon ce protocole d'accord, le Plan poursuit les objectifs suivants : 1) diminuer les nouveaux cas de contamination au VIH tout en favorisant les conditions d'une sexualité épanouie et responsable ; 2) favoriser l'accès à des services et programmes de prévention, de dépistage, de soins et d'accompagnement de qualité, spécialisés en matière de VIH, dans le cadre d'un accès universel à la santé en général ; 3) diminuer toutes formes de stigmatisation et de discrimination, en particulier celles fondées sur le statut sérologique ou l'état de santé.

Le Plan VIH comprend 58 actions regroupées en 4 axes stratégiques : la prévention, le dépistage et accès à la prise en charge, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

La mise en œuvre du Plan s'est faite grandement attendre : d'abord, parce qu'aucune budgétisation n'avait été prévue ; ensuite, parce que l'une des actions-phare du Plan (le développement du dépistage délocalisé et démedicalisé) était illégale. Afin de remédier à ce retard, l'autorité fédérale et les entités fédérées ont conclu un protocole d'accord le 21 mars 2016 qui porte sur plusieurs domaines de la santé (nutrition, tabac, alcool et drogues, psychotropes, assuétudes aux jeux, santé sexuelle, santé bucco-dentaire, prévention du suicide, etc.) et qui stipule que chacun de ces domaines peut faire l'objet d'un groupe de travail au sein de la CIM Santé publique (et que ce groupe de travail peut être appuyé par un groupe de travail technique).

LE PROTOCOLE D'ACCORD DU 21 MARS 2016

Ce protocole d'accord établit ainsi une série d'engagements concernant la santé sexuelle. Notamment, les Régions et Communautés s'engagent à mener une politique de prévention, axée sur la population générale et sur certains groupes cibles (les jeunes, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les migrant·e·s issu·e·s d'Afrique subsaharienne, et les travailleuses et travailleurs du sexe⁴²). Les données épidémiologiques déterminent les groupes-cibles prioritaires. L'autorité fédérale, quant à elle :

- Exécute la politique qui concerne le dépistage précoce⁴³, le counseling, les soins et le traitement des IST par l'intermédiaire de différents professionnels du soin ;
- Examine comment étendre le fonctionnement des Centres de Référence Sida et des centres d'aide à d'autres IST ;
- Assure le financement des prestations à l'égard des travailleuses et travailleurs du sexe (visites à domicile, consultations, tests de laboratoire, médicaments et vaccins) ;
- Prévoit que des non-professionnels de la santé puissent offrir et dispenser des tests IST démedicalisés, pour autant que cela soit réalisé dans le cadre d'un programme de prévention approuvé par les autorités compétentes.

Le protocole d'accord souligne également que les actions du Plan doivent être réalisées en étroite collaboration entre les différents niveaux de pouvoir et que ceux-ci doivent se concerter en matière de financement. Les entités fédérées et l'autorité fédérale évaluent le Plan et les réalisations, déterminent les priorités et clarifient la répartition des compétences.

Conformément à ce même protocole d'accord, la ministre fédérale en charge de la santé, Mme De Block, a également mis en place un GT Intercabinets «Santé sexuelle». Ce dernier est composé des représentant·e·s des ministres en charge de la Santé et de leurs administrations, et est présidé par un membre du programme VIH/Sida du service épidémiologie des maladies infectieuses de l'Institut scientifique de santé

41 Les données épidémiologiques concernant l'infection au VIH et aux hépatites B et C sont présentées au chapitre 2.2.3.1.

42 La COCOF finance notamment le projet «Action test» de la Plateforme Prévention Sida depuis novembre 2016. Ce projet vise à proposer des tests de dépistage rapide aux personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

43 Notons que le dépistage est une compétence du fédéral lorsqu'il est individuel, mais est du ressort des entités fédérées lorsqu'il fait l'objet d'un programme collectif. Le financement des tests rapides à orientation diagnostique (TROD) revient désormais aux Régions.

publique (WIV-ISP). Il peut également être assisté par des expert·e·s issu·e·s du comité de monitoring du Plan VIH. Les missions du GT sont de : 1) clarifier les compétences de chaque entité concernant la lutte contre le VIH ; 2) suivre les mesures du plan qui ont été mises en œuvre ; 3) identifier les collaborations nécessaires entre entités.

Le travail du GT technique a donc permis d'identifier, pour chaque mesure du Plan VIH, quelles entités étaient compétentes et quels projets celles-ci mettaient en place pour opérationnaliser ces mesures. Il a également clarifié les compétences et constaté que nombre de mesures requièrent la concertation et la collaboration entre le pouvoir fédéral et les entités fédérées.

Ces conclusions ont été validées par les représentant·e·s des ministres concerné·e·s et ont abouti à la formulation de deux objectifs : 1) Définir une stratégie nationale de dépistage IST/VIH, notamment dans la perspective d'améliorer la collaboration entre le pouvoir fédéral et les entités fédérées (en collaboration avec le KCE) ; 2) Améliorer la qualité de l'offre et des pratiques existantes sur le terrain en matière de dépistage du VIH et des autres IST, grâce à la définition d'objectifs communs ou la réalisation d'un guide contenant des lignes directrices⁴⁴.

Afin de mener à bien ces objectifs, les étapes suivantes du GT se déclinent ainsi :

- Consolidation de tous les guidelines en cours d'élaboration sur les IST et le VIH en Belgique, et de leur timing ;
- Consolidation de tous les instruments de test disponibles en Belgique ;
- Elaboration de mesures concrètes visant à réduire les diagnostics tardifs au sein des groupes cibles identifiés par une étude du WIV-ISP et auxquels une stratégie de dépistage ciblée bénéficierait le plus : les HSH et les migrant·e·s venu·e·s d'Afrique subsaharienne. Ces groupes cibles étaient déjà identifiés comme prioritaires par le Plan VIH et font déjà l'objet d'interventions spécifiques de la part des centres de référence Sida et des différents opérateurs de terrain^{45,46}.

Le GT s'est réuni à partir de septembre 2017 afin de proposer les prochaines étapes de l'élaboration d'une stratégie de dépistage IST/VIH⁴⁷. Les discussions du GT portent notamment sur : les différentes voies d'accès au dépistage, l'éducation et la formation des soignants et non-soignants en cas de dépistage démedicalisé, et la collecte de données et la surveillance des activités de dépistage⁴⁸.

La prévention des maladies infectieuses, le dépistage des IST/VIH et le suivi du Plan VIH font partie des priorités fixées à la fois par le Plan de prévention et de promotion de la santé de la Région Wallonne, et par le Plan de promotion de la santé 2018-2022 de la COCOF (voir respectivement les chapitres 1.3.3 et 1.2.6.).

LE DÉPISTAGE DÉMÉDICALISÉ

La Loi coordonnée relative à l'exercice des professions de soins de santé du 10 mai 2015 a été modifiée par la Loi portant des dispositions diverses en matière de santé du 18 décembre 2016. Les sanctions pénales pour l'exercice illégal de l'art infirmier ne sont dès lors plus d'application aux personnes qui font passer des tests d'orientation diagnostique (et donc les tests de dépistage IST/VIH). Ces personnes doivent cependant avoir suivi une formation auprès d'un·e médecin ou d'un·e infirmier·ère et avoir reçu l'autorisation d'effectuer de telles prestations techniques. En ce qui concerne plus particulièrement les TROD (tests rapides à orientation diagnostique du VIH), les personnes doivent avoir suivi une formation basée sur les recommandations du Conseil Supérieur de la Santé et obtenir un certificat de fin de formation⁴⁹.

Le cabinet de Mme De Block a annoncé qu'un arrêté d'exécution était en cours d'élaboration afin de rendre la mesure effective, notamment en définissant les critères auxquels devront répondre les associations

44 Interpellation de Mme Genot à Mme Jodogne, Bulletin des interpellations et des questions, Parlement francophone bruxelloise, Commission de la Santé du 02/05/2017.

45 Question écrite de Mme Trotta à M. Prévot «La prévention du VIH» du 13/07/2017.

46 Question écrite de Mme Trotta à M. Prévot «Les suites du protocole d'accord du 21 mars 2016 entre l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution en matière de prévention» du 19/07/2017.

47 *Ibidem*.

48 Question écrite de M. Onkelinx à Mme Gréoli «L'évaluation de l'utilisation des autotests de dépistage du VIH en Wallonie» du 23/10/2017.

49 Thierry Martin, Plateforme Prévention Sida, communication personnelle, 17/01/2018.

souhaitant pratiquer le dépistage démedicalisé ; aucun arrêté n'a cependant encore été publié. Les entités fédérées ont demandé à être consultées au sujet de cet arrêté d'exécution^{50,51}.

Suite à la publication des données épidémiologiques de 2015 du WIV-ISP sur les diagnostics VIH, les acteurs de terrain (dont la Plateforme Prévention Sida) ont souligné la nécessité de soutenir et de renforcer les dispositifs de dépistage et l'accès à ceux-ci. Ils ont recommandé le renforcement des moyens de prévention, l'élargissement de l'accès au dépistage (grâce au soutien et développement des dépistages gratuits, décentralisés et démedicalisés), et la formation et sensibilisation des médecins généralistes. Ces initiatives permettraient de mettre en place un dépistage de proximité, et d'assurer ainsi une plus grande accessibilité aux personnes qui fréquentent peu les structures de soin classiques⁵².

Les autotests de dépistage du Sida sont, quant à eux, disponibles en pharmacie depuis novembre 2016. Ils permettent d'effectuer un dépistage par soi-même, sans l'aide d'un-e professionnel-le de la santé. Selon le laboratoire Axone Pharma, responsable de la commercialisation des autotests, environ 12.000 tests ont été vendus aux pharmacies belges entre novembre 2016 et novembre 2017⁵³. Il est toutefois difficile de juger si les pharmaciens ont été suffisamment sensibilisé-e-s aux messages de prévention qui devraient accompagner la vente d'autotests, ou si la population belge a été suffisamment informée⁵⁴. De plus, son prix relativement élevé (entre 28 et 30€) peut être un frein à son utilisation (Plateforme Prévention Sida, 2016).

LA CRIMINALISATION DE L'USAGE DE DROGUES ET TRANSMISSION DES IST/VIH

Des chercheurs américains et canadiens ont publié en 2017 une revue systématique de la littérature scientifique afin d'établir la nature du lien entre la criminalisation des drogues, d'une part, et la prévention et le traitement du VIH, d'autre part (De Beck et al., 2017). Les résultats de cette revue systématique mettent en évidence que :

- Les différents aspects de la criminalisation (l'incarcération, l'ensemble des lois «drogues», l'interdiction ou la limitation des programmes de prévention VIH et les stratégies nationales «drogues») ont des effets négatifs sur la prévention et le traitement du VIH, en particulier au sein des usagers de drogues par injection (UDI) ;
- L'application punitive des lois «drogues» ne s'accompagne ni d'une diminution de l'usage de drogue (y compris par injection), ni de l'arrêt de l'usage par injection ;
- La réduction de la criminalisation des UDI et le renforcement des programmes de prévention et de traitement du VIH ne provoquent pas une augmentation de l'usage de drogues.

Les lois et politiques publiques en matière de drogues, de santé publique, de prévention et de RdR ont un rôle central dans l'accès aux soins et la santé de la population générale et des usagers de drogues. La criminalisation de l'usage de drogues handicape les initiatives de RdR, en limitant les moyens humains et financiers qui leurs sont dédiés, ou en ne leur fournissant pas un cadre légal adéquat. Par exemple, les salles de consommation à moindre risque et, dans une moindre mesure, la distribution de matériel stérile d'injection, sont encore légalement considérées comme des incitations à l'usage de drogues en Belgique, par la loi de 1921⁵⁵. L'accès limité aux conseils de RdR et au matériel stérile, d'une part, et la criminalisation et stigmatisation dont les usagers font l'objet, d'autre part, exacerbent les risques liés à l'usage de drogues (overdose, mauvais état de santé, marginalisation) et participent notamment à la diffusion des IST/VIH.

50 Interpellation de Mme Genot à Mme Jodogne, Bulletin des interpellations et des questions, Parlement francophone bruxelloise, Commission de la Santé du 02/05/2017.

51 Question écrite de Mme Trotta à M. Prévot «La prévention du VIH» du 13/07/2017.

52 Interpellation de M. Ellahi Manzoor à Mme Jodogne, Bulletin des interpellations et des questions, Parlement francophone bruxelloise, Commission de la Santé du 06/06/2017.

53 Thierry Martin, Plateforme Prévention Sida, communication personnelle, 17/01/2018.

54 Interpellation de M. Ellahi Manzoor à Mme Jodogne, Bulletin des interpellations et des questions, Parlement francophone bruxelloise, Commission de la Santé du 06/06/2017.

55 Toutefois, l'Arrêté royal du 5 juin 2000 autorise la distribution de seringues par les psychologues, paramédicaux, travailleurs et travailleuses sociaux rattaché-e-s à titre professionnel à un centre spécialisé (qui est défini comme «toute structure reconnue ou subventionnée par l'autorité compétente et pouvant justifier d'une pratique de la prise en charge thérapeutique et de l'accompagnement social des usagers de drogues ou de la prévention des maladies transmissibles»). La délivrance de seringues stériles n'est dès lors plus l'apanage des seuls médecins et pharmaciens et la possession de ce matériel n'est plus soumise au fait de détenir une ordonnance.

Les conséquences sont particulièrement néfastes pour les UDI. Or, l'injection est l'un des facteurs-clé de la propagation de l'épidémie de VIH et du VHC (virus de l'hépatite C). En effet, si l'accès au matériel stérile d'injection diminue, le partage de seringues augmente, de même que la probabilité de contracter des IST/VIH (Montaner et DeBeck, 2017).

De plus, la criminalisation s'accompagne systématiquement de la stigmatisation des usagers de drogue. Et la peur de la stigmatisation et des conséquences pénales (incarcération, perte de la garde d'enfants, abstinence forcée, etc.) participe à la marginalisation des usagers (problématiques) et éloigne ceux-ci des structures de dépistage, d'accompagnement ou de soins. Les usagers deviennent alors des populations «cachées», plus difficiles à atteindre pour les services et acteurs de terrain.

Un séjour en prison peut également participer à la détérioration de la santé du/de la détenu·e et à la propagation des IST/VIH dans la population *intra* et *extra-muros*. La prison n'est en effet ni un lieu de soins ou d'accompagnement (pour les usagers problématiques), ni un lieu propice au maintien d'un bon état de santé. L'insalubrité des prisons, les violences, la promiscuité, l'accès difficile aux soins (infirmiers, médicaux, psychiatriques, etc.), aux traitements (dont les traitements de substitution aux opiacés) et aux dispositifs de RdR (préservatifs, dépistage, matériel stérile d'injection ou de tatouage, etc.), sans compter les épreuves physiques, sociales et administratives qui accompagnent la sortie de prison, sont autant d'obstacles qui pèsent sur la santé physique et mentale des (ex-)détenu·e·s et qui favorisent la transmission d'IST/VIH.

La lutte contre l'épidémie du VIH ne se fera donc pas sans la mise en place de politiques de prévention du VIH et de dépistage pour tou·te·s, sans le soutien politique, financier et légal des programmes de RdR, et sans la décriminalisation des usagers de drogues (voir l'appel des entités des Nations-Unies et de l'OMS, chapitre 1.4.5).

1.1.5. L'ARRÊTÉ ROYAL RÉGLEMENTANT LES SUBSTANCES STUPÉFIANTES ET PSYCHOTROPES DU 6 SEPTEMBRE 2017

La loi du 7 février 2014 modifiant la loi du 21 février 1921⁵⁶ a introduit la possibilité, pour le Roi, d'établir une classification générique des substances soumises aux règles et au contrôle visés par la loi de 1921. Sur proposition de la Ministre de la Santé publique, Mme De Block, du Ministre des Finances, M. Van Overtveldt, et du Ministre de la Justice, M. Geens, et suite à l'avis du WIV-ISP, l'arrêté royal du 6 septembre 2017 (publié le 26 septembre 2017) établit une telle classification. Le secteur associatif spécialisé n'a cependant pas été consulté par les autorités fédérales.

Une classification générique interdit de fait des produits spécifiques, mais aussi des groupes de substances ayant une structure chimique partiellement commune. En effet, jusque maintenant, le moindre changement moléculaire excluait une nouvelle substance de la législation, la rendant temporairement légale. Or, une même structure chimique de base peut, par une quasi-infinité de variations et combinaisons chimiques possibles, donner naissance à un panel immense de substances dont les effets sont plus ou moins semblables. Ce changement de stratégie législative permet une interdiction anticipative de nouvelles substances psychoactives (NPS)⁵⁷ et vise une lutte plus efficace contre la diffusion de celles-ci, en réduisant totalement le délai de procédure entre la découverte d'une NPS par les autorités et son interdiction légale. L'objectif d'une classification générique des substances illégales est donc, certes, de poursuivre leur interdiction, mais également d'anticiper l'introduction de nouveaux produits qui dérivent d'une même structure de base. Le nouvel arrêté royal interdit donc de fait des substances qui n'existent pas encore.

56 Loi du 21 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.

57 La notion de NPS (on parle aussi de «nouvelles drogues de synthèse» ou de «nouveaux produits de synthèse») est un terme générique qui comprend : 1) les molécules psychoactives détournées de leur usage en recherche scientifique ; 2) les molécules psychoactives qui sont spécialement synthétisées pour contourner les lois sur les drogues (d'où l'appellation *legal high*, c'est-à-dire euphorisants légaux).

L'arrêté royal du 6 septembre 2017 transpose la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 et la Convention sur les substances psychotropes de 1971 qui listent une série de substances illicites⁵⁸. Il reprend également des dispositions nationales et des substances qui ne sont pas encore reprises dans les conventions de 1961 et 1971.

LES AUTORISATIONS D'ACTIVITÉS, D'UTILISATEUR ET DE PARTICULIER

L'arrêté royal du 6 septembre 2017 interdit à quiconque d'importer, exporter, transporter, fabriquer, produire, détenir, vendre ou offrir en vente, fournir, délivrer ou acquérir des produits, à titre onéreux ou à titre gratuit. La culture de plants de cannabis, de coca et de l'espèce *Papaver somniferum* L (pavot somnifère) est également proscrite. Il institue toutefois la possibilité d'obtenir une autorisation auprès du/ de la Ministre en charge de la Santé publique ou de son/sa délégué-e.

Les procédures de demande, de modification, de suspension et de retrait des autorisations, ainsi que les inspections, sont réglées par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS)⁵⁹.

L'arrêté royal prévoit plusieurs types d'autorisations (valables 3 ans) :

- 1) L'autorisation d'activités à destination d'une personne morale ou physique est limitée à des fins scientifiques ou médicales ;
- 2) L'autorisation d'utilisateur final à destination d'une personne morale ou physique concerne la détention, l'acquisition, l'importation, la cession, le transport et l'exportation de quantités limitées de produits qui peuvent être nécessaires dans le cadre de leurs activités professionnelles. L'autorisation est octroyée à des fins scientifiques, analytiques ou éducatives. De plus, la personne titulaire peut se déplacer avec les produits dans le cadre de ses activités professionnelles. Cette disposition pourrait donc concerner les travailleurs de terrain actifs dans les domaines de la prévention et de la RdR (voir ci-dessous).

Ces deux dispositions ne s'appliquent notamment pas à l'acquisition ou détention de médicaments obtenus de manière légale, ni aux activités des pharmaciens dans les limites de leurs impératifs professionnels.

- 3) L'autorisation de particulier⁶⁰ a été élaborée spécifiquement pour les substances GBL (précurseur du GHB) et 1,4-butanediol (précurseur du GBL) puisque, si ces substances font parfois l'objet d'usages détournés, il s'agit de produits d'usage commun⁶¹. Dès lors, le système normal d'autorisations d'activités, d'importations et d'exportations ne convient pas et un contrôle de la distribution et des déclarations des acheteurs n'est pas possible. Une telle autorisation est attribuée sous réserve que le particulier prouve que les substances sont destinées à un usage légal et qu'il n'y a pas d'alternative à celles-ci pour obtenir un même résultat.

DE L'INSÉCURITÉ JURIDIQUE

Les sanctions en cas d'infraction aux dispositions de l'arrêté royal sont celles prévues dans la loi de 1921.

L'arrêté royal de 2017 précise que l'obtention de produits au moyen d'une fausse prescription médicale ou tout autre moyen frauduleux est interdite. De plus, tout-e médecin, médecin-vétérinaire ou licencié-e en science dentaire qui prescrit ou achète une «quantité excessive» de médicaments, devra pouvoir en justifier l'emploi devant la Commission médicale de la circonscription administrative. La notion de «quantité excessive» n'est toutefois pas précisée et semble donc libre d'interprétation. Les praticien-ne-s prescrivant des traitements de substitution se trouvent dès lors dans une situation incertaine, chaque patient-e se voyant prescrire des quantités différentes et certain-e-s patient-e-s requérant parfois d'importantes

58 Les arrêtés royaux du 31 décembre 1930 et du 22 janvier 1998 transposaient déjà ces Conventions et sont abrogés par l'arrêté royal du 6 septembre 2017.

59 L'AFMPS est l'autorité compétente en matière de qualité, de sécurité et d'efficacité des médicaments et des produits de santé. Elle assure, en tant qu'autorité nationale compétente, les obligations qui incombent à la Belgique concernant le contrôle du commerce licite international en vertu des conventions de 1961 et de 1971.

60 Un particulier est défini par l'arrêté royal comme toute personne physique qui n'est pas un opérateur économique.

61 Ces produits sont en effet utilisés à grande échelle à des fins de production dans l'industrie (par exemple en tant que dissolvant pour les colles) et à moindre échelle par les particuliers (dans le cadre de constructions, par exemple).

quantités pour être stabilisé-e-s. Toutefois, le Roi n'est pas compétent pour limiter la liberté de prescrire des médicaments ; un recours a été déposé auprès du Conseil d'État.

Les autorisations d'utilisateur final devraient permettre la détention et le transport de substances illicites dans le cadre d'activités professionnelles, et ce, à des fins «scientifiques ou analytiques». Théoriquement donc, ces autorisations devraient permettre aux centres de testing de poursuivre leurs activités. Toutefois, la définition des fins «scientifiques ou analytiques» pourrait exclure les centres de testing. La notion de «fin scientifique» n'est en effet pas définie par l'arrêté royal de 2017, ni par le rapport au Roi ; la notion de «fin analytique» quant à elle, est définie par le rapport au Roi comme relevant des activités des laboratoires. La poursuite des programmes de testing n'est donc pour le moment pas garantie.

En ce qui concerne le cannabis, l'arrêté royal du 31 décembre 1930 classait les infractions liées à ce produit (sans nuisances publiques ni circonstances aggravantes) dans une catégorie qui correspond aux peines les plus basses dans la loi de 1921 modifiée par la loi du 4 avril 2003⁶². Il instaurait également des peines plus lourdes dans le cas où les délits liés au cannabis sont accompagnés de «nuisances publiques» (sans circonstances aggravantes), une notion toutefois jugée floue. L'arrêté royal du 6 septembre 2017 abroge l'arrêté royal de 1930 et instaure des mesures semblables. Ainsi, il renvoie aux peines les plus légères de la loi de 1921 pour les infractions liées au cannabis «pour l'usage personnel» et précise toutefois que des peines plus lourdes⁶³ seront exécutées lorsque les infractions sont commises dans un établissement pénitentiaire, une institution de protection de la jeunesse ou un établissement scolaire, sur la voie publique ou en tout lieu accessible au public, et sans circonstances aggravantes telles que définies par la loi de 1921 (article 2 bis).

Cependant, la notion d'«usage personnel» de cannabis, telle que proposée dans l'arrêté royal de 2017, est parfaitement floue, jugent le secteur spécialisé et l'avis du Conseil d'État. En effet, l'arrêté royal ne se prononce pas sur la quantité de cannabis qu'un individu peut détenir mais définit l'usage personnel comme «un critère intentionnel, comme un élément moral de l'infraction, par définition subjectif mais inhérent à toute infraction pénale». L'appréciation de la quantité de cannabis autorisée et de l'intention de l'utilisateur serait donc laissée à l'appréciation de l'appareil policier et judiciaire (police, procureur-e, parquet, etc.).

Plus encore, ce nouvel arrêté royal rend incertaine la poursuite de la tolérance quant à la culture d'un plant de cannabis femelle et la détention de trois grammes de cannabis maximum par individu⁶⁴. En effet, d'une part, l'arrêté royal rappelle la loi de 1921 et réitère que «Nul ne peut importer, exporter, transporter, fabriquer, produire, détenir, vendre ou offrir en vente, fournir, délivrer ou acquérir, à titre onéreux ou à titre gratuit, des produits, sans autorisation d'activités préalablement accordée par le Ministre ou par son délégué pour le lieu où se déroulent les activités.» ; d'autre part, l'arrêté royal ajoute que «la culture de plants de cannabis, de plants de coca et de plants de l'espèce *Papaver somniferum* L. est interdite et ne peut être autorisée.». La culture d'un plant femelle pourrait dès lors ne plus être autorisée, et par là même, les cannabis social clubs (Fédito Bruxelles, 2017).

Interpelé le 18 octobre 2017 à la Chambre des représentants par M. André Frédéric (Parti socialiste), le ministre de la Justice, M. Koen Geens, n'a guère contribué à dissiper le brouillard de l'insécurité juridique, affirmant à la fois que la tolérance envers le cannabis était toujours d'actualité (celle-ci pouvant être suspendue en fonction d'impératifs locaux) et que le Gouvernement appliquait la politique de tolérance zéro dans l'espace public, conformément à l'accord de Gouvernement⁶⁵.

62 Nous invitons chaleureusement le lecteur ou la lectrice à lire le chapitre 1.1.7 de notre rapport 2017 qui fait le point sur le cadre légal du cannabis en Belgique avant l'arrêté royal du 6 septembre 2017.

63 C'est-à-dire un emprisonnement d'une durée allant de 3 mois à un an et/ou une amende de 1.000 à 100.000 euros (hors index, qui s'élève à 8 en 2017).

64 Une tolérance instaurée par 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 du 25 janvier 2005 et la Directive ministérielle relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites du 16 mai 2003, qui n'ont pas la même force que la loi de 1921 ou l'arrêté royal de 2017.

65 <http://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/54/ic756.pdf>

UNE SOLUTION À LONG TERME ?

En premier lieu, l'arrêté royal de 2017 renferme un défaut de mise en application. En effet, la description des substances prohibées requiert, de la part du système policier et judiciaire (notamment des magistrat·e·s et le parquet), des connaissances scientifiques permettant de déchiffrer les schémas moléculaires des substances prohibées et d'identifier les produits effectivement interdits.

Ensuite, les motivations de l'arrêté royal du 6 septembre 2017 soulignent toute l'importance de freiner la mise sur le marché de (nouvelles) substances dangereuses, au nom de la santé publique. Les NPS ont toutefois les mêmes défauts (quoique parfois exacerbés) que les drogues dites «traditionnelles» : leurs production, trafic et bénéfices sont aux mains des organisations mues exclusivement par le profit ; leur composition est bien souvent inconnue ou inexacte, et potentiellement dangereuse ; et l'utilisateur est souvent mal informé de ce qu'il consomme et des risques liés. Et si toutes les NPS ne sont pas forcément dangereuses sur le plan sanitaire, certaines peuvent toutefois engendrer un risque d'intoxication grave voire de décès pour plusieurs raisons :

- Leur profil pharmacologique et toxicologique est souvent inconnu (la dose active, la dose toxique, les effets, leur durée, les interactions avec d'autres produits, les contre-indications, ...). De plus, ces produits sont vendus en ligne sans notice d'utilisation, vu qu'ils ne sont *soi-disant* pas destinés à la consommation humaine ;
- Ces produits sont synthétisés puis éventuellement reconditionnés en dehors de tout contrôle sanitaire. Il existe donc un risque important et avéré d'erreur d'étiquetage, de dosage variable et approximatif, de mélange de molécules ou encore de contamination bactérienne. Ce risque est plus important lorsque les produits sont reconditionnés avant d'être revendus (comme c'est le cas par exemple avec les produits de type «Spice») ;
- Ces substances font courir des risques supplémentaires au consommateur lorsqu'elles sont vendues sur le marché noir à la place de drogues classiques sans que l'utilisateur en soit informé. Dans ce cas, le danger est particulièrement important lorsque les effets et le dosage ne correspondent pas à ceux de la drogue attendue ;
- Elles sont souvent consommées dans un contexte de polyconsommation, ce qui augmente les risques de *bad trip* ou de surdose, en particulier lorsque l'utilisateur ne connaît pas la composition, le dosage, les effets, les contre-indications et les interactions médicamenteuses des produits.

Si la classification générique s'inscrit sans nul doute dans une noble perspective d'efficacité législative, elle poursuit cependant le dessein prohibitionniste de la loi de 1921 et ne retire en aucun cas le monopole du trafic de drogues illicites des mains des organisations criminelles. Ce qui ne fait que prolonger le *statu quo* :

- Les NPS (et les drogues «traditionnelles») vont continuer à circuler, que leur statut soit légal ou non, et à profiter à l'économie souterraine et criminelle aux dépens de la santé des usagers et de la population générale. Elles continueront d'autant plus à circuler qu'une grande partie des NPS sont achetées par internet (y compris le *darknet*) et envoyées aux usagers par colis postal ;
- Les usagers vont continuer à consommer, sans davantage savoir ce qu'ils consomment, comment ils doivent consommer et en quelle quantité, quels effets ils peuvent attendre du produit et comment ils peuvent réduire les risques liés à la consommation de drogues ;
- L'usage(r) de drogue est toujours criminalisé, ce qui implique deux problèmes majeurs : les programmes de prévention, de promotion de la santé et de RdR ne sont pas suffisamment développés, soutenus et financés par les autorités publiques, alors qu'ils sont indispensables à la santé publique ; l'accès aux soins, à l'information et aux outils de RdR est handicapé par la stigmatisation des usagers, la peur des sanctions pénales et judiciaires, le manque de moyens humains et financiers, et l'assimilation des usagers problématiques par l'appareil pénitentiaire.

La diffusion exponentielle des NPS souligne, si cela était encore nécessaire, l'échec de la «guerre contre les drogues». Les ressources et l'ingéniosité de marché illégal des drogues sont sans pareil dès lors qu'il s'agit de contourner la loi et de générer plus de bénéfices.

La nature marchande du marché des drogues, dont le caractère criminel pourrait presque être secondaire, suppose que son existence et sa pérennité reposent sur sa capacité à engendrer du profit. Les intérêts du marché ne résident pas dans la bonne santé des usagers, la baisse de la prévalence de l'usage ou celle

de l'âge du premier usage, ou encore le développement des programmes de prévention et de RdR (voir le chapitre 1.4.7 pour un état des lieux de la légalisation du cannabis).

1.1.6. LE PLAN D' ACTIONS ANTI-DROGUES DE L' UNION EUROPÉENNE

L'Union européenne (UE) s'est dotée d'une Stratégie antidrogue pour la période 2013-2020. Celle-ci est mise en œuvre grâce à deux plans d'actions consécutifs (2013-2017 et 2017-2020). En 2017, le plan 2013-2017, ainsi que la Stratégie ont été évalués. Sur base de ces évaluations, l'UE a présenté le plan 2017-2020 le 15 mars 2017.

La Stratégie antidrogue de l'UE s'articule autour de deux domaines d'actions : la réduction de l'offre de drogues et la réduction de la demande de drogues ; elle développe également trois thèmes transversaux : la coordination, la coopération internationale et la recherche, l'information, le suivi et l'évaluation.

En termes de réduction de la demande, le plan 2017-2020 poursuit notamment les objectifs suivants⁶⁶ :

- Prévenir l'usage de drogue et retarder l'âge de la première consommation, en tenant compte des spécificités des populations à risque (facteurs sociaux et culturels, l'âge et le genre), des risques liés à la situation des personnes (migration et demande d'asile, milieu festif, milieu de la rue, conduite sous influence, lieu de travail) et des risques liés aux individus eux-mêmes (santé mentale, contexte familial, génétique, développement psychosocial). Le nouveau plan met notamment l'accent sur l'échange de bonnes pratiques destinées aux jeunes et sur la prévention auprès de ces derniers. Il souligne également l'importance d'informer et de prévenir l'abus de médicaments psychoactifs ;
- Renforcer l'efficacité des traitements et de la réinsertion sociale des usagers problématiques, en portant une attention particulière aux communautés vulnérables (détenu-e-s, LGBT⁶⁷, jeunes, migrant-e-s et réfugié-e-s, travailleuses et travailleurs du sexe, sans-abris, les personnes séropositives ou vivant avec le SIDA), aux questions de genre, aux usagers vieillissants, et à la polyconsommation (y compris le tabac). Le plan 2017-2020 se prononce pour un meilleur accès aux services de RdR, notamment les programmes d'échange de seringues, les traitements de substitution aux opiacés et les programmes de délivrance de naloxone à emporter à domicile. L'UE souhaite également identifier et surmonter les obstacles à l'accès au traitement contre l'hépatite C ;
- Intégrer des approches fondées sur la coordination, les bonnes pratiques et la qualité dans les actions de réduction de la demande.

En ce qui concerne la réduction de l'offre, les objectifs du plan sont :

- Renforcer la coopération et la coordination en matière de répression au sein de l'UE ;
- Renforcer la coopération judiciaire et la législation au sein de l'UE. Les États membres sont notamment invités à adopter et appliquer des alternatives aux sanctions coercitives, dont les mesures éducatives, les (suspensions de peines avec) traitements, les suspensions d'enquête ou de poursuite et la réinsertion sociale. Le plan encourage également les États membres à développer la dimension relative aux Droits fondamentaux, afin de contrebalancer la répression et promouvoir la réinsertion. Enfin, l'UE recommande l'adoption de mesures législatives à même de répondre à l'émergence, l'usage et la rapide propagation des nouvelles drogues de synthèse (NDS) ;
- Répondre efficacement aux tendances actuelles et émergentes dans le domaine des activités liées aux drogues illégales. En particulier, il s'agit d'identifier les réponses stratégiques afin d'appréhender le rôle des nouvelles technologies de communication dans la production, le marketing, l'achat et la distribution des drogues illégales, y compris les NDS.

⁶⁶ Nous mettrons l'accent sur les principales modifications apportées au plan d'actions. Le plan est disponible dans sa intégralité à l'adresse suivante : https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/eu-response-to-drugs/20170315_evaluation_communication_en.pdf

⁶⁷ Lesbiennes, gays, bisexuel-le-s et transgenres.

La dimension «coordination» du plan comprend d'une part la coordination politique au sein de l'UE et le partage d'informations entre ses membres, et, d'autre part, la coordination à l'intérieur des États membres, entre les différents départements et ministres ayant des compétences en matière de drogues.

L'angle de la «coopération internationale», quant à elle, consiste à intégrer la Stratégie antidrogue de l'UE à sa politique étrangère et à améliorer sa cohésion avec les Nations-Unies (avec notamment l'implémentation des recommandations du document final de l'UNGASS 2016)⁶⁸.

En termes d'information, recherche, monitoring et évaluation, les principales modifications du plan portent sur la mise en place de recherches visant à mettre en lumière le lien entre le trafic de drogues et a) le financement des groupes et activités terroristes, b) le trafic de migrant·e·s et c) la traite d'êtres humains. Elles encouragent également la production d'analyses portant sur l'usage des drogues au sein de la population générale, mais aussi au sein des publics vulnérables. L'UE souhaite enfin que l'impact des différents modèles politiques en matière de cannabis en Europe et à l'international soit étudié.

Certaines actions transversales du plan méritent d'être soulignées, notamment l'échange de bonnes pratiques, le développement des programmes de RdR, la valorisation du rôle de la société civile dans l'élaboration des politiques publiques nationales et internationales en matière de drogues, ou encore l'attention portée aux publics vulnérables et aux problématiques liées au genre.

LA SOCIÉTÉ CIVILE EUROPÉENNE CONDAMNE LA BELGIQUE POUR SA POLITIQUE DROGUES⁶⁹

Le *Civil Society Forum on Drugs in the European Union* (Forum de la société civile) a condamné, le 5 décembre 2017, l'État belge pour le non-respect de ses engagements européens. En effet, l'État belge a adopté, sans consultation ni information de la société civile, un Arrêté royale le 6 septembre 2017 redéfinissant les contours des politiques drogues en Belgique (voir chapitre 1.1.5).

Or la Belgique a ratifié le plan d'actions anti-drogues 2017-2020 de l'UE, selon lequel elle s'engage à assurer la participation de la société civile dans les processus décisionnels en matière de politique drogues.

L'absence de consultation de la société civile entraîne des dispositions problématiques. L'Arrêté royale place en effet les professionnels prescrivant les traitements de substitution, les services spécialisés et les usagers de drogue dans une situation d'insécurité juridique.

Le Plan d'action et la Stratégie antidrogue de l'UE s'inscrivent cependant dans un cadre prohibitionniste qui considère le consommateur de drogues illicites comme un criminel⁷⁰.

La criminalisation des usagers, parce qu'elle implique et engendre la stigmatisation et l'exclusion de ceux-ci, entrave l'accès aux programmes de RdR, de prévention et de soin. Les professionnels psycho-médico-sociaux non formés à cette problématique peuvent en effet avoir des réactions de rejet vis-à-vis des usagers de drogues. Ces derniers peuvent également intérioriser ces mécanismes de marginalisation et de stigmatisation, et dès lors s'auto-exclure de programmes pourtant essentiels à leur bien-être et à leur santé et indispensables, notamment, à la lutte contre la propagation de certaines maladies infectieuses.

68 United Nations General Assembly Special Session (Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations-Unies) 2016, dont le document final adopté par les États membres est résumé dans notre rapport 2016.

69 <https://feditobxl.be/fr/2017/12/communiqu-e-de-presse-societe-civile-europeenne-condamne-belgique-politique-drogues/>

70 Notons toutefois que l'UE invite fortement les États membres à proposer et appliquer des mesures alternatives à l'emprisonnement pour les usagers problématiques.

1.1.7. LES CHANGEMENTS LÉGISLATIFS EUROPÉENS DU 15 NOVEMBRE 2017 VISANT À APPORTER UNE RÉPONSE PLUS RAPIDE À LA PROBLÉMATIQUE DES NOUVELLES DROGUES DE SYNTHÈSE

Face à un marché des NPS toujours plus important et à l'apparition exponentielle de nouvelles substances dangereuses pour la santé, l'Union européenne a décidé de renforcer sa capacité de détection et de réaction. Le 15 novembre 2017, le Parlement européen et le Conseil ont donc adopté une directive qui inclue les NPS dans la définition des «drogues» de la Décision-Cadre portant les dispositions minimales des éléments constitutifs des infractions pénales et des sanctions applicables dans le domaine du trafic de drogue du 25 octobre 2004 (*minimum provisions on the constituent elements of criminal acts and penalties in the field of illicit drug trafficking*).

Le Parlement européen et le Conseil ont également adopté un règlement visant à améliorer le système d'alerte précoce européen (voir chapitre 4) et à accélérer le processus d'évaluation des risques des NPS et de leur interdiction légale (EMCDDA, 2017a).

Ce règlement introduit une nouvelle procédure dont les délais sont réduits et qui entend rationaliser et accélérer la collecte des données et les procédures d'évaluation des risques. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) conserve son rôle de monitoring des NPS signalées par les États membres ; il examine en profondeur toute nouvelle substance qui comporte un risque et remet son rapport à la Commission européenne. Cette dernière a alors deux semaines pour demander une évaluation des risques potentiels liés à la NPS, qui est rédigée dans un délai de six semaines. Sur base de cette évaluation, la Commission propose (ou non) d'interdire ladite substance ; le Conseil européen et le Parlement ont à leur tour deux mois pour manifester leur (dés)accord. Enfin, les autorités des États membres disposent de six mois (au lieu de douze) pour interdire la NPS identifiée sur leur territoire par décision législative.

1.2. RÉGION BRUXELLOISE

1.2.1. LES PRIORITÉS POLITIQUES BRUXELLOISES EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ, PRÉVENTION ET AIDE AUX PERSONNES

LA DÉCLARATION DE POLITIQUE GÉNÉRALE 2018 DE LA RBC ET DE LA COCOM

Le Ministre-Président du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM) et du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale (RBC), M. Vervoort, a joint ses déclarations de politiques régionale et bicommunautaire et les a présentées au Parlement bruxellois le 26 octobre 2017.

Le Plan santé bruxellois (PSB) devrait apporter de nombreux éléments en matière de prévention et la COCOM aura principalement un rôle de coordination des politiques bruxelloises.

En matière de santé mentale, la COCOM travaille en collaboration avec les autres entités fédérées et le Fédéral afin de renforcer les équipes mobiles de soins psychiatriques au sein d'un réseau unique et cohérent sur l'ensemble du territoire bruxellois (Réseau Psy 107).

La COCOM ayant hérité de l'organisation de la 1^{ère} ligne de soin, elle compte lancer une réforme qui vise une meilleure adéquation aux besoins de la population bruxelloise, en partant des dispositifs déjà existants. Un coordinateur a été engagé au sein de l'administration de la COCOM afin de mener des consultations auprès du secteur, et ce, dans la perspective d'élaborer un nouveau modèle plus efficace et plus en phase avec les besoins des Bruxellois.es. Ce nouveau modèle et le travail réglementaire en lien devraient être réalisés en 2018.

La Déclaration ne fait pas référence aux assuétudes, ni à la mise en place de salles de consommation à moindre risque, contrairement à celle de l'année précédente. Les matières liées aux drogues et assuétudes font cependant partie du Plan Global de Sécurité et de Prévention de la RBC (voir chapitre 1.2.2).

LA DÉCLARATION DE POLITIQUE GÉNÉRALE 2018 DE LA COCOF

Le 19 octobre 2017, la Ministre-Présidente du Collège de la Commission communautaire française (COCOF), Mme Laanan, a présenté au Parlement francophone bruxellois sa Déclaration de politique générale.

En matière de santé, le dispositif du nouveau Plan de promotion de la santé 2018-2022 devrait se concrétiser dès le mois de janvier 2018. Les indicateurs et modalités d'évaluation seront définis par l'Administration en concertation avec les services et acteurs du secteur.

Afin de favoriser la collaboration et les synergies avec les autres entités francophones, la COCOF pourra conclure des protocoles d'accord. Ceux-ci pourront concerner :

- Les données socio-épidémiologiques utiles à la politique de santé ou les programmes de médecine préventive (avec la COCOM) ;
- Une nouvelle procédure visant l'octroi d'espaces gratuits pour les campagnes de promotion de la santé ;
- L'articulation du Plan de promotion de la santé ;
- Le suivi du groupe de travail en lien avec le protocole «prévention», notamment en matière de tuberculose, de santé sexuelle, de nutrition et de dépistage des cancers.

La Ministre-Présidente a également déclaré que les mécanismes du Décret de promotion de la santé pourraient *in fine* s'étendre aux services ambulatoires, dans la perspective, d'une part, d'articuler actions de promotion de la santé et ambulatoires, et, d'autre part, de mieux répondre aux besoins identifiés et à leur évolution. Les synergies avec les réseaux de promotion de la santé seront d'ailleurs favorisées par la procédure d'agrément des réseaux ambulatoires pour 2018-2020.

La santé des personnes détenues bénéficiera d'une plus grande attention. La COCOF prévoit de mettre en place un projet pilote, parallèlement au Plan de promotion de la santé, dont l'objectif est de mieux orienter les détenu-e-s ayant une consommation de drogues problématique vers les services ambulatoires, lors de leur sortie de prison.

Concernant la santé mentale, la COCOF entend poursuivre le renforcement des équipes des services à destination des enfants, adolescent-e-s et jeunes adultes.

1.2.2. LE PLAN GLOBAL DE SÉCURITÉ ET DE PRÉVENTION 2017-2020 DE LA RBC

La 6^{ème} Réforme de l'État a renforcé les compétences des Régions en matière de politiques de prévention et de sécurité. C'est dans ce cadre que la Région de Bruxelles-Capitale (RBC) a décidé de créer un nouvel Organisme d'intérêt public (OIP) baptisé «**Bruxelles Prévention & Sécurité**» par l'Ordonnance du 28 mai 2015⁷¹. Ce Service autonome régional est directement sous l'autorité du Ministre-Président Rudi Vervoort et a notamment pour objectif «d'améliorer la concertation et la coordination des politiques en matière de sécurité» dans la RBC⁷².

«Bruxelles Prévention & Sécurité» inclut en son sein l'**Observatoire bruxellois pour la Prévention et la Sécurité** qui assure, depuis 2010, le suivi et l'évaluation des politiques en matière de sécurité et qui réalise des études thématiques à la demande.

Outre l'octroi des subsides de prévention aux communes et l'affectation des Fonds «Sommet européen», l'une des principales missions de ce nouvel OIP est de rédiger le **Plan global de sécurité et de prévention** (PGSP). Découlant directement du Plan national de sécurité 2016-2019⁷³, le plan global se concrétise sur la période 2017-2020 et sert de cadre de référence stratégique aux différents plans zonaux et locaux.

LE PLAN BRUXELLOIS DE PRÉVENTION ET DE PROXIMITÉ

Le Plan bruxellois de prévention et de proximité (2016-2019) fait partie intégrante du Plan global de sécurité et de prévention. Il s'agit d'un appel à projet quadri-annuel destiné aux communes bruxelloises pour soutenir le développement de projets répondant à cinq axes prioritaires :

- La prévention de la polarisation⁷⁴, ainsi que la prévention et la lutte contre la radicalisation ;
- La présence visible et rassurante dans les espaces publics, en ce compris les transports en commun ;
- La médiation des conflits dans les espaces publics ;
- La lutte contre le décrochage scolaire ;
- La prévention et la lutte contre les assuétudes⁷⁵.

Approuvé en février 2017 par le Gouvernement de la RBC⁷⁶, le Plan fixe les priorités régionales en matière de prévention et de sécurité, en collaboration avec la police fédérale, les Communes et les zones de police, comme le stipule l'Accord de majorité 2014-2019 de la RBC⁷⁷.

71 Ordonnance du 28 mai 2015 créant un organisme d'intérêt public centralisant la gestion de la politique de prévention et de sécurité en RBC.

72 Déclaration de politique générale Du gouvernement de la Région de Bruxelles-capitale, 15/10/2014.

73 Le Plan national de sécurité est décrit dans notre rapport 2016.

74 La polarisation désigne un processus de renforcement des oppositions entre différents groupes dans une société donnée à un moment donné.

75 Note concernant le Plan bruxellois de Prévention et de Proximité 2016-2019 du Ministre-président Rudi Vervoort, 12/01/2016

76 Communiqué de presse «Un premier plan de sécurité pour la région bruxelloise» du 2 février 2017 sur le site officiel du ministre Rudi Vervoort.

77 Gouvernement de la RBC, Projet d'accord de majorité 2014-2019 (juillet 2014).

Le PGSP est composé de cinq objectifs transversaux :

- L'image, le monitoring et l'évaluation ;
- La formation des acteurs de la prévention et de la sécurité ;
- L'approche de sécurité intégrée ;
- La communication et la sensibilisation ;
- L'accompagnement des victimes et des auteurs.

«DROGUES ET ASSUÉTUDES»⁷⁸

L'une des dix thématiques-phare du PGSP concerne les «Drogues et assuétudes». Le plan considère à la fois les produits psychotropes licites et illicites dont l'usage comporte des risques et peut conduire à une dépendance. Les pratiques de consommation sont envisagées dans leur pluralité, tantôt ponctuelles, récréatives ou expérimentales, tantôt abusives ou nuisibles pour la personne ou son entourage.

Le plan se présente comme relevant avant tout de la santé publique. Il revendique la complémentarité entre les acteurs et une politique davantage globale et intégrée dont le focus sera, d'une part les usagers et la demande de drogues par des programmes de prévention, et d'autre part l'offre, le commerce, la production et la vente.

Concernant les usagers et les personnes à risques, le plan entend mettre l'accent, de manière équivalente, sur la prévention, la détection et l'intervention précoce, la réduction des risques, le soin, la postcure et l'intégration sociale. Pour cela, une attention particulière sera portée aux approches «bas seuil» et la RBC s'engage à plaider auprès du fédéral pour modifier l'article 3 de la loi de 1921⁷⁹ afin de permettre la mise en place de dispositifs répondants aux réalités actuelles (notamment les projets de distribution de traitement par diacétylmorphine de type TADAM ou d'autres dispositifs expérimentaux⁸⁰).

Le PGSP prévoit notamment le financement d'un projet de centre intégré à très bas seuil d'accès (confié aux asbl Transit, Médecins du Monde et Projet Lama) et l'augmentation de l'accès au logement pour les usagers de drogue.

Les priorités du plan en matière de réduction de la demande sont :

- Dissuader la consommation de drogues et la consommation nocive d'alcool ;
- Retarder la première consommation de drogue et/ou d'alcool jusqu'à la majorité ;
- Réduire les risques liés à la consommation d'alcool et/ou de drogues ;
- Offrir des soins et de l'accompagnement de qualité aux personnes présentant un problème lié à l'alcool et/ou la drogue.

Dans cette perspective, la Région a décidé de créer une structure dont le rôle sera de favoriser les synergies entre les structures locales actives en matière de prévention des assuétudes. Un programme de réinsertion professionnelle des usagers précarisés et désinsérés sera également développé. Enfin, des projets d'emploi à la journée seront mis en place afin de favoriser une insertion socio-professionnelle progressive des usagers de drogues.

La priorité en matière de répression ne sera pas mise sur les consommateurs de drogues illicites. Au contraire, la RBC entend favoriser les peines et mesures alternatives à l'emprisonnement pour les consommateurs n'ayant commis aucun autre délit. Les efforts policiers et judiciaires se concentreront sur :

78 Plan Global de Sécurité et de Prévention de la RBC ; URL : <http://www.veiligheid-securite.brussels/sites/default/files/Plan%20GVPP%20Frans.pdf>

79 L'article 3 de la loi de 1921 statue que toute structure ou individu facilitant l'usage de substances illicites, en procurant un local ou par tout autre moyen, sera puni.

80 On peut évidemment penser aux salles de consommation à moindre risque (SCMR) dont la RBC se montre fervente défenseuse. Le PGSP ne se prononce cependant pas clairement sur le sujet, étant donné l'absence de consensus politique. Au sujet des SCMR, voir chapitre 1.4.1.

- L'offre, le commerce et la vente ;
- La production à échelle professionnelle (en particulier le cannabis, les drogues synthétiques et les nouvelles substances psychoactives) ;
- L'importation et l'exportation de cocaïne et de précurseurs des drogues synthétiques ;
- L'approvisionnement des marchés locaux.

En matière de prévention, le PGSP propose 3 mesures :

- Renforcer la prévention générale, sélective et ciblée dans différents milieux de vie, notamment en renforçant le travail de rue, en créant un dispositif d'accompagnateurs sociaux mobiles, en constituant un répertoire des structures spécialisées en promotion de la santé et en prévention à l'attention des services non-spécialisés, et en renforçant les programmes de réduction des risques ;
- Développer la formation des acteurs de la prévention, de la sécurité et de l'aide à la jeunesse ;
- Sensibiliser les consommateurs, notamment les jeunes, en mettant en place un module d'éducation à la RdR et à la vigilance face à l'offre en matière de psychotropes (tout particulièrement l'alcool, le cannabis et l'achat sur internet), et en soutenant les programmes de promotion de la santé à l'école.

Concernant la réduction de l'offre, plusieurs mesures sont développées, notamment :

- Veiller au respect des restrictions légales concernant la disponibilité de l'alcool pour les mineur·e·s et dans les magasins de nuit ;
- Soutenir la mise en place d'un plan d'action permettant la détection rapide et l'identification des producteurs de cannabis sur le territoire de la RBC ;
- Favoriser la récupération du matériel usager afin de limiter les risques de transmission virale ;
- Simplifier et harmoniser les procédures d'accès au droit à l'aide médicale urgente pour les usagers de drogue et les personnes en séjour irrégulier ;
- Mettre en place un projet de type TADAM.

Enfin, la RBC souhaite renforcer et mettre en réseau les équipes de recherche bruxelloises actives dans le domaine des drogues, afin notamment d'orienter les politiques en ces matières. Elle entend également améliorer la connaissance des produits en circulation en renforçant le projet d'analyse des produits psychotropes.

LA MISE EN ŒUVRE DU PGSP

Des groupes de travail thématiques se réunissent afin de discuter de l'opérationnalisation des mesures et du calendrier à suivre. Ils établissent également les indicateurs qui permettent le suivi de l'évolution de la situation. Ces groupes de travail réunissent des personnes issues des différents administrations et organismes régionaux, de certains services fédéraux, communautaires et d'autres Régions, des communes, de la police intégrée, du parquet et du secteur associatif. Chaque groupe est associé à un membre du personnel de l'OIP Bruxelles Prévention & Sécurité.

Le Conseil Régional de sécurité (CORES) se réunit plusieurs fois par an et assure le suivi politique de la mise en œuvre du PGSP, en présence des 19 bourgmestres bruxellois·es.

Un comité de coordination de la prévention et de la sécurité est également créé au sein de Bruxelles Prévention & Sécurité, réunissant le personnel de l'OIP, des représentant·e·s des acteurs/opérateurs institutionnels ou associés de la prévention et de la sécurité, ainsi que des expert·e·s externes désigné·e·s par le Gouvernement bruxellois sur proposition du Conseil Régional de sécurité. Le comité de coordination prépare en amont les travaux du CORES.

LES ENJEUX

Un enjeu récurrent, inhérent à la mise en place de politiques publiques, est bien évidemment la coordination entre les différentes autorités politiques. Les compétences en matière de prévention et de sécurité, notamment concernant les drogues et assuétudes, relèvent de plusieurs niveaux de pouvoir. Il est indispensable, afin d'assurer une certaine cohérence politique, de mettre en place des modalités de coordination entre le PGSP de la RBC, la COCOF, la FWB et le pouvoir fédéral. L'articulation, aussi, avec le

Plan santé de la COCOM reste encore inconnue (voir chapitre 1.2.4). Le Ministre-président Rudi Vervoort a juste précisé que la concertation avec la COCOF avait eu lieu lors de l'élaboration du PGSP (grâce à la participation de la Fédito bruxelloise agréée par la COCOF) et qu'elle se poursuivra avec la mise en œuvre du PGSP⁸¹.

Il faut reconnaître au PGSP certaines qualités, notamment sa position vis-à-vis de la modification de la loi de 1921, la formation des acteurs, et de la mise en place de projets du type TADAM. Et, même s'il n'est pas question de sortir du modèle prohibitionniste, le PGSP met l'accent sur la prévention et la réduction des risques plutôt que sur la répression des usages et des usagers de drogues illicites, et promeut le développement d'alternatives à l'emprisonnement.

1.2.3. LA CRÉATION DE L'OIP BRUXELLOIS «IRISCARE»

Les accords de la Sainte-Emilie ont avalisé la création d'un nouvel organisme d'intérêt public (OIP) chargé d'accueillir les matières touchant à la santé, au handicap, aux personnes âgées et aux allocations familiales.

Institué au sein de la COCOM, cet organisme est chargé de piloter la mise en œuvre de la politique bicommunautaire de la santé et de l'aide aux personnes. Il a également pour mandat de définir les conditions d'octroi des financements.

La COCOM est compétente pour les mesures directement applicables aux personnes sur le territoire bruxellois, c'est-à-dire les matières personnalisables. Les autres entités, quant à elles, justifient leurs compétences à l'égard des institutions. Toutefois, la COCOM est également compétente pour les institutions bruxelloises qui ne peuvent être considérées comme exclusivement de l'une ou l'autre communauté linguistique.

Un avant-projet d'ordonnance avait été approuvé en 1^{ère} lecture par le Collège en octobre 2014. Le texte avait ensuite été examiné par le Conseil économique et social de la RBC (CESRBC), dont l'avis avait été rendu public en septembre 2015. Celui-ci soulignait notamment la nécessité d'une plus grande concertation entre entités fédérées en matière de santé, d'aide aux personnes et de prestations familiales (CESRBC, 2015).

En novembre et décembre 2015, le cabinet du Président du Collège, Rudi Vervoort, a organisé la consultation de 79 associations actives dans les secteurs des hôpitaux, des mutuelles, des maisons de repos/personnes âgées, des institutions liées au traitement des personnes présentant un handicap, des allocations familiales et de la 1^{ère} ligne de soins de santé.

Le 8 mars 2017, M. Vervoort a présenté le projet d'ordonnance portant sur la création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales (baptisé «Iriscare») devant l'Assemblée réunie de la COCOM qui l'a adopté. L'Ordonnance a ensuite été sanctionnée par le Collège réuni le 23 mars 2017.

La création d'Iriscare permet à la COCOM de se saisir et d'opérationnaliser les nouvelles compétences sociales et de santé qu'elle a reçues suite à la 6^{ème} Réforme de l'État.

Le nouvel OIP est donc compétent en matière de politique de santé, politique familiale, politique des personnes handicapées, politique du troisième âge et les prestations familiales.

Selon l'ordonnance du 23 mars 2017, Iriscare est géré par trois organes, chacun étant composé de deux groupes linguistiques :

- Un comité général de gestion ;
- Un conseil de gestion «prestations familiales».
- Un conseil de gestion «santé et aide aux personnes» ;

81 Présentation du Plan global de sécurité et de prévention de la Région de Bruxelles-Capitale, Rapport fait au nom de la commission des Affaires intérieures, Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale, 07/03/2017, URL : <http://weblex.irisnet.be/data/crb/doc/2016-17/132233/images.pdf>.

Iriscare comporte également des commissions techniques.

Le nouvel OIP devrait être opérationnel et le transfert des compétences parachevé pour janvier 2019⁸². D'ici là, un contrat de gestion devra être conclu entre le Collège réuni et le nouvel OIP⁸³. Le contrat de gestion fixe les règles et les conditions spéciales dans le cadre desquelles l'OIP exerce ses missions. Il comprend notamment :

- La description des tâches remplies par l'OIP dans la perspective d'accomplir les missions qui lui sont confiées dans le cadre de l'Ordonnance du 23 mars 2017 ;
- Ses objectifs quantitatifs et qualitatifs ;
- Les engagements concrets de l'OIP en termes de services rendus au public, de gestion des ressources et de moyens à mettre en œuvre afin d'atteindre ses objectifs et échéances ;
- Les modalités pratiques de mise en œuvre et de suivi du contrat de gestion.

Un rapport sur l'exécution du contrat de gestion est annuellement rédigé par le Comité général de gestion, ainsi que deux commissaires du Collège réuni, à l'attention de ce dernier.

LE COMITÉ GÉNÉRAL DE GESTION

Le comité général de gestion est l'organe faîtière d'Iriscare. Il assure la cohérence générale (notamment budgétaire) entre les branches de l'organisme et définit les politiques transversales de l'organisme. Il négocie également le contrat de gestion, gère l'administration courante de l'OIP, répartit les ressources entre la branche «santé et aide aux personnes» et la branche «prestations familiales» et suit l'évolution des dépenses sur la base des données communiquées par les conseils de gestion des branches.

Le Collège réuni soumet tout avant-projet d'ordonnance ou d'arrêté concernant le fonctionnement ou la structure d'Iriscare à l'avis du comité général de gestion.

Le comité général de gestion se compose de :

- 5 représentant·e·s du Collège réuni (qui siègent lors de la fixation du budget des missions et les comptes de gestion des missions d'Iriscare) ;
- 5 représentant·e·s des organisations représentatives des travailleurs salariés au niveau interprofessionnel ;
- 5 représentant·e·s des organisations patronales et des organisations représentatives des travailleurs indépendants au niveau interprofessionnel ;
- 5 représentant·e·s des organismes assureurs ;
- 5 représentant·e·s des prestataires (dont un·e représentante des CPAS et un·e représentant·e des gestionnaires d'établissement de soins) ;
- 3 représentant·e·s des organisations familiales ;
- 3 représentant·e·s des caisses d'allocations familiales.

La nature des votes (consultatifs ou délibératifs) change selon les matières traitées.

LE CONSEIL DE GESTION DES PRESTATIONS FAMILIALES

Le Conseil de gestion des prestations familiales, quant à lui, est chargé de proposer les orientations de politique générale au Collège réuni (à son initiative ou à la demande de ce dernier) et de formuler des propositions de budget liées aux allocations familiales. Il a pour rôle d'informer et de conseiller le Collège réuni sur la politique mise en œuvre ou à mettre en œuvre, ainsi que sur les enjeux qui y sont liés. Il contrôle aussi les organismes de paiement. Enfin, il approuve les normes de contrôle des caisses d'allocations familiales et suit la gestion du paiement des prestations familiales par la direction Paiement de l'Office qui fait office d'opérateur public de paiement.

82 Compte rendu intégral de l'Assemblée réunie de la COCOM du 21 juin 2017.

83 Ordonnance portant sur la création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales du 23 mars 2017.

Il se compose de :

- 2 commissaires du Collège réuni ;
- 5 représentant-e-s des organisations représentatives des travailleurs ;
- 5 représentant-e-s des organisations d'employeurs et des classes moyennes ;
- 5 représentant-e-s des organisations familiales ;
- 5 représentant-e-s des caisses d'allocations familiales.

LE CONSEIL DE GESTION DE LA SANTÉ ET DE L'AIDE AUX PERSONNES

Le Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes détermine les orientations de politique générale en matière de santé et d'aide aux personnes. Il approuve les conventions de revalidation élaborées par les commissions techniques. Le Conseil adresse également des avis au Collège réuni (à son initiative ou à la demande de ce dernier) et propose au Conseil général le budget santé et le budget d'aide aux personnes. Il a pour rôle d'informer et de conseiller le Collège réuni sur la politique mise en œuvre ou à mettre en œuvre, ainsi que sur les enjeux qui y sont liés. Enfin, il adopte les conventions de revalidation et détermine les ressources des organismes assureurs, les programmations et les politiques de prix.

Il est composé de :

- 2 commissaires du Collège réuni ;
- 3 représentant-e-s des organisations représentatives des travailleurs (voix consultative sauf en matière d'aide à la personne pour laquelle ils ont voix délibérative) ;
- 3 représentant-e-s des organisations d'employeurs et des classes moyennes (voix consultative sauf en matière d'aide à la personne pour laquelle ils ont voix délibérative) ;
- 9 représentant-e-s des organismes assureurs (voix délibérative) ;
- 9 représentant-e-s des prestataires (voix délibérative).

LES COMMISSIONS TECHNIQUES SECTORIELLES

Les commissions techniques sectorielles rendent des avis techniques au Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes, de leur propre initiative ou à la demande du Conseil. Ces commissions seront le lieu d'expression des besoins du terrain.

Elles se composent en nombre égal de représentant-e-s des organismes assureurs et de représentant-e-s des organisations représentatives des professions ou des établissements, services et institutions intéressés.

L'ordonnance prévoit la création de 4 commissions techniques :

- «Accueil et prise en charge des dépendances», dont les compétences comprennent les maisons de repos et maisons de repos et soins, l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, les centres de court séjour et centres de soins de jour, l'aide à domicile, la coordination de l'aide et des soins à domicile, et l'assurance autonomie ;
- «Santé mentale», qui est compétente pour les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitations protégées, et le secteur ambulatoire de santé mentale ;
- «Prévention et première ligne de soins», compétente en matière de services intégrés de soins à domicile, de soins palliatifs (à l'exclusion de la plateforme soins palliatifs), des réseaux locaux multidisciplinaires, d'assuétudes (en particulier le sevrage tabagique), de mesures de prévention (en particulier la vaccination) ;
- «Personnes handicapées».

Les assuétudes sont une matière transversale et concernent dès lors 2 commissions : la commission «Santé mentale» et la commission «Prévention et 1^{ère} ligne de soins».

LE COLLÈGE DES COMMISSAIRES

Parallèlement à ces organes, un Collège des commissaires est formé et envoie siéger les commissaires du Collège réuni en fonction des thèmes et sujets abordés au sein des Conseils de l'OIP.

LE SERVICE DE CONTRÔLE BUDGÉTAIRE, D'AUDIT ET DE MONITORING

La mise en place d'un Service de contrôle budgétaire, d'audit et de monitoring permet d'avoir un audit permanent des dépenses liées aux missions de l'Office ; pour cela, le Service de contrôle communique régulièrement aux commissions techniques et aux Conseils de gestion, au Comité général de gestion et aux membres du Collège réuni, l'évolution des dépenses et des volumes liés aux missions de l'Office.

Il peut également fournir des analyses techniques sur l'impact de nouvelles initiatives, de conventions ou de toutes mesures soumises aux Conseils de gestion.

LES ENJEUX

L'un des principaux enjeux du transfert de compétences et de la création de nouveaux OIP en Wallonie et à Bruxelles est d'assurer la cohérence des politiques de santé, des aînés et des personnes handicapées entre les différentes entités régionales et communautaires, à la fois sur le territoire bruxellois et au-delà. La mise en place d'organes ou de protocoles propices à l'entente et à la coordination entre l'ensemble des entités compétentes est donc essentielle. Le ministre Rudi Vervoort a déclaré que le plan de promotion de la santé de la COCOF et celui de la Région flamande seront mis en coordination avec le Plan de santé bruxellois.

Aussi, des accords de coopération avec les autres entités fédérées et le fédéral devront être conclus afin d'assurer la libre circulation des usagers et la continuité des soins.

La répartition des compétences est également un enjeu central. En effet, les compétences en matière de santé sont réparties entre l'administration centrale de la COCOM et Iriscare. Cette répartition correspond à la distinction classique entre l'aspect régalien des matières (c'est-à-dire la gestion ou la planification, la politique générale, la coordination, l'agrément, le financement des structures et le contrôle) et leur aspect paritaire (c'est-à-dire les prestations financières liées à des patient·e·s ou bénéficiaires) ; le premier revenant à l'Administration, le second à Iriscare. La maîtrise du budget est une responsabilité partagée par les deux parties, la gestion paritaire s'évertuant à corriger tout dépassement de budget (sauf accord de l'exécutif). Les politiques de prévention, de 1^{ère} ligne et de santé mentale sont gérées par l'Administration de la COCOM. Le cadre structurel de la 1^{ère} ligne reste également aux mains de l'Administration. Les prestations aux patient·e·s, par contre, sont de la compétence d'Iriscare ; les politiques en matière de 1^{ère} ligne seront toutefois élaborées sur base d'un double avis, celui d'Iriscare et celui des organes consultatifs de la COCOM (c'est-à-dire le Conseil consultatif et l'Observatoire de la santé et du social)⁸⁴.

La répartition des compétences entre Iriscare et l'Administration est assez complexe pour être soulignée. Et cela pose plusieurs questions ; d'abord, une telle complexité mériterait qu'un organe soit désigné pour trancher les conflits de compétences, ou en tout cas que des accords clairs de répartition des compétences soient conclus, ce qui n'est pas encore le cas. Ensuite, l'organe en charge de la caisse d'allocations familiales (fonction opératrice) sera le même que celui chargé d'en élaborer les règles (fonction régulatrice). La responsabilité d'établir les modalités de prévention des conflits ne sera toutefois pas externalisée puisque l'Ordonnance prévoit que ce soit le règlement d'ordre intérieur qui arrête ces modalités.

L'Ordonnance de création d'Iriscare contient certains principes de collaboration entre Iriscare et l'administration de la COCOM. Notamment, ils seront tous deux localisés dans un même bâtiment ; ensuite, certains services pourront être prestés par l'un des organes pour le compte de l'autre (moyennant rétribution). Ainsi, Iriscare pourrait déléguer ses missions d'inspection et de contrôle à l'Administration, et celle-ci pourrait déléguer des tâches opérationnelles (par exemple : traduction, logistique de bureau,

84 Session extraordinaire de l'Assemblée réunie de la COCOM du 8 février 2017, au sujet du projet d'Ordonnance portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales.

etc.). L'Ordonnance prévoit également la possibilité qu'Iriscare et l'Administration constituent un service commun⁸⁵.

Certaines problématiques soulevées par les représentant·e·s de l'Assemblée réunie du 8 février 2017 restent en suspens. Notamment, **l'équilibre entre les pouvoirs exécutifs et législatifs** ne serait pas tout à fait respecté : en effet, si l'Assemblée réunie peut contrôler les membres du Collège réuni, elle ne peut pas contrôler Iriscare. Aussi, **l'évaluation de l'OIP** et de sa collaboration avec l'Administration n'est pas définie dans l'Ordonnance ; Rudi Vervoort a toutefois déclaré que celle-ci se fera à l'occasion des rapports d'activité d'Iriscare. Cette déclaration a d'ailleurs suscité des réactions hétérogènes au sein de l'Assemblée réunie. Enfin, certain·e·s représentant·e·s ont exprimé leur inquiétude quant à la place qu'auront les **représentant·e·s d'usagers** au sein des organes de l'OIP. Si Rudi Vervoort a confirmé que la Ligue des familles sera bien présente dans le Conseil de gestion des prestations familiales, la présence d'autres organisations d'usagers n'est pas encore garantie⁸⁶.

1.2.4. LE PLAN DE SANTÉ BRUXELLOIS DE LA COCOM

La Déclaration de Politique Régionale 2014-2019 de la Commission communautaire commune (COCOM) avait pour ambition d'élaborer un Plan santé bruxellois (PSB). Une large concertation a donc été lancée en vue d'élaborer ce plan, rassemblant les représentant·e·s des acteurs de terrain, les associations de patient·e·s, les organismes assureurs et les partenaires sociaux. Les ministres bruxellois·es et les ministres en charge de la santé dans les autres entités politiques sont également concerté·e·s.

Les travaux sont menés par les Membres du Collège réuni compétents en matière de santé, soutenus par l'administration de la COCOM et par l'Observatoire de la Santé et du Social.

Le Plan devrait intégrer trois objectifs fondamentaux :

- L'amélioration de l'accessibilité aux soins sur le plan géographique, social et financier ;
- L'appropriation efficace des matières transférées par la 6^{ème} Réforme de l'État ;
- La création d'une politique cohérente de santé, impliquant une coordination avec l'ensemble des entités politiques compétentes.

L'élaboration et la mise en œuvre du PSB devraient s'inscrire dans une approche centrée sur les besoins des usagers/patient·e·s et respectueuse de la multiculturalité, et dans un travail de transition numérique et de décloisonnement entre les secteurs (et notamment entre le social et la santé)⁸⁷.

Dans un premier temps, le ministre Didier Gosuin avait déclaré que le PSB serait présenté durant l'année parlementaire 2016-2017. Toutefois, il avait annoncé en octobre 2017 que le plan serait finalement opérationnalisé et ses différents organes installés pour le début de l'année 2018⁸⁸. Une fois le texte rédigé, celui-ci sera soumis au Parlement et aux acteurs de terrain qui ont participé aux réunions de concertation en amont ; le plan sera ensuite finalisé au niveau du Gouvernement⁸⁹.

Selon M. Gosuin, la COCOM poursuivra les politiques déjà initiées en les intégrant au PSB. Notamment, concernant la politique menée en santé mentale, le PSB pourrait prévoir le renforcement du réseau des acteurs et du réseau de soins pour les adultes en souffrance psychologique (le réseau Psy 107⁹⁰).

85 *Ibidem*.

86 *Ibidem*.

87 Site officiel du Plan santé bruxellois, article du 11/05/2015, URL : <https://gezondheidsplansante.wordpress.com/>

88 Question orale de Mme Plovie à M. Vanhengel et M. Gosuin, Compte rendu intégral des interpellations et des questions, Assemblée réunie de la COCOM, Commission santé du 18/10/2017.

89 Question orale de M. Maron à M. Gosuin, Compte rendu intégral, Commission Santé de la COCOM du 26/10/2016.

90 Davantage d'informations sur la réforme Psy 107 sont disponibles dans notre rapport 2015.

Concernant, ensuite, le soutien aux acteurs de 1^{ère} ligne, la COCOM prévoit la mise en place d'une plateforme régionale d'appui à la 1^{ère} ligne. L'une des missions de cette plateforme sera d'établir et garder à jour une cartographie de l'offre de soins et d'aide sur le territoire bruxellois.

Chacune dans le respect de ses compétences en matière de santé, la COCOM et la COCOF devront créer des espaces de concertation afin d'assurer la cohérence entre les différents plans qu'elles élaborent et garantir la continuité des différentes politiques de santé sur Bruxelles (notamment le nouveau plan de promotion de la santé de la COCOF et le Plan Global de Sécurité et de Prévention de la RBC). M. Gosuin a d'ailleurs déclaré se concerter d'ores et déjà régulièrement avec Mme Jodogne⁹¹. Les entités bruxelloises gagneraient également à veiller à collaborer, étroitement et sur le long terme, avec les autres entités fédérale et fédérées afin de respecter la liberté de choix et de circulation des usagers.

1.2.5. LA RÉVISION ET ÉVALUATION DU DÉCRET AMBULATOIRE DE LA COCOF

Le décret dit «ambulatoire» de la COCOF et son arrêté d'application ont été adoptés en 2009. Ces textes législatifs établissent des procédures et des normes d'agrément pour de nombreux secteurs de l'action sociale, de la famille et de la santé⁹², et permettent la transversalité entre les secteurs du social et de la santé.

Le décret reconnaît et agrée également des organismes de coordination, ainsi que des organismes représentatifs. Il intègre l'organisation de sa propre évaluation, ainsi que la programmation des services sur base d'une cartographie de l'offre et des besoins.

L'ÉVALUATION ET LA RÉVISION DU DÉCRET

Le décret prévoit l'évaluation de sa mise en œuvre. Dans cette perspective, une première analyse a été menée en 2012 par l'Administration de la COCOF et la Direction d'Administration des affaires sociales et santé. Elle a dégagé une série de pistes d'actions qui serviront à adapter et réviser le décret⁹³ :

- L'harmonisation des rapports d'activités afin de favoriser la lisibilité de l'offre existante et son analyse transversale ;
- La reconnaissance et la clarification du rôle des coordinateurs des services ;
- L'usage de l'informatique comme outil de simplification administrative ;
- La simplification de la situation des services multi-agrésés ;
- La mise en place d'une récolte de données ;
- La clarification des spécificités des secteurs ;
- Le renforcement de la professionnalisation des services.

La révision du décret ambulatoire est toutefois un projet de longue haleine. Et, s'il a connu une première modification en juillet 2016, visant principalement la simplification administrative, sa modification en profondeur est programmée pour 2018. Cette deuxième phase de révision du décret portera notamment sur l'harmonisation des missions des différents secteurs. Le travail de réflexion au sujet des missions des services ambulatoires est mené en concertation entre les services de l'administration, les cabinets et l'Interfédération ambulatoire. Une note devra être présentée au gouvernement⁹⁴. Le gouvernement entend également viser la simplification et l'harmonisation des procédures de financement et de justification des subventions liées au personnel des associations, et ce, en concertation avec les secteurs concernés⁹⁵.

91 Question orale de Mme Plovie à M. Vanhengel et M. Gosuin, Compte rendu intégral des interpellations et des questions, Assemblée réunie de la COCOM, Commission santé du 18/10/2017.

92 C'est-à-dire : les services de santé mentale, d'action globale sociale, de planning familial, de toxicomanie, les maisons médicales, les services de médiation de dettes, la coordination de soins et de services à domicile, les soins palliatifs et continués, l'aide à domicile et les centres téléphoniques.

93 Compte rendu, Parlement francophone bruxellois, séance plénière du 10/07/2015.

94 Interpellation de M. Maron et de M. Colson à Mme Jodogne et Mme Fremault, Compte rendu, Parlement francophone bruxellois, séance plénière du 06/10/2017.

95 Interpellation de M. Maron à Mme Jodogne et Mme Fremault, Compte rendu, Parlement francophone bruxellois, séance plénière du 17/03/2017.

L'OUTIL DE PROGRAMMATION DE L'OFFRE

L'arrêté de 2009 établit que le Collège fixe (au moins tous les 5 ans) le nombre de nouveaux services qu'il peut agréer par secteur. Cette programmation implique l'analyse de l'offre existante et des besoins de la population, ainsi que la création d'un outil de programmation. En 2012, la COCOF a financé une étude préparatoire menée par l'ULB et l'École de Santé publique dans la perspective d'élaborer la programmation des services ambulatoires. L'étude proposait ainsi une analyse de l'offre de services, notamment en réalisant un cadastre des services ambulatoires, une analyse des métiers de l'ambulatoire, et une évaluation des besoins de la population. Une seconde étude a été menée par BDO Belgium en 2013-2014 afin d'élaborer les principes d'un outil de programmation des services ambulatoires, qui n'est cependant pas opérationnalisé. Toutefois, ces deux études n'ont pas abouti à l'établissement d'indicateurs permettant le recueil des données de l'ambulatoire, en particulier s'agissant de l'activité des services. Ces indicateurs étant un préalable nécessaire à la mise en œuvre d'un outil de programmation objectif, un nouveau marché public a été ouvert. Ce marché a été confié à PROTEIN et l'étude a été réalisée courant 2017⁹⁶.

L'étude vise à opérationnaliser les outils prévus par le décret et ainsi nourrir la réflexion au sujet de la programmation, en définissant :

- Le modèle standardisé du dossier individuel des bénéficiaires ;
- Le modèle standardisé du rapport d'activité annuel des services ambulatoires, afin de favoriser la simplification administrative ;
- Les données collectées et enregistrées par les services, ainsi que les modalités et procédures d'enregistrement et de transmission de ces données (Raedemaeker et Van Cutsem, 2012).

Selon le décret, la programmation doit tenir compte de l'offre existante et des besoins constatés d'un point de vue sociologique, géographique, socio-économique et épidémiologique. La COCOF a donc chargé l'étude de déterminer des indicateurs généraux et spécifiques, des indicateurs d'activité des services et des indicateurs relatifs au profil socio-économique des utilisateurs. Ces indicateurs doivent permettre la mise en place d'une base de données de l'ambulatoire, qui elle-même servirait de base à la mise en œuvre de l'outil de programmation.

Indicateurs généraux		
Sociologiques	Socioéconomiques	Épidémiologiques
<ul style="list-style-type: none"> • Croissance démographique • Vieillesse de la population • Proportion de personnes isolées et de familles monoparentales • Nombre de ménages sur une liste pour un logement social et nombre de logements sociaux • Évolution des nationalités étrangères les plus représentées à Bruxelles • Évolution du nombre de primo-arrivants à Bruxelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Évolution des taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale • Nombre et pourcentage de personnes vivant d'une allocation de chômage, d'invalidité ou d'aide sociale par classe d'âge • Coefficient de Gini • Revenu médian par déclaration fiscale • NEETs, c'est-à-dire les personnes qui ne sont ni étudiantes, ni employées, ni stagiaires (<i>Not in Education, Employment or Training</i>) • Proportion d'élèves en 1^{ère} année du secondaire avec au moins 2 ans de retard par commune de résidence 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de la population (de 15 ans et +) avec une mauvaise santé subjective • Évolution des taux d'invalidité pour le régime salarié • Évolution de la durée de séjour pour l'hospitalisation classique et nombre de lits d'hôpitaux justifiés et agréés • Nombre de médecins généralistes pour 10.000 habitants • Assuétudes (consommation de tabac et d'alcool) • Pourcentage de ménages qui indiquent avoir dû reporter des soins au cours des 12 derniers mois
<p><i>COCOF, Elaboration d'indicateurs contextuels, d'indicateurs d'activité de services, d'un rapport d'activité et d'un dossier individuel standardisé du bénéficiaire (2017)</i></p>		

96 *Ibidem.*

L'étude a également défini l'activité ambulatoire grâce à un système de référentiels, au nombre de cinq : l'accueil, la prévention (y compris la RDR), l'accompagnement, le soin et le travail de 2^{ème} ligne. Ce référentiel vise à simplifier et rendre cohérente la récolte d'informations relatives aux activités.

Le dossier individuel du bénéficiaire, quant à lui, sera composé des éléments suivants :

- Le travailleur de référence et la date d'ouverture du dossier ;
- Les données du bénéficiaire, mises à jour tous les 6 mois, telles que définies par les indicateurs socioéconomiques ;
- L'envoyeur, personne ou service ;
- Les activités réalisées par le service, selon le système de référentiel susnommé ;
- Les autres besoins identifiés non résolus par le service et qui nécessitent de faire appel à d'autres services ;
- Les commentaires utiles pour répondre aux besoins du bénéficiaire, communiquer en équipe ou travailler en réseau.

Une base de données pourrait être hébergée par la COCOF. Elle serait alimentée par chaque service, sur base d'indicateurs transversaux ; elle dépend toutefois de l'informatisation des services. Les données concernant les besoins globaux seraient quant à eux gérées par l'Administration. La ministre Mme Fremault précise également qu'il faudra être attentif à ce que les données déjà recueillies par les différents services - de leur propre initiative ou à la demande du fédéral - soient valorisées dans la base de données de la COCOF⁹⁷.

Enfin, si les liens de collaboration entre la COCOM (notamment le Plan Santé Bruxellois) et la COCOF sont essentiels à la cohérence des politiques en matière de santé sur le territoire bruxellois, ceux-ci n'ont pas encore été fixés⁹⁸.

1.2.6. LES POLITIQUES DE PROMOTION DE LA SANTÉ DE LA COCOF

Suite au transfert de compétences, la ministre en charge de la santé à la COCOF, Mme Cécile Jodogne, a opté pour la rédaction d'un nouveau décret de promotion de la santé. Adopté par le Parlement francophone bruxellois le 5 février 2016, et sanctionné par le Collège réuni de la COCOF le 18 février 2016, ce décret abroge celui de juillet 1997 qui organisait la promotion de la santé en Communauté française.

Le décret établit notamment les dispositions relatives au plan de promotion de la santé et à son évaluation⁹⁹. Il définit également les stratégies prioritaires du plan, à savoir : l'intersectionnalité, le travail en réseau, la participation des publics, la mobilisation communautaire, l'analyse partagée du territoire, la formation des relais professionnels et non professionnels, le travail de proximité avec des publics spécifiques dans leur milieu de vie et la mise en œuvre de politiques publiques transversales favorables à la santé.

Le plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022 du Gouvernement francophone bruxellois a été publié en juin 2017, aussitôt suivi par les appels à candidature (pour les services) et les appels à projets (pour les acteurs et réseaux) dont la date de remise était le 15 septembre 2017.

Le plan a été élaboré par l'Administration en concertation avec les services et les acteurs de la promotion de la santé, dans la perspective de «promouvoir la santé et [réduire] les inégalités sociales de santé en Région de Bruxelles-Capitale»¹⁰⁰. Il a ensuite été analysé et approuvé par l'Instance de pilotage, et enfin adopté par le Gouvernement francophone bruxellois.

97 Interpellation de M. Maron à Mme Jodogne et Mme Fremault, Compte rendu, Parlement francophone bruxellois, séance plénière du 17/03/2017.

98 *Ibidem*.

99 Le dispositif de promotion de la santé, les modalités d'évaluation et les enjeux liés aux politiques de promotion de la santé de la COCOF sont détaillés dans nos rapports 2015 et 2016.

100 Décret relative à la promotion de la santé de la COCOF du 18 février 2016.

Le Gouvernement prévoit de désigner les différents opérateurs (services et acteurs) financés dans le cadre de la promotion de la santé afin d'opérationnaliser le plan dès janvier 2018. Le plan opérationnel sera donc publié courant 2018, une fois l'ensemble des désignations réalisées par le Collège et intégrées au plan stratégique.

LE PLAN STRATÉGIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ 2018-2022 DE LA COCOF

La mise en œuvre du plan sera particulièrement attentive aux inégalités de santé basées sur le genre, à la vulnérabilité et la précarité de ses publics, à favoriser la participation des publics, à tenir compte et réduire les inégalités de santé, et à adopter le principe d'universalisme proportionné¹⁰¹.

En accord avec le Décret de promotion de la santé, le plan précise plusieurs éléments :

Les déterminants sociaux et environnements de la santé

La santé d'un individu est déterminée par un ensemble de facteurs favorables ou défavorables, tant en lien avec les modes de vie individuels, qu'avec le contexte socio-culturel, les conditions de vie et les conditions environnementales dans lesquels il évolue :

- Les conditions environnementales propices au bien-être et à la santé de la population, parmi lesquelles le plan souligne notamment la qualité de l'air ;
- Les conditions de travail, qui comprennent notamment les revenus, la pénibilité du travail, la précarité de l'emploi et l'épuisement professionnel ;
- Les conditions de vie et l'accès aux ressources, qui embrassent l'accès aux soins de santé, l'accès au logement, l'éducation (qui recouvre notamment la maîtrise de la langue orale et écrite et la littératie en santé, ainsi que le niveau d'étude), et l'accès à internet ;
- Les déterminants socio-culturels et les représentations conduisant à des discriminations et à la stigmatisation (liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, à la religion, à l'usage de drogues, aux lieux de vie, envers les personnes racisées, etc.) ;
- Les déterminants institutionnels et politiques (cadre réglementaire, politiques publiques, etc.) ;
- Les déterminants psychosociaux (dont les compétences psychosociales) ;
- Les déterminants liés aux modes de vie, qui recouvrent l'alimentation et l'activité physique, le surpoids et l'obésité, et la consommation problématique de drogues licites et illicites.

Les thématiques, objectifs stratégiques, stratégies et publics cibles prioritaires

Le plan définit comme publics prioritaires : les adolescent·e·s et jeunes adultes, les femmes (et leurs enfants), les personnes migrantes (en situation d'exil), les usagers de drogues licites et illicites, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleuses et travailleurs du sexe, les personnes vivant en rue et les personnes incarcérées¹⁰².

Il cible une série de territoires, de communautés et de milieux de vie privilégiés afin de les améliorer et de les utiliser comme ressources pour l'action : les milieux de vie des jeunes, les milieux de soin, le milieu festif, le milieu du sport, le milieu de la rue, le milieu carcéral et les milieux de vie virtuels.

Les deux objectifs généraux du plan sous-tendent un continuum d'actions et de stratégies :

- «Santé/bien-être» qui entend «favoriser les facteurs favorables à la santé», en agissant sur les déterminants de la santé. Les actions mises en place portent sur l'environnement social, physique et les ressources dont dispose un individu. Il s'agit de prendre en compte les besoins spécifiques des différents publics, d'adapter les services à ceux-ci dans les territoires et les milieux prioritaires ;

¹⁰¹ Le principe d'universalisme proportionné signifie que les actions universelles de promotion de la santé sont calibrées et mises en place selon les caractéristiques et les désavantages des différents groupes au sein de la population.

¹⁰² Le plan identifie également : les personnes en situation de précarité, les familles monoparentales, les personnes âgées et les enfants, et les personnes vivant avec une maladie chronique.

- «Santé/prévention» qui vise à «contribuer de manière ciblée à la prévention des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles», en intégrant les démarches de prévention primaire et de médecine préventive à l'approche de promotion de la santé.

Des objectifs transversaux et thématiques sont définis afin d'atteindre les objectifs généraux. Les objectifs transversaux veillent à ce que les principes fondamentaux de la promotion de la santé parcourent le plan et les actions mises en œuvre. Les objectifs thématiques, quant à eux, répondent aux thématiques-clés de l'un ou l'autre objectif général. Les objectifs transversaux sont :

- 1) Améliorer la qualité des interventions en promotion de la santé, en termes notamment de communication, de formation des acteurs et relais, de soutien à l'évaluation et de transfert de connaissances ;
- 2) Favoriser et promouvoir la «santé dans toutes les politiques». Il s'agit d'une part d'intégrer la dimension «santé» à l'ensemble des politiques publiques et d'estimer les impacts positifs ou négatifs de celles-ci sur la santé et le bien-être de la population ; d'autre part, il s'agit d'organiser la concertation entre la COCOF et les autres niveaux de pouvoir (fédéral, régionaux, communautaires, etc.) ;
- 3) Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre.

Les objectifs thématiques se déclinent comme suit :

- 1) Contribuer de manière ciblée à prévenir les maladies non transmissibles ainsi que les traumatismes, dont les priorités visent à :
 - a. Promouvoir et soutenir les environnements et comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation d'alcool et de tabac ;
 - b. Soutenir des démarches de santé mentale ;
 - c. Poursuivre les programmes de médecine préventive et le dépistage organisé des cancers ;
- 2) Contribuer de manière ciblée à prévenir les infections et maladies transmissibles, dont les priorités sont :
 - a. Contribuer à la prévention des infections sexuellement transmissibles dont le VIH et le VHC ;
 - b. Contribuer à la prévention et au dépistage de la tuberculose ;
- 3) Favoriser la santé (et donc le bien-être) des publics, sur des territoires et dans des milieux de vie spécifiques. Les priorités de cette thématique comprennent :
 - a. Favoriser et promouvoir la santé sexuelle ;
 - b. Prévenir l'usage de drogues licites (notamment l'alcool) et illicites et réduire les risques ;
 - c. Favoriser et promouvoir la santé au sein des divers milieux de vie des jeunes ;
 - d. Favoriser et promouvoir la santé en milieu carcéral ;
 - e. Favoriser et contribuer à promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité.

Les articulations avec les autres plans de santé bruxellois existants et les concertations et collaborations avec les autres acteurs et entités publiques

Dans le cadre de l'objectif transversal «favoriser et promouvoir la 'santé dans toutes les politiques'», la COCOF organise et participe à la concertation avec les autres entités, ministres et administrations fédéraux et fédérés ayant des compétences liées aux priorités du plan et qui ont des conséquences sur les déterminants de la santé (environnement, éducation, emploi, sécurité, sport, aide à la jeunesse, etc.).

Le plan prévoit notamment que la COCOF collabore avec l'Observatoire de la santé et du social de la COCOM à l'exploitation des données récoltées et disponibles. Un intercabinet «santé» en Région bilingue de Bruxelles-Capitale devrait également voir le jour, afin de construire des objectifs communs et les moyens de les atteindre.

Le plan précise également que la COCOF et l'intercabinet «santé» devront s'articuler avec les Conférences interministérielles (CIM) fédérales, la CIM intra-francophone visant la coordination des politiques d'intervention en lien avec le milieu carcéral, les concertations du Protocole de prévention du 21 mars

2016¹⁰³, le Plan Santé Bruxellois (PSB) et le Plan de lutte contre la pauvreté de la COCOM, ainsi qu'avec les autres intercabinets régionaux et communautaires. Aussi, la COCOF poursuit sa participation aux réunions et groupes techniques dans le cadre de la CIM Santé publique fédérale.

Enfin, le plan invite à créer des ponts avec le secteur de l'ambulatoire et le Décret «ambulatoire», notamment en matière de santé mentale et de médecine préventive. Toutefois les modalités d'une telle collaboration ne sont pas précisées.

Les modalités d'évaluation et de suivi du plan stratégique et opérationnel

Les modalités d'évaluation sont définies par ou pour les intervenant-e-s, et associe les publics concernés par les activités.

L'évaluation portera, dans un premier temps, sur le plan opérationnel et le degré de réalisation de ses objectifs et visera à répondre aux questions suivantes : Quelles sont les réalisations (activités, biens et services, matérielles ou immatérielles) produites dans le cadre des projets, programmes et missions financés ? Comment et en quoi ces réalisations ont-elles contribué à atteindre les objectifs visés par les projets ou programmes ? Et quels sont les éléments qui ont facilité ou freiné l'atteinte de ces objectifs ?

Les indicateurs quantitatifs et qualitatifs qui serviront à l'évaluation des réalisations et du plan seront définis, d'abord, par les opérateurs lors de la remise de leurs projets ou candidatures (septembre 2017), ensuite lors de concertations entre opérateurs pour dégager des indicateurs communs dans le cadre d'une même thématique (courant 2018), et enfin, par l'Instance de pilotage en collaboration avec le secteur, notamment les services de support et d'accompagnement, afin de déterminer une série d'indicateurs propres au secteur (toutes thématiques confondues) (fin 2018-2019). Ces derniers indicateurs pourront servir à l'évaluation du plan stratégique et du degré d'atteinte de ses objectifs.

Les données seront récoltées au moyen des rapports d'activités. Les canevas de ceux-ci, ainsi que les récoltes des données, seront développés et assistés par les services de support et d'accompagnement.

Dans un second temps, l'évaluation portera sur le plan stratégique et sera réalisée par l'Administration en collaboration avec les opérateurs et organismes piliers (2022-2023) ; elle participera à l'élaboration du plan stratégique 2023-2028.

LES ENJEUX DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN RÉGION BRUXELLOISE

La promotion de la santé, puisqu'elle agit sur les déterminants de la santé (dont font partie les inégalités sociales de santé), relève de plusieurs compétences politiques. Une priorité de promotion de la santé peut donc relever de plusieurs compétences. Les assuétudes, à titre d'exemple, conjuguent des compétences en promotion de la santé, en logement, en aide à la jeunesse, en sécurité, en prévention, en réduction des risques, en soins et en accompagnement. Il est donc nécessaire, afin de garantir la cohérence des politiques publiques et la liberté de circulation des usagers, d'organiser les articulations et les collaborations entre les différents ministères ayant des compétences relatives aux déterminants de la santé, et ce, non seulement au sein d'un même gouvernement, mais aussi entre tous les niveaux de pouvoir, qu'ils soient fédéral, régionaux ou communautaires.

La COCOF devra donc à la fois collaborer avec la COCOM et la RBC, d'une part, et avec la Région wallonne, le Gouvernement fédéral et la Fédération Wallonie-Bruxelles (en particulier l'Office de la Naissance et de l'Enfance), d'autre part.

Les ministres Cécile Jodogne, Didier Gosuin et Guy Vanhengel entendent mettre en place des mesures de gouvernance permettant une concertation interministérielle en matière de santé sur le territoire de la Région. Le nouveau Plan de promotion de la santé devra s'articuler avec le Décret «ambulatoire» de la COCOF et avec le PSB de la COCOM. Si les liens de collaboration avec le Décret «ambulatoire» sont inscrits

103 Protocole d'accord entre l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130 et de la Constitution 135 (c'est-à-dire les Communautés et Régions) en matière de prévention.

dans le Plan de promotion de la santé, leurs modalités ne sont toutefois pas encore précisées. Les mesures de gouvernance avec le PSB, quant à elles, seront décrites dans celui-ci¹⁰⁴.

L'avis émis par la section de promotion de la santé du Conseil consultatif bruxellois francophone en mars 2017 soulignent d'autres enjeux. D'abord, l'Administration devra veiller à ce que le calendrier de création et de démarrage du Plan ne nuise pas à la continuité des services et programmes, ni au maintien des emplois pendant la transition. Ensuite, la section a formulé des recommandations en matière d'évaluation : l'évaluation des projets, d'une part, devra certes porter sur les effets mais également sur les processus, et devra reposer sur des critères tant quantitatifs que qualitatifs. La section recommande donc une évaluation continue sur la base d'outils construits en concertation. L'évaluation du Plan, d'autre part, devra être co-construite avec les acteurs. La section invite à adopter plusieurs critères de qualité : la prise en compte des inégalités sociales de santé, la participation des publics et populations concernées, l'actualisation du plan en fonction des avancées et évolutions, et l'articulation du plan avec les autres plans et politiques s'appliquant sur le territoire bruxellois (Conseil consultatif bruxellois francophone, 2017).

1.2.7. LA PROPOSITION DE RÉOLUTION VISANT LA MISE EN PLACE DE «STÉRIBORNES» EN RÉGION BRUXELLOISE

Le 26 juin 2017, trois député·e·s de l'Assemblée de la COCOF ont déposé une proposition de résolution visant la mise en place de «StériBornes» en RBC : M. Uyttendaele (PS), M. Maingain (DéFI) et Mme Genot (Ecolo)¹⁰⁵.

La plupart des institutions internationales (Organisation mondiale de la santé, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Union européenne, Organisation des Nations-Unies) et des associations locales (Plan Drogues 2016-2019 et Plan bruxellois de Réduction des risques) soutiennent la mise en place de politiques de réduction des risques et de prévention du VIH et des hépatites B et C. Et cette politique passe notamment par la mise en place de bornes d'échange de matériel stérile d'injection, nommées «StériBornes» par ladite proposition de résolution.

Les StériBornes offrirait un service complémentaire aux structures déjà existantes, notamment parce qu'elles seraient accessibles de manière continue (7 jours sur 7, 24 heures sur 24), gratuite et anonyme. Les StériBornes permettent ainsi l'accès à une Stéribox¹⁰⁶, de deux manières différentes : soit grâce à un jeton spécifique, soit grâce à la remise de matériel usagé en échange du même matériel neuf et stérile.

La mise en place de ces StériBornes poursuit trois objectifs :

- Faciliter l'accès au matériel stérile d'injection, et ainsi diminuer l'incidence des risques infectieux liés à l'usage de drogue par injection ;
- Accompagner la dépendance pour ouvrir des opportunités de soins. Les StériBornes s'adressent autant aux usagers qui fréquentent déjà les comptoirs d'échange de seringues, qu'à un public d'usagers particulièrement marginalisés ou désaffiliés qui ne sont pas (ou ne veulent pas être) en contact avec les structures d'aide, de soin ou d'accompagnement. Les bornes d'échange se veulent en effet un lieu de rencontre et de prise de contact avec ce public spécifique, dans la perspective de mettre en place une stratégie d'accompagnement et de suivi, de soins médicaux généraux ou spécialisés, y compris l'assistance psycho-sociale ;
- Réduire les nuisances et l'insécurité. Il s'agit notamment de diminuer les risques sanitaires liés à l'abandon de seringues sur la voie publique pour les riverains et les professionnels responsables des tâches de propreté publique, de collecte et de ramassage.

104 Article «Un premier plan de promotion de la santé pour Bruxelles», de la ministre Jodogne pour *Education Santé*, n°336, septembre 2017, Url : <http://educationsante.be/article/un-premier-plan-de-promotion-de-la-sante-pour-bruxelles/>

105 Proposition de résolution visant à la mise en place de «StériBornes» en Région bruxelloise, Parlement francophone bruxellois, 26/06/2017.

106 La Stéribox est un kit d'injection complet. Il contient notamment : 2 seringues, 2 cupules, 2 filtres, 2 tampons secs post injection, 2 ampoules plastiques d'eau pour préparation injectable, 2 tampons alcoolisés et un mode d'emploi, ainsi que 2 doses d'acide ascorbique.

Les StériBornes doivent être facilement accessibles aux usagers, tout en étant discrètes. Idéalement, elles sont situées à proximité de pharmacies, de centres d'accueil de toxicomanes ou d'associations actives dans la prévention et la réduction des risques liés à la consommation de drogues. Ensuite, afin de faciliter leur implantation et acceptation auprès des populations avoisinantes, les projets de bornes d'échange font l'objet de campagnes d'information et de sensibilisation. Enfin, elles sont réparties de manière cohérente sur le territoire bruxellois, selon les pratiques et besoins des usagers.

L'Assemblée, dès lors, demande au Collège de la COCOF de :

- Mettre en place un dispositif de StériBornes réparti de manière cohérente en RBC ;
- Créer un comité de pilotage regroupant tout ou partie des associations actives, ainsi qu'une organisation représentative des pharmaciens que le Collège désigne ;
- Mettre en place des mécanismes permanents d'aide et d'assistance virtuelle pour les usagers des bornes ;
- S'assurer de l'organisation d'une permanence devant chacune des bornes au moins une fois par semaine ;
- Financer de manière adéquate le comité de pilotage afin qu'il puisse mener l'opérationnalisation, la gestion journalière et l'évaluation du dispositif, de même que former les différents publics concernés ;
- Transmettre à l'Assemblée un rapport d'évaluation annuel du dispositif. L'évaluation portera à la fois sur des critères quantitatifs et qualitatifs : nombre de Stéribox diffusées par borne (avec des critères de temporalité), profils de personnes fréquentant les bornes, leurs parcours de consommation et leur (ré-) inscription dans le tissu social, impact global du dispositif sur le quartier avoisinant.

Cette proposition de résolution a été renvoyée en Commission Santé lors de la séance plénière du Parlement francophone bruxellois du 20 septembre 2017.

1.3. RÉGION WALLONNE

1.3.1. LA DÉCLARATION DE POLITIQUE RÉGIONALE DU GOUVERNEMENT WALLON 2017

Avec la 6^{ème} Réforme de l'État, la Région wallonne (RW) a hérité d'un certain nombre de compétences du pouvoir fédéral en matière de santé : l'organisation de la 1^{ère} ligne d'aide et de soin, la prévention, le Fonds de lutte contre les assuétudes, les institutions de santé mentale¹⁰⁷, les infrastructures hospitalières, et certaines conventions de revalidation anciennement sous la responsabilité de l'INAMI. D'autres compétences en prévention viennent de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) : la promotion de la santé, le dépistage des cancers du sein et colorectal, la surveillance des maladies infectieuses et les politiques de prévention de la tuberculose.

Suite au changement de majorité au sein du Gouvernement wallon au début de l'été 2017, le nouveau Gouvernement a dévoilé le 25 juillet 2017 sa Déclaration de politique régionale (DPR) 2017.

Le Gouvernement, né d'une coalition MR-cdH, place ses priorités dans l'économie, l'emploi, le défi climatique et la cohésion sociale.

La RW a érigé la transparence comme un élément indispensable au renouveau démocratique et éthique. Le Gouvernement souhaite que les décisions prises soient transparentes, que le/la décideur·euse soit facilement identifiable, que les réglementations soient lisibles et que les dispositifs mis en place soient simples et contrôlés. Le nouveau Gouvernement entend également réduire les outils et organismes publics.

En termes de promotion de la santé, il prévoit que le Plan de prévention et de promotion de la santé soit finalisé et que la promotion de la santé en milieu carcéral reçoive davantage de moyens. La RW entend adopter «les politiques les plus efficaces» pour lutter contre la pauvreté, c'est-à-dire : permettre l'accès à l'emploi, l'accès à un logement, aux droits et à des soins de santé de qualité.

La lutte contre la pauvreté et l'extrême précarité reste une priorité pour le Gouvernement wallon. La DPR précise d'ailleurs que l'accès automatique aux droits existants sera un enjeu central dans l'organisation des administrations concernées, et ce, afin de prévenir les inégalités sociales. Afin de renforcer la dynamique de lutte contre la pauvreté, le Gouvernement escompte mettre en place un dispositif pilote de facilitateurs en prévention des inégalités sociales. Il est prévu que de nouvelles dispositions soient prises en matière d'aide alimentaire et de création d'abris de nuit additionnels, de places d'accueil d'urgence et au sein des maisons communautaires ; enfin, les projets «Housing first» devraient être multipliés. Les réformes concernant les allocations familiales, la réorganisation de la 1^{ère} ligne de soins et le secteur des maisons de repos entamés par le Gouvernement précédent devraient être poursuivies. En termes de lutte contre les discriminations, le Gouvernement prévoit de développer une politique volontariste d'égalité des genres ; le Plan Genre devrait être évalué et le Décret Discrimination revu, afin d'offrir une protection plus large au public cible étendu aux personnes malades, défavorisées, aux jeunes mères, aux personnes LGBTIQ¹⁰⁸, etc.

La DPR 2017 met essentiellement l'emphase sur les questions économiques et fiscales, passant assez succinctement sur les questions liées à la santé et à la promotion de la santé. La santé ne semble pas bénéficier ici d'une approche globale qui tiendrait compte de l'ensemble des déterminants de la santé, y compris la santé mentale, les mesures d'austérité, la lutte contre les inégalités, les allocations familiales, les politiques migratoires, l'exclusion du chômage, le logement, etc. Les modalités de collaboration entre les différent·e·s ministres ayant des compétences liées aux déterminants de la santé, au sein de la RW et au-delà, ou de collaboration avec les autres entités fédérées et le Gouvernement fédéral gagneraient à être développées.

107 Plus précisément la gestion des politiques de dispensation de soins de santé mentale dans les institutions de soins autres que les hôpitaux.

108 LGBTIQ : lesbiennes, gays, bisexuel·le·s, transgenres, intersexes, queer.

Enfin, les assuétudes sont les grandes absentes de la DPR, de même que la prévention et la RDR ; toutefois, depuis la DPR, la nouvelle ministre wallonne de la santé, Mme Gréoli, s'est prononcée sur plusieurs problématiques, notamment les salles de consommation à moindre risque (voir chapitre 1.4.1). Ses positions sur la mise en place de logements supervisés pour les usagers problématiques ou la délivrance de traitement de substitution par diacétylmorphine sont cependant encore incertaines.

1.3.2. L'AGENCE POUR UNE VIE DE QUALITÉ (AVIQ) : CONTRAT DE GESTION

Suite aux négociations entre l'Administration, les organes de gestion de l'AViQ (c'est-à-dire le Conseil général et les Comités de branche) et le pouvoir de tutelle, le Gouvernement wallon et l'AViQ ont signé le contrat de gestion de l'AViQ le 30 juin 2017¹⁰⁹. Celui-ci fixe les objectifs et priorités de l'Agence pour les cinq ans à venir¹¹⁰.

La mission générale de l'AViQ est de contribuer à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques de santé, du handicap et des familles du Gouvernement. L'Agence est donc responsable des politiques Bien-être et santé, Handicap et Familles.

L'AViQ devra également s'appropriier au fur et à mesure les compétences venues du fédéral et qui doivent encore faire l'objet de dispositifs décrets de la part du Gouvernement wallon, notamment la réforme du secteur des maisons de repos et de soins, la prévention et la promotion de la santé, la réforme de la politique de santé mentale, la réorganisation de la 1^{ère} ligne de soins, etc. L'Agence participera à la préparation des textes législatifs et à leur mise en application sur le terrain.

Le transfert progressif des compétences a été assuré par des protocoles de collaboration. L'AViQ exerce en effet les compétences du SPF Santé publique, de la FWB et du DGO5 SPW depuis le 1^{er} janvier 2016, et devrait exercer les compétences du SPF Sécurité sociale en 2018, et celles de l'INAMI et de Famifed en 2019.

Les objectifs stratégiques et opérationnels de l'AViQ se déclinent comme suit :

- 1) Assurer la continuité du service aux publics et la mise en place du transfert des compétences issues de la Réforme de l'État ;
- 2) Préparer, mettre en place, suivre et soutenir les réformes du Gouvernement ;
- 3) Soutenir le choix des personnes et l'autonomie et améliorer l'équité d'accès à l'information, aux soins, biens, services et droits avec une attention particulière pour les publics fragilisés :
 - Répondre aux besoins d'information des personnes quant aux droits et aux aides disponibles et notamment en matière de recours et de plainte ;
 - Assurer l'information, l'accès, la gestion, l'appropriation et la protection des données personnelles ;
 - Assurer des ressources financières aux enfants et aux familles ;
 - Proposer des solutions (services et aides) accessibles (géographique, financière, culturelle, physique, ...), adaptées et modulables ;
 - Favoriser le lien social, la participation sociale et/ou professionnelle ;
 - Favoriser une vie relationnelle, affective et sexuelle épanouissante ;
 - Permettre aux personnes de choisir le logement le plus adapté à leur projet de vie et à leurs besoins ;
 - Développer et soutenir les centres de référence et/ou de ressources ;
 - Développer des actions visant à soutenir les familles et les aidants proches ;
- 4) Favoriser la qualité de vie au domicile et au sein des services et établissements ;

¹⁰⁹ Question écrite de M. Prévot à M. Prévot «Le premier contrat de gestion conclu avec l'Agence pour une vie de qualité (AViQ)» du 11/07/2017.

¹¹⁰ Contrat de gestion de l'AViQ 2017-2022 entre le Gouvernement wallon et l'Agence pour une vie de qualité (AViQ), URL : <https://www.aviq.be/fichiers/Contrat-de-gestion-2017-2022-AVIQ.pdf>

- 5) Mettre en œuvre les Plans Transversaux Régionaux Intra francophones, Communautaires et Fédéraux, notamment en matière d'E-santé, de droits de l'enfant, la réforme des soins de santé mentale pour adultes, le plan de lutte contre la pauvreté 2015-2019, le plan intra-francophone 2015-2019 de lutte contre les violences sexistes et intra-familiales, ou encore le plan diversité et égalité ;
- 6) Donner, soit à la demande du Gouvernement, du Conseil général ou d'un Comité soit de sa propre initiative, un avis sur les matières ;
- 7) Mettre en place les outils de stratégie et de prospective :
 - Mettre en œuvre la direction de la recherche, de la statistique et de la veille des politiques ;
 - Réaliser un état des lieux de l'existant ;
 - Définir un Plan d'actions ;
 - Mettre en place des collaborations avec les acteurs wallons, belges de l'évaluation ;
- 8) Assurer une veille des développements de la politique de santé, de la politique du troisième âge, de la politique des personnes en situation de handicap, de la politique familiale et de la politique des prestations familiales aux niveaux régional et communautaire, fédéral et international, et formuler des propositions destinées à répondre aux enjeux à long terme qu'il identifie en rapport avec les politiques de l'Agence ;
- 9) Évaluer de manière qualitative et quantitative, dans une perspective de satisfaction des bénéficiaires et de réduction des inégalités, l'éventail des structures œuvrant dans le cadre des matières et formuler des propositions en vue du développement de ces structures ;
- 10) Partager l'expertise acquise avec les administrations et les partenaires ;
- 11) Développer une culture partenariale (opérateurs, services, bénéficiaires, partenaires sociaux) ;
- 12) Développer des collaborations entre les différentes branches de l'AViQ, construire des modes de gestion partagés et assurer une culture commune ;
- 13) Assurer la mise en place et le fonctionnement d'une nouvelle organisation proactive et agile.

De plus, afin de faire face aux enjeux actuels, ces différents objectifs devront porter, de manière transversale, une attention particulière à :

- La réduction des inégalités, et des discriminations ;
- L'amélioration de la santé pour tous ;
- L'inclusion de tous tout au long de la vie ;
- Le soutien aux personnes, aux familles et aidants proches ;
- Le maintien au domicile et les services y afférents ;
- La priorité pour les grands dépendants dans les services résidentiels ou de longue durée.

L'AViQ procède annuellement à l'évaluation de la mise en œuvre du Contrat de gestion et des actions d'exécutions. Le rapport annuel met en perspective les actions menées par l'Agence par rapport aux objectifs stratégiques poursuivis ; il examine l'état de la réalisation de ces objectifs grâce aux indicateurs détaillés dans le Contrat de gestion et une évaluation qualitative des actions de l'AViQ.

1.3.3. LA POLITIQUE WALLONNE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Suite à la 6^{ème} Réforme de l'État, les Régions ont hérité, en l'état, des décrets auparavant communautaires, relatifs aux compétences transférées. Les anciens décrets restent de vigueur jusqu'à ce que les Régions décident ou non de se les réapproprier. Ainsi, la Région wallonne (RW) travaille à l'élaboration d'un nouveau décret de promotion de la santé et de différents plans visant à améliorer la santé et l'accès aux soins des Wallon-ne-s.

LE DÉCRET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Le Gouvernement wallon a opté pour la rédaction d'un nouveau Décret de promotion de la santé, qui est en voie de finalisation et devrait être rendu public fin 2018¹¹¹. Ce décret organise le secteur et prévoit un plan de promotion de la santé. Le ministre Prévot a présenté au Gouvernement le volet «diagnostic» du plan en février 2017. Le volet opérationnel, quant à lui, était prévu pour la fin 2017.

D'ici à l'adoption du Décret et du nouveau plan, la période de stand-still, durant laquelle le Plan de promotion de la santé 2004-2008 de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) reste de vigueur, a été prolongé pour une année supplémentaire (c'est-à-dire jusqu'à la fin de l'année 2018).

LE PLAN DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

L'élaboration du nouveau Plan de prévention et de promotion de la santé s'inscrit dans le cadre politique de l'OMS pour la région européenne, baptisé Health 2020 et qui a reçu l'accord des 53 États membres en 2012.

L'ancien ministre wallon de la Santé, M. Prévot, s'était en effet prononcé en faveur du concept «Santé dans toutes les politiques» (*Health in all Policies*), conformément aux recommandations de l'OMS (2013). Le ministre avait annoncé son intention d'inclure ce concept dans le futur plan. Il avait ainsi souligné l'importance de créer des espaces de concertation avec les différentes autorités concernées par les problématiques de la promotion de la santé, notamment l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et les entités fédérale et fédérées. Le ministre s'était également prononcé en faveur du développement d'actions transversales et de la coopération entre les ministres dont les compétences sont connexes à la santé, et ce, afin d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé (sport, enfance, ...)¹¹².

La nouvelle ministre Mme Gréoli a annoncé que la FWB était impliquée depuis le début dans le comité d'accompagnement du projet. Elle a également précisé que des contacts ont été pris avec la COCOF et l'ONE afin de définir leur articulation avec la Région wallonne¹¹³.

Le Plan se divisera en deux parties et comprendra le Plan d'amélioration de la santé des Wallons et des Wallonnes, qui lui-même intègrera le Plan Nutrition-Santé.

La première partie du Plan : diagnostic de l'état de santé de la population wallonne

La première partie du Plan au Gouvernement a été présentée en février 2017. Celle-ci établit un diagnostic de l'état de santé de la population wallonne, un diagnostic à partir duquel les priorités et objectifs du plan ont été dégagés.

Notamment, le Plan identifie 5 objectifs stratégiques thématiques, ou axes d'actions prioritaires :

- La **promotion des modes de vie et des milieux de vie favorables à la santé**, qui comprend la promotion d'une alimentation équilibrée, la lutte contre la consommation excessive d'alcool et contre le tabagisme, la promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité ;
- La **promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global**, qui inclut à la fois la prévention du suicide, la prévention de l'usage addictif d'alcool et des autres substances psychoactives, ainsi que la confiance, l'estime de soi et le développement des life skills (compétences psychosociales liées à la vie quotidienne) ;
- La **prévention des maladies chroniques**, dont la prévention des maladies de l'appareil circulatoire, du diabète de type II et des maladies respiratoires, ainsi que la prévention des cancers ;
- La **prévention des maladies infectieuses**, y compris la politique de vaccination et les infections sexuellement transmissibles ;
- La **prévention des traumatismes non intentionnels et la promotion de la sécurité**¹¹⁴.

111 Question écrite de M. Lefebvre à Mme Gréoli «La finalisation du Plan de prévention et de promotion de la santé» du 24/10/2017.

112 Question orale de Mme Durenne à M. Prévot «Le programme de quinquennal de promotion de la santé», Compte rendu avancé de la Commission des travaux publics, de l'action sociale et de la santé du 26/01/2016.

113 Question écrite de Mme Trotta à Mme Gréoli «Le plan de prévention et de promotion de la santé» du 22/12/2017.

114 Question écrite de M. Prévot à M. Prévot «La promotion de la santé en Wallonie» du 06/03/2017.

Ces actions prioritaires déboucheront sur des mesures concrètes, qui seront présentées dans la deuxième partie du Plan et qui répondront à 11 objectifs stratégiques transversaux :

- **Promouvoir la santé dans toutes les politiques.** Prôné par l'OMS, le concept de «Santé dans toutes les politiques» implique que, théoriquement, chaque politique publique est évaluée afin d'estimer (et supposément minimiser voire supprimer) les impacts négatifs que son application pourrait avoir sur la santé. La RW souhaite également décloisonner les différentes compétences qui ont un impact sur les déterminants de la santé (logement, emploi, justice, enseignement, action sociale, environnement, etc.) et qui dépendent à la fois de ses compétences et de celles de l'entité fédérale et des autres entités fédérées. Ainsi, si les intentions du Plan sont évidemment dirigées vers les compétences de la RW, des protocoles de collaboration devront donc être établis avec les autres niveaux de pouvoir. Le Plan prévoit enfin que les impératifs de promotion de la santé et de réduction des inégalités fassent partie intégrante des processus de décision et de l'ensemble des activités des secteurs administratifs et ministériels ;
- **Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités sociales de santé.** La situation socio-économique d'un individu entrave son accès à la santé et, bien souvent, les personnes les plus précarisées et les plus vulnérables sont celles qui bénéficient le moins de l'accès aux soins de santé et de la médecine préventive. Le Gouvernement wallon souhaite dès lors à tous de développer et maintenir un bon état de santé, indépendamment de sa position socio-économique, de ses origines ou de ses caractéristiques personnelles ;
- **Favoriser l'accessibilité et veiller à une bonne couverture territoriale des actions de prévention et de promotion de la santé ;**
- **Veiller à l'efficacité des actions et instaurer une culture d'évaluation continue,** et ce, dans la perspective d'une utilisation efficace des ressources disponibles. L'évaluation sert à orienter, améliorer ou réorienter les actions, et devrait garantir la qualité de celles-ci. Les interventions proposées doivent être pertinentes et avoir fait preuve d'efficacité, selon le principe de *evidence-based public health* (les politiques publiques de santé dont l'efficacité et la faisabilité sont scientifiquement prouvées). Les données de santé doivent dès lors pouvoir être collectées, traitées et analysées grâce à un «système intégré de collecte et de traitement des données sanitaires». Les données ainsi récoltées soutiennent et inspirent la prise de décision, ainsi que le développement de nouveaux programmes ou actions ;
- **Intégrer les priorités de santé dans une approche selon le parcours de vie.** Une telle approche considère les multiples facteurs de protection et de risque qui interagissent et influencent la manière dont un individu évolue au sein de la société tout au long de sa vie. Ces facteurs de protection ou de risque ont notamment une influence sur la capacité à apprendre, à prendre part à la vie économique et sociale, à vivre sainement, etc. Les priorités de santé changent donc en fonction des tranches d'âge et prennent en compte le contexte social et historique, ainsi que les déterminants intergénérationnels de la santé. Les politiques de santé ont dès lors pour l'objet l'ensemble de la vie humaine, et non uniquement le traitement de besoins et de maladies spécifiques et ponctuels ;
- **Intégrer les priorités de santé dans une approche selon un continuum** promotion de la santé/ prévention des maladies/soins curatifs et réduction des risques/revalidation (accompagnement)/ soins palliatifs. Les patients doivent être approchés dans leur globalité. Pour cela, les différents professionnels et secteurs concernés devront développer des synergies et des actions coordonnées. Enfin, la participation des patients et de leurs proches est considérée comme primordiale ;
- **Renforcer l'action communautaire (bottom-up), promouvoir la participation citoyenne et l'empowerment** (autonomie). Les problèmes sociaux et sanitaires étant collectifs, l'ensemble des acteurs doivent prendre part à l'élaboration de solutions. Les individus sont acteurs de leur propre santé et prennent part à l'action communautaire ;
- **Développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel.** Ceux-ci favorisent en effet le décloisonnement des secteurs et des disciplines, la coordination des actions menées par les différents secteurs, la concertation afin de diffuser des messages cohérents, etc. La concertation se fera tant au

sein du milieu associatif qu'entre les différents niveaux de pouvoir ayant des compétences relatives aux déterminants de la santé ;

- **Créer des environnements favorables à la santé (milieu de vie).** La santé comprend en effet non seulement les soins, mais également un ensemble des déterminants de la santé, et donc les différents milieux de vie dans lesquels un individu évolue (la famille, l'école, le travail, etc.; les institutions pénitentiaires ne sont cependant pas évoquées¹¹⁵);
- **Inscrire la promotion de la santé dans une perspective durable.** Toute action peut être réorientée selon une grille d'analyse composée, d'une part, des trois piliers reconnus du développement durable (social/sociétal, économique et environnemental) et, d'autre part, des différentes composantes du système de santé (principalement prévention/promotion, soins et accompagnement). Ainsi, pour chaque intervention, la prise en compte de ces différentes dimensions sera vérifiée ;
- **Promouvoir l'innovation au service de la santé.** En cohérence avec le projet politique, les projets innovants doivent répondre à des besoins, ainsi qu'à certaines valeurs, et s'inscrire dans des problématiques prioritaires¹¹⁶.

La deuxième partie du Plan : Proposition de programmation opérationnelle

La deuxième partie du plan devait être présentée au Gouvernement à la fin de l'année 2017. Une proposition de plan opérationnelle a été rédigée fin 2017 puis transmise au cabinet de la ministre Gréoli. Elle doit exposer les objectifs chiffrés, leur budgétisation et mise en œuvre concrète¹¹⁷. Aussi, onze groupes de travail (GT) thématiques, pilotés par des expert·e·s universitaires (de l'ULB) mandatés par le Ministre wallon en charge de la santé, ont été organisés. En collaboration avec l'AViQ et des acteurs des différents secteurs concernés, ces GT avaient pour mission de définir les objectifs de santé généraux et spécifiques ainsi que les actions concrètes nécessaires pour les atteindre, et ce pour les thématiques suivantes :

- Promotion du bien-être et d'une bonne santé mentale ;
- Prévention de l'usage addictif d'alcool et d'autres substances psychoactives, cannabis, héroïne, psychotropes ;
- Prévention du suicide ;
- Diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires ;
- Cancers ;
- Vaccination et prévention des maladies infectieuses ;
- Infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Sécurité et prévention des traumatismes non intentionnels ;
- Personnes âgées, promotion et prévention pour le maintien à domicile et chutes ;
- Alimentation, activité physique et lutte contre la sédentarité, piloté par l'APES (Appui en promotion et éducation pour la santé de l'ULg ; voir infra) ;
- Lutte contre le tabagisme (piloté par le FARES - Fonds des Affections Respiratoires).

Deux GT ont été mis en place dans le courant de l'été 2017 : le GT «Alimentation» et le GT «Tabac». Les autres se sont réunis à trois reprises entre septembre et novembre 2017¹¹⁸.

Un comité de pilotage a également été constitué ; il est notamment composé d'expert·e·s des observatoires provinciaux de la Santé, d'expert·e·s ayant un ancrage local, d'expert·e·s universitaires, de représentant·e·s de la direction de la cohésion sociale, de représentant·e·s du secteur de la promotion de la santé, de l'AViQ et du cabinet. Une personne représentant la FWB a également été invitée. Le comité de pilotage est chargé d'analyser les productions des différents GT et base ses travaux sur celles-ci. Des sous-comités devaient également être formés afin de développer les objectifs transversaux du Plan, ils ont cependant été

115 Voir chapitre 1.4.4 sur la santé des détenu·e·s.

116 Question écrite de M. Prévot à M. Prévot «La promotion de la santé en Wallonie» du 06/03/2017.

117 Question écrite de Mme Trotta à M. Prévot «Le Plan de prévention santé à l'horizon 2030» du 22/02/2017.

118 Question écrite de Mme Pecriaux à Mme Gréoli «Le Plan de prévention santé à l'horizon 2030» du 11/09/2017.

annulés¹¹⁹. La proposition de plan et les conclusions de l'équipe d'expert·e·s universitaires et du comité de pilotage ont été présentés à la ministre fin 2017-début 2018.

Parallèlement au cours de l'année 2017, l'AViQ a mené un état des lieux des activités et des acteurs subventionnés par la RW en matière de prévention et de promotion de la santé. Le ministre Prévot avait également annoncé qu'une «vision de la répartition des budgets par thématique» serait analysée¹²⁰.

Les Protocoles d'Accord

Afin d'assurer la cohérence entre les politiques en matière de santé des différents niveaux de pouvoir, des consultations ont été régulièrement organisées avec Mesdames les Ministres Alda Gréoli (Ministre de la Culture et Vice-présidente de la FWB à l'heure de la déclaration du Ministre Prévot ; Ministre wallonne de la santé depuis juillet 2017), Marie-Martine Schyns (Ministre de l'éducation, FWB) et Cécile Jodogne (Ministre chargée de la santé, COCOF)¹²¹. De plus, des protocoles d'accord ont été et devraient être encore conclus entre l'État fédéral et les entités fédérées¹²².

Dans la perspective, également, de remplir l'objectif de «*Health in all Policies*», le Ministre Prévot avait pris contact avec ses homologues régionaux et communautaires afin qu'ils/elles collaborent à la construction du plan¹²³. Concernant les moins de 18 ans (pour lesquels la FWB est restée compétente), un protocole d'accord pourrait être conclu, notamment avec l'ONE. Un représentant de la FWB a d'ailleurs été invité au comité de pilotage susmentionné¹²⁴.

En ce qui concerne les 18-25 ans, M. Prévot avait pris contact avec le Ministre Jean-Claude Marcourt, compétent en matière d'enseignement supérieur en FWB ; la collaboration aurait tout particulièrement comme sujet l'axe «alimentation (qui comprend la consommation problématique d'alcool), activité physique et lutte contre la sédentarité» du plan¹²⁵.

Mme Gréoli a confirmé que des accords devraient être conclus avec la FWB, l'ONE et la COCOF¹²⁶.

LE PLAN DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ 2015-2019¹²⁷

Conformément à sa DPR 2014-2019, la législature précédente se donnait comme priorité la lutte **contre la pauvreté et les inégalités d'accès aux soins de santé** entre les différentes strates de la population ; cette volonté semble se poursuivre avec le nouveau Gouvernement wallon. Le plan de lutte contre la pauvreté 2015-2019 a été adopté par le Gouvernement wallon le 10 septembre 2015 et élaboré en concertation avec les acteurs du secteur, notamment avec le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté dans la définition des priorités du plan.

En matière de santé, le Gouvernement entend améliorer l'accès aux soins de santé pour l'ensemble de la population, et ainsi la santé des populations précarisées. En effet, en Wallonie, une partie de la population est contrainte, faute de moyens financiers suffisants, de reporter ou de renoncer à des soins de santé¹²⁸. Le plan constate également que les personnes les plus précarisées ont moins accès à la médecine préventive et aux services de santé mentale que la population générale.

119 *Ibidem*.

120 Question écrite de Mme Trotta à M. Prévot «Le Plan de prévention santé à l'horizon 2030» du 27/06/2017.

121 Question écrite de Mme Trotta à M. Prévot «Le Plan de prévention santé à l'horizon 2030» du 22/02/2017.

122 Un protocole d'accord a été conclu le 21 mars 2016 en matière de nutrition ; depuis lors, un groupe rassemblant des représentant·e·s du Fédéral et des entités fédérées se réunit régulièrement afin d'assurer la cohérence des politiques en cette matière (Protocole d'accord entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution en matière de prévention).

123 Question écrite de Mme Trotta à M. Prévot «Le Plan nutrition santé» du 18/01/2017.

124 Question écrite de Mme Pecriaux à Mme Gréoli «Le Plan de prévention santé à l'horizon 2030» du 11/09/2017.

125 Question écrite de Mme Trotta à M. Prévot «Le Plan de prévention santé à l'horizon 2030» du 22/02/2017.

126 Question écrite de Mme Trotta à Mme Gréoli «Le Plan de prévention et de promotion de la santé» du 22/12/2017.

127 Nous invitons le/la lecteur·rice à lire le chapitre 1.4.3. Les inégalités sociales de santé et l'usage de drogues.

128 En Wallonie, une personne interrogée sur cinq a déclaré avoir renoncé ou retardé des soins alors qu'elle en avait besoin en 2013 (Union nationale des mutualités socialistes, 2014)

À cette fin, le plan prévoit, entre autres :

- D'augmenter l'accessibilité des services de proximité, en soutenant l'installation de médecins généralistes dans les zones à pénuries, en développant les maisons médicales, et en informant mieux, d'une part, les acteurs de 1^{ère} ligne des réalités de vie des personnes précarisées, et, d'autre part, les populations fragilisées des possibilités de suivi médical ;
- D'augmenter l'accessibilité des publics précarisés aux dispositifs de médecine préventive, en adaptant les stratégies d'approche des publics cibles et en renforçant les programmes de dépistages gratuits ;
- D'améliorer l'accessibilité des publics précarisés aux services du secteur de la santé mentale ;
- De favoriser la transparence et le contrôle des tarifs dans la structure de soins, d'accueil et d'hébergement ;
- De soutenir une meilleure coopération entre les différents acteurs et lignes de soins, afin d'assurer la continuité des soins des personnes précarisées.

Le plan de lutte contre la pauvreté intègre également le **Fonds régional de cohésion sociale 2020-2025** (anciennement Plans de cohésion sociale). Enfin, l'une des mesures de ce Plan est notamment d'intégrer la dimension «lutte contre la pauvreté» au Plan Nutrition-Santé.

LE PLAN D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES WALLONS ET DES WALLONNES

La politique de promotion de la santé du Gouvernement wallon passera par la mise en place d'un plan d'amélioration de la santé des Wallons et des Wallonnes. Fin de l'année 2015, ledit plan était déjà en cours d'élaboration. Ce plan comportera lui-même le plan Nutrition-Santé. Le Gouvernement avait prévu de mettre l'année 2016 à profit et d'édifier ces nouveaux dispositifs afin d'intégrer la promotion de la santé dans les politiques de santé de la RW. Emettre des propositions de plans en collaboration avec les acteurs de la promotion de la santé doit d'ailleurs être l'une des premières missions du Conseil de Stratégie et de Prospective de l'AViQ¹²⁹.

Les plans d'amélioration de la santé des Wallons et des Wallonnes et Nutrition-Santé dépendent donc de la mise en place effective de l'AViQ, et plus particulièrement de ses organes de gestion et de consultation.

LE PLAN NUTRITION-SANTÉ

Dans le cadre de la 6^{ème} Réforme de l'État, la RW doit élaborer un Plan Nutrition-Santé. Celui-ci est intégré au Plan d'amélioration de la santé des Wallons et des Wallonnes, qui fait lui-même partie du Plan de prévention et de promotion de la santé.

Conformément au Plan de lutte contre la pauvreté (cf. supra), le Plan Nutrition-Santé intègre une dimension «lutte contre la pauvreté». Toutefois, étant donné que ce dernier est encore en cours d'élaboration, aucune action n'a encore été mise en place.

Le Plan Nutrition-Santé doit ainsi mettre le focus sur les personnes précarisées ou à risque de l'être. Pour cela, il établit des stratégies dont l'objet est l'information en matière d'alimentation et d'impact de celle-ci sur la santé. Le Gouvernement souhaite concrètement 1) sensibiliser les acteurs sociaux à la nécessité d'encourager les comportements alimentaires sains auprès de leurs usagers ; 2) mettre en place des ateliers sur les comportements alimentaires afin d'encourager une meilleure alimentation (techniques de cuisine, choix d'aliments sains, locaux, de saison).

Dans le cadre du Plan de prévention et promotion de la santé, l'APES (service communautaire de promotion de la santé de l'ULg), chargé de l'axe «alimentation, activité physique et lutte contre la sédentarité», a d'ores et déjà réalisé une série de travaux et mené des groupes d'impulsion par milieu de vie afin de dégager des mesures concrètes relatives à cette thématique. Le réseau de lutte contre la pauvreté a d'ailleurs participé à ces travaux et fait part de son analyse au sujet des mesures proposées par les différents groupes d'impulsion¹³⁰.

129 Question écrite de Mme Trotta à M. Prévot «Le plan Nutrition-Santé» du 18/12/2015.

130 Question écrite de M. Daele à M. Prévot «L'intégration de la dimension de lutte contre la pauvreté dans le Plan «nutrition santé»» du 16/02/2017.

LE PLAN WALLON SANS TABAC

Suite à 6^{ème} Réforme de l'état, les compétences relatives à la prévention du tabagisme et le Fonds tabac ont été transférées depuis le Gouvernement fédéral vers les entités fédérées, et ont intégré le Plan wallon sans-tabac.

Par ailleurs, il est prévu que ce dernier intègre le Plan de prévention et promotion de la santé du Gouvernement wallon. En effet, la diminution du tabagisme fait partie des objectifs du plan, de même que la promotion de la cessation tabagique chez les jeunes et les adultes, la protection et la prévention de l'initiation tabagique et de la vape chez les jeunes, et enfin la protection des (non-)fumeurs de l'exposition à la fumée de tabac ou de vape.

Le ministère wallon de la santé a demandé aux membres du Plan wallon sans-tabac (PWST) de définir un plan d'actions concrètes pour la fin de l'année 2017¹³¹, qui sera intégré au Plan de prévention et de promotion de la santé¹³². Les objectifs du PWST sont de diminuer le tabagisme et les comportements problématiques liés. Pour cela, les membres du PWST organisent l'aide au sevrage, les formations destinées aux professionnels, ainsi que les groupes de parole¹³³.

Le plan de prévention et de promotion de la santé a également des objectifs propres en matière de tabac, notamment la promotion de l'arrêt du tabagisme chez les adultes et les jeunes, la prévention chez les jeunes de l'initiation tabagique ou de la vape, la protection des non-fumeurs à l'exposition à la fumée de tabac ou de vape¹³⁴.

Cependant, comme le notait l'ancien ministre wallon de la santé, M. Prévot, les actions préventives des entités fédérées, pour être efficaces, doivent être soutenues par des actions du Gouvernement fédéral visant à limiter l'offre de tabac. Il invitait alors le Gouvernement fédéral à mettre en œuvre la Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, ratifiée par la Belgique en 2005 (voir encadré ci-dessous)¹³⁵.

131 Question écrite de Mme Pécriaux à Mme Gréoli «Les actions de la Wallonie en matière de lutte et de prévention contre le tabagisme» du 27/10/2017.

132 Question orale de Mme Pécriaux et Mme Galant à Mme Greoli, Compte rendu avancé de la Commission de l'action sociale, de la santé et de la fonction publique du 25/01/2018.

133 Les membres du PWST comptent notamment le FARES (Fonds des affections respiratoires), Tabacstop, la SSMG (Société scientifique de médecine générale) et l'Institut Bordet.

134 Question orale de Mme Pécriaux et Mme Galant à Mme Greoli, Compte rendu avancé de la Commission de l'action sociale, de la santé et de la fonction publique du 25/01/2018.

135 Question écrite de M. Mouyard à M. Prévot «Le Plan wallon sans tabac» du 14/06/2017.

LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTI-TABAC¹³⁶

En réaction à la mondialisation de l'épidémie de tabagisme, l'OMS a élaboré une Convention-Cadre dans laquelle plusieurs dispositions visent à réduire l'offre et la demande de tabac.

En matière de réduction de la demande, l'OMS préconise à la fois des mesures financières et fiscales, ainsi que des mesures autres telles que :

- Protection contre l'exposition à la fumée de tabac ;
- Réglementation de la composition des produits du tabac ;
- Réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer ;
- Conditionnement et étiquetage des produits du tabac ;
- Éducation, communication, formation et sensibilisation du public ;
- Interdiction de la publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage ;
- Mesures visant à promouvoir le sevrage tabagique et le traitement adéquat de la dépendance à l'égard du tabac.

D'autres dispositions visent à réduire l'offre de tabac :

- Lutte contre toute forme de commerce illicite des produits du tabac ;
- Interdiction de la vente aux mineur·e·s d'âge ;
- Promotion de solutions de remplacement économique viables pour les cultivateur·rice·s, travailleur·euse·s et vendeur·euse·s.

LES ENJEUX LIÉS À LA PROMOTION DE LA SANTÉ

L'Evidence-based et les évaluations

La volonté du Gouvernement wallon de veiller à la mise en place d'interventions pertinentes selon le principe d'*evidence-based public health*, tout en encourageant l'innovation en matière de santé, est tout à fait honorable. Il s'agira toutefois d'être prudent au fait que souvent les politiques publiques *evidence-based* profitent davantage aux populations déjà couvertes par les dispositifs de santé (Halley des Fontaines et François, 2007). Une attention particulière, dans la perspective de lutter contre les inégalités de santé, devra dès lors être portée aux populations les plus précarisées et/ou marginalisées, notamment en soutenant les programmes d'outreach, ainsi que les actions et campagnes spécifiquement à destination de ces publics.

L'évaluation et l'estimation de l'efficacité des actions menées ne sont pas choses aisées en promotion de la santé. D'abord, la promotion de la santé s'inscrit dans une temporalité longue, au cours de laquelle elle travaille sur les comportements, les représentations, les discours et les pratiques de la population, des acteurs de terrain et des hommes et femmes politiques. De plus, les relations de cause à effet entre actions de promotion de la santé et état de santé de la population sont extrêmement complexes et souvent indirectes. Identifier ces relations et mesurer l'impact des actions de promotion de la santé sur cette dernière relèvent dès lors d'un véritable challenge. De fait, les mesures d'austérité, les politiques en matière de limitation de l'offre de tabac et d'alcool, en matière d'écologie, ou encore en matière d'accès aux droits sociaux, pour ne citer que ceux-là, sont autant de facteurs propices ou non à la santé et à la mise en œuvre efficace des actions de promotion de la santé, de prévention ou de réduction des risques. L'approche *Health in all policies* devra dès lors concerner, certes les politiques menées en RW, mais également l'ensemble des politiques publiques menées par le Gouvernement fédéral et les entités fédérées.

L'articulation des plans avec la promotion de la santé

L'un des grands enjeux de la mise en place de ces différents plans est évidemment de veiller à leur articulation. Plusieurs plans s'imbriquent déjà les uns aux autres ; notamment, le Plan de promotion de

¹³⁶ http://www.who.int/fctc/text_download/fr/

la santé inclut en son sein le plan d'amélioration de la santé des Wallons et des Wallonnes qui, lui-même, comprend le plan Nutrition-Santé. Il serait toutefois intéressant de connaître les modalités assurant la coopération et la cohérence entre ceux-ci et avec le plan de lutte contre la pauvreté.

Afin de tendre vers plus de cohérence politique et de respecter la liberté de choix et de circulation des usagers, la promotion de la santé doit aussi être pensée au-delà des compétences et du territoire wallons. La santé est en effet une problématique transterritoriale et transversale qui, d'une part, doit tenir compte de la mobilité des usagers, et, d'autre part, doit être appréhendée au sens large, en incluant les compétences communautaires (comme l'enseignement ou la petite enfance) et fédérales (comme les politiques en matière de santé, le Plan national alcool, etc.).

Les assuétudes en Santé mentale

La première partie du Plan de prévention et promotion de la santé aborde les assuétudes uniquement sous l'angle de la santé mentale, attribuant ainsi systématiquement des problèmes de santé mentale aux usagers de drogues. Ce qui est évidemment loin d'être le cas (Fédération wallonne de promotion de la santé, 2017). De plus, les matières «drogues» ne se limitent pas aux assuétudes liées à la santé mentale, ni aux traitements de substitution, ni à la prévention, à la réduction des risques ou à l'accompagnement psychosocial, mais embrassent l'ensemble de ces pratiques. Les assuétudes et l'usage de drogue sont des matières typiquement transversales, qui requièrent une approche intersectorielle et globale. Et l'opérationnalisation du Plan devra prendre en compte la complexité des problématiques liées à l'usage de drogue (dans leur dimension individuelle, communautaire et sociétale), ainsi que l'ensemble des pratiques et approches professionnelles qu'elles impliquent (promotion de la santé, soin, prévention, RDR, etc.).

1.3.4. LA RÉORGANISATION DE LA 1^{ère} LIGNE DE SOINS EN WALLONIE

Le 21 juillet 2016, l'ancien ministre wallon en charge de la santé, M. Prévot, avait proposé au Gouvernement une note-cadre concernant la réorganisation de la 1^{ère} ligne de soins en Wallonie. En effet, avec la 6^{ème} Réforme de l'État, la RW a hérité du fédéral de l'organisation de la 1^{ère} ligne. Cette note-cadre avait été approuvée par le Gouvernement.

En accord avec la DPR 2014-2019, Prévot souhaitait améliorer les dispositifs de 1^{ère} ligne, afin de répondre aux enjeux actuels du système de santé. L'un des grands enjeux de cette réorganisation est la lutte contre les inégalités d'accès aux soins de santé entre les différentes couches de la population. Les soins de santé sont à comprendre de manière globale et pluridisciplinaire, inclusive de l'ensemble des déterminants de la santé ; c'est pourquoi le ministre veut encourager le travail en réseau des différents acteurs de 1^{ère} ligne¹³⁷.

Dans la perspective, encore, d'offrir une réponse adéquate aux inégalités d'accès aux soins de santé, Maxime Prévot - et le Gouvernement - entendait mieux faire connaître l'offre de soins de 1^{ère} ligne aux usagers et aux professionnels, et envisageait de mobiliser l'AViQ pour mener un tel travail de sensibilisation. Il escomptait également améliorer la couverture de la 1^{ère} ligne sur le territoire wallon.

Afin de mener ces projets à bien, la note-cadre prévoyait la mise en place d'une évaluation continue des dispositifs dès 2017. En effet, selon l'ancien ministre, instaurer un système d'évaluation permettrait d'identifier des bonnes pratiques et de les échanger entre structures¹³⁸.

Dans sa Déclaration de Politique Générale 2017, le nouveau Gouvernement wallon s'est prononcé en faveur de la poursuite des efforts annoncés par M. Prévot ; nous n'avons cependant pas d'information supplémentaire à l'heure de la rédaction de ces lignes.

137 Question orale de Mme Vandorpe, M. Crucke et M. Onkelinx à M. Prévot, Compte rendu avancé, Région wallonne, Commission des travaux publics, de l'action sociale et de la santé du 04/10/2016.

138 Site officiel du ministre Maxime Prévot, article «Réorganisation de la 1^{ère} ligne de soins en Wallonie», publié le 01/08/2016.

1.4. DÉBATS ET ÉVOLUTIONS

1.4.1. LES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE ET LE TRAITEMENT PAR DIACÉTYLMORPHINE

Les deux propositions de loi du parlementaire Willy Demeyer portant sur la reconnaissance légale des salles de consommation à moindre risque (SCMR) et la reconnaissance légale du traitement par diacétylmorphine ont été rejetées par la Chambre des représentants le 31 mars 2015 et renvoyées à la Commission Santé de la Chambre.

En mai 2015, la Commission Santé a fait parvenir une demande d'avis à l'Académie Royale de Médecine sur les deux propositions de loi. Adoptant un point de vue médical et scientifique, l'Académie a rendu un avis favorable aux deux propositions début 2016.

Parallèlement, la présidente de la Commission Santé, Muriel Gerkens, a déposé deux propositions d'avis positifs le 29 septembre 2015. Ces avis devaient être remis à la Commission Justice qui, elle-même, devait examiner les deux propositions de lois portant sur ces sujets. Les travaux de la Commission Santé sur les avis avaient toutefois été mis à l'arrêt jusqu'à la fin de l'année 2016. En effet, les parlementaires de la majorité ont exprimé le souhait d'avoir les avis des Communautés et des Régions. La Commission Santé de la Chambre a donc, par l'intermédiaire du Président de la Chambre, demandé aux entités fédérées leurs avis sur ces propositions¹³⁹. Le Ministre-président de RBC Rudi Vervoort ainsi que l'ancien ministre wallon de la santé s'étaient tous deux prononcés en faveur des propositions de loi¹⁴⁰.

Début 2017, de nombreux avis ont été remis à la Commission Santé par des expert-e-s de terrain en matière d'assuétudes et des services de police. Sur 18 avis, 17 étaient favorables aux propositions de Demeyer. Sur base de ces avis et des différentes études réalisées sur le sujet, la présidente de la Commission Santé Muriel Gerkens a rendu un avis positif à celle-ci.

La Commission Santé devait rendre un avis à la Commission Justice en février 2017, afin que les parlementaires y siégeant se prononcent sur les propositions de loi et examinent le texte. Aucun avis n'a été toutefois rendu, faute de consensus politique au sein de la Commission.

LA CIM SANTÉ PUBLIQUE 2016

Les cabinets des entités fédérale et fédérées qui forment la Cellule Général de Politique Drogues (CGPD) se sont rassemblés à plusieurs reprises dans la perspective de préparer la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique qui a eu lieu le 24 octobre 2016. Missionnée par la Réunion thématique Drogues, la CGPD a produit une Note au sujet des SCMR. Concernant l'efficacité des SCMR et après revue des études existantes sur le sujet, la Note concluait les éléments suivants :

- Les SCMR pourraient améliorer la qualité de vie et l'accès aux soins de santé des usagers de drogues, diminuer les comportements à risque et les scènes ouvertes de consommation ;
- L'installation de SCMR dans un lieu n'entraîne pas l'augmentation de la criminalité, mais peut diminuer les nuisances sociales ;
- Ce type de dispositif est généralement bien accepté par la population locale, à condition que celle-ci soit incluse dans le processus de développement du projet.

La CGPD constatait toutefois que la modification de la loi fédérale «drogues» de 1921 était une condition indispensable à la mise en place de SCMR. En effet, dans la situation législative actuelle, la mise à

¹³⁹ Question orale de M. Daele à M. Prévot «Les salles de consommation à moindre risque», Compte rendu intégral, séance publique de la Commission des travaux publics, de l'action sociale et de la santé du 12/01/2016.

¹⁴⁰ Voir le chapitre 1.4.2 de notre rapport 2016. La nouvelle ministre Mme Gréoli s'est elle-même prononcée en faveur de la création d'une SCMR à Liège (Interpellation de M. Onkelinx à Mme Gréoli «L'ouverture d'une salle de consommation de drogue à moindre risque à Liège, Compte rendu avancé, Commission de l'action sociale, de la santé et de la fonction publique du 06/02/2018).

disposition d'un local qui facilite ou incite la consommation de drogues illégales est passible de poursuites pénales.

La Cellule recommandait une large concertation du secteur, de la population locale et des usagers dans les processus de mise en place de SCMR. Aussi, elle invitait fortement à mener une étude de faisabilité afin de déterminer les impacts et les modalités de l'implémentation de SCMR, mais aussi afin de régler les aspects budgétaires et juridiques d'un tel projet.

La Note ajoutait que les conventions internationales ne constituent pas une chapelle de plomb législative et n'ont pas empêché la mise en place de SCMR dans certains pays (Canada, France, ...). Elle rapportait également que les ministres compétent·e·s des régions bruxelloise et wallonne jugent que l'implantation de SCMR répond à un problème de santé publique. La position du fédéral, menée par la N-VA et le CD&V et réaffirmée lors de la CIM du 24 octobre 2016, restait toutefois ferme sur le sujet : il n'y aura pas de SCMR sous cette législature, leur mise en place ne constituant pas une priorité. Toutefois, les parties sont tombées d'accord pour lancer une nouvelle étude de faisabilité des SCMR qui a été menée par Belspo (Politique scientifique fédérale) au cours de l'année 2017¹⁴¹.

LES INITIATIVES FRANCOPHONES

En tant que bourgmestre de Liège, Willy Demeyer, avait officiellement demandé, début 2017, à la ministre fédérale de la santé Maggie De Block une dérogation pour ouvrir la première SCMR en Belgique, à Liège, à titre de recherche-action¹⁴². Début 2018, le collège communal et le conseil communal de Liège se sont prononcé en faveur de la mise en œuvre d'une SCMR, appelant le gouvernement fédéral à modifier le cadre légal en matière de consommation de drogue¹⁴³.

La ministre en charge de la santé de la COCOF, Cécile Jodogne, a également lancé un appel au Gouvernement fédéral afin qu'il légifère en faveur des SCMR. La ministre a notamment souligné que l'approche sécuritaire des usages de drogues s'est soldée par un échec et qu'il fallait désormais adopter une vision pragmatique et mettre la santé des usagers au centre des préoccupations. Le Gouvernement francophone bruxellois a d'ailleurs pleinement reconnu les missions de RdR de deux services agréés par la COCOF, les asbl Dune et Modus Vivendi, leur permettant ainsi de recevoir un financement pour pérenniser leurs activités (y compris les programmes d'échange de seringues et d'*outreach*)¹⁴⁴.

1.4.2. LA PROPOSITION DE LOI-CADRE INSTAURANT UN MARCHÉ RÉGLEMENTÉ DU CANNABIS

Des représentant·e·s du Parti Socialiste à la Chambre ont déposé une proposition de Loi-cadre instaurant un marché réglementé du cannabis le 13 septembre 2017¹⁴⁵. La proposition précise, dans son argumentaire, que son ambition est bien celle de réduire les risques sanitaires aggravés par le contexte prohibitionniste, ainsi que tous les effets indésirables qui en sont la conséquence (et non pas de faciliter la consommation ou de la rendre plus attractive).

La proposition de Loi-cadre insère donc une exception à la loi de 1921¹⁴⁶, dont les sanctions ne concerneraient dès lors plus la fabrication, la culture, la conservation, l'étiquetage, le transport, la détention, la vente et l'offre en vente, la délivrance et l'acquisition de cannabis, selon les modalités prévues

141 Les résultats de l'étude de Belspo devraient être rendus publics en février 2018.

142 «Héroïne : Liège est prête pour une salle de consommation», Pascale Serret, L'Avenir.net, 06/01/2017, URL : <https://feditobxl.be/fr/2017/01/heroine-liege-prete-salle-de-consommation-lavenir/>

143 «Le Conseil communal de Liège soutient l'ouverture d'une salle de consommation de drogues», SudInfo.be, 29/01/2018, URL : <https://feditobxl.be/fr/2018/01/conseil-communal-de-liege-soutient-louverture-dune-salle-de-consommation-de-drogues-sudinfo-be/>

144 Communiqué de Cécile Jodogne, «Le Gouvernement francophone bruxellois mise sur la réduction des risques», 09/09/2017, URL : <https://defi.eu/drogues-gouvernement-francophone-bruxellois-mise-reduction-risques/>

145 La proposition de Loi-Cadre a été déposée par Laurette Onkelinx (PS), Elio Di Rupo (PS), Willy Demeyer (PS), Karine Lalieux (PS), Julie Fernandez Fernandez (PS), Özlem Özen (PS), Éric Massin (PS), André Frédéric (PS).

146 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.

par la proposition de loi-cadre. Toutefois, celle-ci ne se prononce pas quant à la prescription et la délivrance de cannabis à des fins médicales.

Ainsi, la proposition de Loi-cadre instaure une *réglementation* du marché du cannabis, dont la production et la distribution passeraient par deux canaux : **l'autoproduction individuelle dans le cadre d'un usage strictement personnel** et les **Cannabis Social Club** (CSC).

Le Roi détermine une série de normes quantitatives et qualitatives, dont :

- La quantité de cannabis qu'un-e résident-e belge peut détenir ;
- La quantité maximale qu'un-e résident-e belge peut produire (en autoproduction, réalisée au domicile ou à la résidence principale et exclusivement pour usage personnel) ou faire produire (par un CSC)¹⁴⁷ ;
- Les conditions de production, de sécurisation et de stockage du cannabis dans le cadre de l'autoproduction ;
- Les règles relatives à la localisation des CSC, aux locaux de ceux-ci et à la préparation du cannabis ;
- Le nombre maximum de personnes qu'un CSC peut affilier. Ce nombre est fixé de manière à assurer la viabilité économique des CSC et une distribution suffisante afin de rencontrer la demande ;
- Les règles relatives à la composition et au fonctionnement des CSC, ainsi qu'à la formation des membres du personnel et des cultivateurs ;
- Les conditions d'agrément des CSC, concernant notamment : équipement et gestion, inspection des établissements et installations, les méthodes de production, transformation, emballage, stockage, les conditions sanitaires, les règles de composition, qualité et traçabilité du cannabis, la labellisation biologique, etc. ;
- La teneur maximale en tétrahydrocannabinol (THC) ;
- La quantité mensuelle maximum qu'un CSC peut distribuer à chaque affilié-e.

Nous exposerons dans les points suivants les grandes lignes de la proposition de Loi-Cadre, sans entrer dans l'ensemble des détails qui la composent, en particulier concernant la fiscalité et la composition de l'Autorité de contrôle du cannabis.

L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE DU CANNABIS

L'ensemble de la filière de production et le respect des normes légales et réglementaires devront faire l'objet d'un contrôle par l'Autorité de contrôle du cannabis (ACC), créée par la proposition de Loi-cadre. L'ACC délivre les licences aux CSC et dispose d'un arsenal de sanctions en cas de non-respect des exigences établies. Un recours contre ces sanctions sera possible auprès de la cour d'appel de Bruxelles, afin d'assurer une jurisprudence. L'ACC sera financée en tout ou partie par la fiscalité dégagée par la culture et la distribution de cannabis.

Afin de veiller au respect des normes quantitatives et qualitatives, la proposition de Loi-cadre crée l'Autorité de Contrôle du Cannabis (ACC) ; une autorité administrative indépendante établie dans la Région de Bruxelles-Capitale. Ses missions se déclinent comme suit :

- Veiller au respect de la Loi-cadre et de ses arrêtés d'exécution ;
- Sanctionner les acteurs qui ne respectent pas la loi et ses arrêtés d'exécution ;
- Délivrer et renouveler les licences d'agrément des CSC ;
- Évaluer de manière continue l'application de la Loi-cadre et de ses arrêtés d'exécution, en vue notamment de rédiger un rapport annuel qui dresse un état des lieux de la politique de réglementation et de ses activités¹⁴⁸.

L'ACC se compose de quatre organes : le comité de surveillance, la commission des sanctions, le comité de direction et le président du comité de direction.

¹⁴⁷ Il est à noter que la proposition de Loi-cadre entend par «plant de cannabis» un plan femelle de cannabis produisant au moins 3% de tétrahydrocannabinol (THC).

¹⁴⁸ Le Roi peut également fixer des missions spécifiques.

LE CANNABIS SOCIAL CLUB SELON LA PROPOSITION DE LOI-CADRE

Un CSC est une association sans but lucratif, dont les membres du personnel «cultivateurs» assurent la culture des plants et la préparation du cannabis au nom et pour le compte de ses affilié·e·s. Pour pouvoir s'établir et mener ses activités, un CSC doit être agréé par l'ACC (pour une durée de trois ans, renouvelable).

Chaque plant cultivé au sein d'un CSC est soit attribué à un·e affilié·e, soit collectivement détenu par un groupe d'affilié·e·s.

Les plants sont cultivés selon les prescriptions relatives à l'utilisation d'herbicides, d'accélérateurs de croissance, de fertilisants ou d'organismes génétiquement modifiés conformes à l'agriculture biologiques, arrêtées par le Roi.

Le cannabis distribué aux affilié·e·s est emballé et accompagné d'une notice. La notice comprend (au minimum) des informations sur :

- Les effets et effets secondaires du produit ;
- Les risques liés à la consommation de cannabis : la dépendance, les effets sur la santé psychique et générale, et les risques pour les personnes présentant certaines pathologies ;
- Les risques secondaires pour les femmes enceintes, dans le cas d'ingestion par un enfant, et la diminution de la capacité à conduire une voiture ou à utiliser des machines ;
- Les contre-indications ;
- Un numéro de téléphone disponible 24H/24 offrant des conseils et des informations au sujet de la consommation de cannabis et permettant un accompagnement d'urgence.

L'emballage, quant à lui, doit être neutre, opaque et refermable. Il doit reprendre les informations suivantes :

- La teneur en THC ;
- La teneur en cannabidiol (CBD) ;
- Un signe ou un logo interdisant la détention de cannabis par les mineur·e·s ;
- La durée de conservation du produit ;
- Un message de prévention ;
- La dénomination sociale du CSC.

Le CSC peut comprendre une salle de consommation qui met à disposition des affilié·e·s au moins un vaporisateur et est interdite aux mineur·e·s. Les salles de consommation permettent notamment de détecter les usagers problématiques et de les orienter vers des associations ou institutions d'aide et d'accompagnement. Afin d'assurer un rôle d'information, de détection des usagers problématiques et d'orientation de ceux-ci, le personnel du CSC est tenu de suivre des formations.

L'INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ

Toute forme de promotion, directe ou indirecte, commerciale ou non, de la consommation de cannabis est interdite. Cette interdiction concerne également les CSC qui ne peuvent encourager ou rendre attrayante la consommation de cannabis.

L'ÉVALUATION

La mise en place de la proposition de Loi-cadre et ses conséquences devront faire l'objet d'une évaluation. Un comité de pilotage, réunissant des expert·e·s, des représentant·e·s du secteur des assuétudes et des CSC, ainsi que des représentant·e·s des autorités policières et judiciaires, devra également être mis en place afin d'assurer le suivi permanent de la réglementation.

L'évaluation de la réglementation pourra notamment aboutir à l'examen de la possibilité d'instaurer de nouveaux canaux légaux de production et de distribution du cannabis, en particulier si les deux canaux

réglementés s'avèrent insuffisants ou inappropriés pour répondre à la demande et ainsi court-circuiter le marché criminel.

La proposition de loi fixe l'interdit légal pour les mineur·e·s ; une évaluation de la consommation des mineur·e·s, et particulièrement des 16-18 ans, devra être mise en place afin de s'assurer que la réglementation permette bien de réduire la prévalence de la consommation au sein de cette classe d'âge.

LES QUESTIONS EN SUSPENS

L'argumentaire souligne deux questions qui ne sont pas réglées par la proposition de loi, mais qui devront la compléter :

- La conduite sous influence de cannabis devra être réglementée selon une logique par pallier semblable à celle mise en œuvre pour la conduite sous l'influence d'alcool. Une telle logique permettrait notamment de ne pas punir les conducteurs dont la consommation n'a pas (ou plus) d'effet sur la conduite, et de ne pas pénaliser les consommateurs passifs ;
- L'usage thérapeutique ou médical : l'argumentaire encourage l'autorisation de l'usage de cannabis à des fins thérapeutiques. Il reconnaît toutefois qu'il s'agit d'une question tout à fait différente qui mériterait davantage de développements et une législation spécifique.

Enfin, la régularisation du marché du cannabis crée la possibilité d'imposer des normes de qualité objectives : le taux de tétrahydrocannabinol (THC) ou de cannabidiol (CBD), le respect des principes de base de l'agriculture biologique, etc. Ces normes devront faire l'objet de discussions, consultations et réglementations.

LA CONCLUSION

Si l'on considère le contexte politique belge actuel, notamment au niveau fédéral, les chances d'adoption de la proposition de Loi-cadre semblent relativement compromises.

Parallèlement à cette proposition, le président du Parti Socialiste et Bourgmestre de Mons, M. Di Rupo, a soumis un texte à l'approbation du comité d'éthique du CHU Ambroise Paré, dans la perspective de proposer une expérience scientifique de CSC. Ainsi, 200 participant·e·s devraient prendre part à ce projet montois, aux côtés d'acteurs de la prévention, de la santé, des universités, du ministère de la santé et de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de Santé (AFMPS)¹⁴⁹.

1.4.3. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET L'USAGE DE DROGUES

La santé est déterminée par une multitude de facteurs : le genre, l'âge, le revenu, l'héritage génétique, le niveau d'étude, l'environnement, etc. Les différences de santé deviennent des inégalités sociales de santé dès lors qu'elles sont systématiquement distribuées de manière inégale au sein de la population, en fonction du statut socio-économique des individus (Van Oyen et al, 2010)¹⁵⁰.

Les inégalités sociales de santé suivent le gradient social, quels que soient la société, l'âge des individus, leur genre ou les problèmes de santé considérés ; autrement dit, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé (OMS, 2014), pauvreté et mauvaise santé pouvant s'influencer mutuellement.

Les inégalités sociales affectent la santé dès le plus jeune âge, à travers le statut socio-économique (SSE) des parents : les risques de mortalité et de mortalité infantile sont respectivement 2 et 1,7 fois plus élevés dans une famille sans revenu que dans une famille avec deux revenus (à Bruxelles en 2013-2014 ;

149 Article «Autoriser les cannabis social club, une bonne idée ?», Débats Première, 25 septembre 2017, RTBF.be, URL : https://www.rtb.be/info/belgique/detail_autoriser-les-cannabis-social-club-une-bonne-idee?id=9718934

150 Selon les études, le statut socio-économique est déterminé par un ou plusieurs critères, dont : le niveau d'enseignement terminé, le statut professionnel/occupationnel, la source principale de revenu, la situation financière (dettes), etc.

Observatoire de la Santé et du Social, 2017). L'espérance de vie à la naissance est également inégale selon le niveau socio-économique de la commune de résidence et l'écart se creuse toujours davantage entre les plus défavorisés et les plus favorisés. En effet, si l'espérance de vie augmente pour l'ensemble de la population, elle progresse moins vite dans les catégories moyennes et stagne pour les catégories plus défavorisées (Observatoire belge des inégalités, 2015). Les inégalités sont encore plus probantes en matière d'espérance de vie en bonne santé : une personne ayant fait des études supérieures peut espérer vivre 18 ans de plus en bonne santé qu'une personne sans diplôme (pour les personnes ayant 25 ans en 2004 ; Van Oyen et al, 2010).

Les inégalités sociales concernent également la santé mentale, et ce, pour toutes les psychopathologies les plus fréquentes : les troubles alimentaires, dépressifs, anxieux ou du sommeil sont plus fréquents à mesure que le niveau d'enseignement diminue. Le même gradient social est observé pour la «santé perçue» qui inclut le bien-être et la santé au sens large : plus le niveau d'enseignement diminue, moins les personnes s'estiment en bonne santé (Observatoire de la Santé et du Social, 2017) ; de plus, les femmes tendent à se sentir en moins bonne santé que les hommes (Observatoire de la Santé et du Social, 2014).

De multiples facteurs intermédiaires (sociaux, économiques, culturels, comportementaux, etc.) composent et créent le lien entre le SSE d'un individu ou d'un groupe et leur état de santé. Plusieurs hypothèses, non-exclusives, expliquent la relation entre SSE et état de santé (Van Oyen et al, 2010) :

- La sélection sociale : l'état de santé d'une personne influence son SSE. Une mauvaise santé peut en effet avoir de nombreuses conséquences sociales et économiques (perte d'emploi, mise en incapacité, isolement social, etc.). Les individus les plus favorisés ont à leur disposition les ressources financières et matérielles leur permettant d'adopter des comportements bénéfiques pour la santé et ainsi limiter les conséquences d'une mauvaise santé (une alimentation saine, une activité sportive, un meilleur accès aux soins de santé et aux services de prévention, un logement salubre, etc.) ;
- Les facteurs psycho-sociaux : les conditions de vie et de travail stressantes, ainsi que les ressources pour affronter ce stress, ont des effets sur la santé. Des études associent le stress à des effets pathogènes sur des mécanismes neuro-immunitaires, neuroendocriniens, et sur le système cardiovasculaire (Brunner, 2000). Ces effets pourraient également expliquer une plus grande vulnérabilité à la maladie. Le stress peut enfin être à l'origine de comportements potentiellement néfastes pour la santé, notamment la consommation de tabac et d'alcool ;
- Les comportements de santé : la manière dont un individu est socialisé tout au long de sa vie détermine ses comportements, ses pratiques, ses manières d'être, ses goûts, ses représentations, etc. La socialisation longue est différenciée selon le genre, le statut socio-économique (ou classe sociale) et le contexte socio-culturel dans lequel une personne s'inscrit¹⁵¹. Les inégalités de santé s'expliquent par l'inégale répartition des comportements liés à la santé dans la population (tabagisme, activité physique, habitudes alimentaires, abus d'alcool ou de drogue).

Les comportements bénéfiques pour la santé et les styles de vie, s'ils peuvent relever du choix éclairé, sont grandement dessinés par le contexte social, culturel et économique dans lequel les individus évoluent. Le report des soins en raison de problèmes financiers au cours des 12 derniers mois, par exemple, concerne 8 % des ménages belges. Et ce pourcentage diminue au fur et à mesure que le niveau d'enseignement et les moyens financiers augmentent. Le report des soins touche davantage les familles monoparentales ; 20 % d'entre elles sont en effet concernées, sachant que la majorité est dirigée par des femmes (WIV-ISP, 2013 ; Observatoire de la Santé et du Social, 2017 ; Observatoire belge des inégalités, 2017). L'accès aux soins suit aussi le gradient social, notamment en matière de santé mentale. Ainsi, les personnes hautement scolarisées souffrent moins souvent de troubles mentaux, mais suivent plus souvent une psychothérapie que les personnes faiblement scolarisées. Toutefois, la consommation de médicaments psychotropes ne diffère pas selon le niveau d'enseignement, et ce, bien qu'un traitement par psychothérapie s'avère aussi efficace (voire d'une efficacité plus durable) qu'un traitement médicamenteux (Observatoire de la Santé et du Social, 2017). Les effets du tabagisme sont également différents selon le niveau d'enseignement des personnes. À consommation équivalente, les effets néfastes de la consommation de tabac sont moins

151 La socialisation longue d'un individu est assurée en continu (et simultanément) par plusieurs institutions ou groupes : famille, ami-e-s, école, travail, religion, médias, etc.

importants chez les personnes ayant un SSE élevé (Observatoire belge des inégalités, 2015). Le recours aux services préventifs, enfin, est moindre parmi les populations dont le SSE est faible (Barbier, 2008).

Si l'on aspire à expliquer et agir sur les inégalités sociales de santé, la seule considération des comportements individuels différenciés selon le SSE n'est pas suffisante. D'une part, le contexte socio-culturel et la socialisation longue influencent l'accès à la santé et l'état de santé parce qu'ils définissent le rapport des individus et de la société à la santé, aux corps, aux rôles genrés, à la consommation de substances psychoactives, etc.¹⁵² La «folie» ou la «déviance», ce qui doit être soigné ou ce qui relève de la normalité, peut évoluer au fil du temps et d'une société à l'autre. La consommation d'alcool, par exemple, est un acte généralement accepté en Europe occidentale, tandis que la consommation de drogues illicites sera bien souvent perçue comme une déviance, un comportement d'office problématique. La socialisation genrée influence elle aussi la santé et ses déterminants. Les hommes et les femmes n'ont généralement pas le même rapport à la santé, à leur corps, aux symptômes et aux soins (par exemple, les hommes vont attendre plus longtemps que les femmes avant d'aller consulter un·e médecin). De même, les représentations genrées peuvent influencer la manière dont les soignants posent un diagnostic et prennent en charge la maladie (Inserm, 2016).

D'autre part, le contexte socio-économique et politique, y compris la répartition des richesses, les rapports entre classes sociales, les lois et les politiques publiques, modèlent également notre rapport à la solidarité, à la responsabilisation et à nos droits (fondamentaux, sociaux, de santé). Et ceci s'opère à la fois de manière résolument pragmatique (prix des médicaments, mesures d'austérité, remboursement des soins, accès à la protection sociale, etc.) et de manière insidieuse, en modifiant nos représentations et croyances. Et ces dernières ont un impact réel sur la manière dont un individu se perçoit et agit, ainsi que sur la manière dont il perçoit et interagit avec les autres. Or, les politiques actuelles d'austérité, d'exclusion, de durcissement ou de complexification des démarches administratives (accès au chômage, au CPAS, etc.), les discours politiques et médiatiques culpabilisants envers les travailleurs et travailleuses sans emploi, les discours stigmatisants et racistes envers les personnes racisées et les migrant·e·s en situation d'exil ou en situation irrégulière, ou encore les discours sur la responsabilisation individuelle de dysfonctionnements pourtant structurels (dette publique, chômage, inégalités, etc.), sont autant de mesures et de discours qui divisent la société, creusent les inégalités sociales, aggravent le non-recours aux droits sociaux et la sous-protection sociale¹⁵³, et détériorent l'état de santé et l'accès aux soins de la population toute entière.

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET LA PROHIBITION

Si le simple usage et l'usage problématique de drogue concernent l'ensemble de la population, leurs conséquences sanitaires, médicales, sociales et pénales sont différemment distribuées selon le statut socio-économique des individus.

Les facteurs protecteurs et de risque étant inégalement répartis au sein de la population, les conséquences sanitaires et médicales suivent le gradient social. Ceux-ci agissent directement ou indirectement sur les risques liés à l'usage de drogue ; ils ont un impact sur l'initiation à l'usage de drogue, le développement d'un usage problématique ou d'une dépendance, sur l'accès aux soins ou aux outils de réduction des risques, sur le maintien de l'abstinence, sur les probabilités de rechute ou d'arrêt de la consommation, etc.

De nombreux facteurs sont associés à l'usage et au développement d'un usage abusif de drogues illicites : l'attachement émotionnel «sûr et sécurisant» autant au sein de la famille que dans les relations sociales plus larges (école, pairs, travail, communauté), la résilience, l'exposition prolongée au stress, l'abus de substances psychoactives au sein de la famille et par des pairs, un contexte familial conflictuel depuis l'enfance, une situation de chômage, la précarité du logement, un faible niveau d'éducation, un voisinage ou un environnement de vie défavorisé. De même, certains facteurs sont associés au contexte d'arrêt de l'usage de drogues illicites : un niveau d'enseignement élevé, une situation d'emploi et l'accès à la

152 Notre approche sociologique ne suppose cependant pas que la société forme une entité supérieure aux individus qui détermine unilatéralement leurs manières d'être, de faire ou de ressentir. Plutôt, la société et les individus qui la composent s'influencent mutuellement et continuellement. Les discours et pratiques dominants qui parcourent une société donnée à un moment donné, influencent les manières d'être et de penser des individus ; de même, les individus (ou groupes d'individus) peuvent introduire des discours et pratiques nouveaux ou contradictoires qui agissent à leur tour sur les discours et pratiques dominants.

153 Voir Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (2017).

parentalité sont favorables à l'arrêt, tandis que la précarité du logement et les conflits familiaux lui sont défavorables (Spooner & Hetherington, 2004 ; Origer, 2016 ; Szalavitz, 2016).

LA MORTALITÉ PAR OVERDOSE

L'OMS estime à 250.000 le nombre de décès dus à l'usage de drogues illicites chaque année dans le monde (5,1 millions dus au tabac, 2,25 millions à l'alcool ; OMS, 2008). En Belgique, les drogues licites et illicites sont responsables de la perte de 515.000 années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) en 2012, soit 16 % des AVCI toutes causes confondues¹⁵⁴. Les coûts en termes d'années de vie perdues sont inégalement répartis entre les différentes substances. Ainsi, le tabac représente plus de la moitié des coûts (57 %), l'alcool 34 % et les drogues illicites 7 % (Lievens et al, 2016).

Des études estiment qu'entre 60 et 70 % des usagers de drogues illicites subissent une overdose au cours de leur vie (Origer, 2016). En termes de mortalité, un traitement spécialisé en toxicomanie constitue un facteur protecteur face au risque de mortalité par overdose. Plus encore, si l'on compare les situations des personnes victimes et les usagers survivants, une situation d'emploi, un salaire comme source principale de revenu légal et un niveau d'enseignement élevé sont autant de facteurs protecteurs. Au contraire, les semaines qui suivent la sortie de prison ou d'un traitement résidentiel présentent un risque accru de mortalité associée à l'usage de drogues (Origer, 2016).

Dans son étude, Alain Origer (2016) calcule le *Score d'Accumulation d'Inégalités Socio-économiques* (SAIS) des usagers de drogues victimes d'overdose et survivants sur base de plusieurs variables : le niveau d'éducation acquis, la situation de chômage, la situation de revenu, la situation financière (c'est-à-dire la présence ou non de dettes) et la situation professionnelle du père ou du tuteur. Il en ressort que la mortalité par overdose suit le gradient social : les usagers de drogues dont le SAIS est le plus faible ont 9,88 fois plus de risque de mourir d'une overdose que ceux dont le SAIS est le plus élevé.

Parallèlement au gradient social, le genre influence également la survenue d'overdoses fatales. Si les hommes victimes sont plus nombreux que les femmes, celles-ci sont plus jeunes au moment du décès. Les « carrières » d'usagères de drogue sont en effet plus courtes que celles des hommes et débouchent plus rapidement sur un usage par injection intensif. De plus, les femmes victimes d'overdose consomment plus fréquemment des médicaments psychotropes de prescription que les hommes, et dès lors se trouvent dans des situations de polyconsommation aux risques accrus (Origer, 2016). Aucune différence genrée n'est observée au niveau des SAIS moyens. Cependant, Origer constate que l'on trouve davantage de femmes que d'hommes appartenant aux classes SAIS inférieures parmi les victimes d'overdose ; l'inverse est vrai parmi les survivants.

Les inégalités sociales de santé concernent donc également les conséquences sanitaires et médicales liées à l'usage de drogue. Toutefois, d'autres paramètres propres au contexte prohibitionniste viennent les renforcer.

La prohibition s'est accompagnée de la production séculaire d'un imaginaire sociétal généralement négatif autour des substances illicites, c'est-à-dire d'un ensemble de discours médiatiques, médicaux, politiques, scientifiques et populaires, qui renforcent à leur tour la légitimité de la prohibition.

D'une part, les représentations sociales liées aux drogues illicites cristallisent l'argumentaire prohibitionniste : les drogues sont *interdites*, *risquées*, créent de la *dépendance*, sont synonymes d'*irresponsabilité*, de *déviance* et de comportements *antisociaux*. Cet imaginaire est intégré, intériorisé et diffusé par l'ensemble de la société et ses différents canaux de production de savoir : les professionnels du soin, les scientifiques, les médias, les hommes et femmes politiques, les usagers eux-mêmes, etc. Or,

¹⁵⁴ Le calcul des AVCI permet de quantifier le poids de la morbidité en prenant en compte, d'une part, les années de vie en bonne santé perdues (lorsque l'individu vit avec une maladie ou un mauvais état de santé) et, d'autre part, les années de vie perdues (dans le cas d'un décès prématuré, c'est-à-dire avant d'avoir atteint une espérance de vie de référence).

de telles représentations sociales motivent et impulsent des sanctions sociales négatives, notamment la marginalisation et la stigmatisation des usagers (problématiques ou non), d'autant plus fortes pour les femmes (surtout si elles sont mères)¹⁵⁵. Ces sanctions ont souvent pour conséquence de renforcer les risques sanitaires, médicaux et pénaux liés à l'usage de drogues (en particulier illicites).

Le contexte prohibitionniste biaise les interactions sociales et gêne l'accès aux soins. Les usagers marginalisés risquent d'éviter tout contact avec les services de soin ou d'accompagnement de peur d'être mal accueillis, jugés, renvoyés vers la justice, de perdre la garde de leurs enfants, etc. Les professionnels du soin, la police ou encore la justice, quant à eux, risquent de perpétuer un ensemble de violences symboliques et institutionnelles envers les usagers.

D'autre part, la prohibition produit un cadre qui perpétue et renforce les risques liés à l'usage de drogue. Elle gêne la mise en place de contextes de consommation favorables (peur de la police et des sanctions pénales, interdiction des salles de consommation à moindre risque, matériel stérile insuffisant, etc.) et entrave l'apprentissage social¹⁵⁶ de l'usage et, surtout, des pratiques à moindre risque. Le contexte prohibitionniste handicape également le développement et la pérennité des services de prévention, de détection précoce et de RDR, et dès lors porte directement préjudice à la santé des usagers de drogue.

Outre les risques sanitaires et sociaux, la prohibition et les changements législatifs réguliers - et souvent flous - comportent bien évidemment des risques pénaux à la fois pour les producteurs, les consommateurs et les acteurs associatifs actifs sur le terrain. Le contexte prohibitionniste, par définition, retire la production et la distribution des substances illicites des entités légales (que ce soit le marché «légal», l'État ou des associations sans but lucratif). Ce sont alors l'économie souterraine et/ou le crime organisé qui prennent le relais. Les vendeurs (particulièrement de 1^{ère} ligne) et les acheteurs prennent dès lors part à des activités illégales et encourent des risques (notamment légaux).

De nouveau, ces risques ne sont pas les mêmes selon le profil socio-économique de l'acheteur et du vendeur. En effet, les ressources pour échapper à l'appareil policier et judiciaire, ou pour en minimiser les conséquences, ne sont pas équitablement réparties au sein de la population : le contrôle au faciès, le bagou, la présomption de l'innocence, l'accès à un·e avocat·e, un casier judiciaire vierge, etc. sont autant de facteurs protecteurs ou de risque que la population ne partage pas uniformément. De plus, les conséquences sanitaires et sociales d'une condamnation ou d'un séjour en prison sont plus lourdes pour les personnes déjà défavorisées et marginalisées (Wacquant, 2004 ; De Lagasnerie, 2017 ; voir le chapitre suivant sur la santé des détenu·e·s).

Le contexte prohibitionniste, parce qu'il perpétue des représentations négatives vis-à-vis des usagers de drogues et crée un cadre politique, médical et judiciaire défavorable à leur santé, renforce les inégalités sociales de santé déjà existantes. La pénalisation et les sanctions sociales liées à l'usage de drogues classées comme illicites entravent l'accès aux soins et participent ainsi à la détérioration de la santé des usagers et de l'ensemble de la population.

Au-delà des bonnes pratiques qui peuvent être mises en place¹⁵⁷, agir sur les inégalités sociales de santé qui pèsent sur la santé des usagers de drogues, c'est aussi et surtout modifier en profondeur le contexte prohibitionniste et l'ensemble des mécanismes qui assurent sa pérennité.

155 Les rôles sociaux genrés s'accompagnent d'une série de croyances et d'attentes en termes de comportements. Les femmes, notamment, doivent correspondre aux modèles féminins et maternels dominants (être modérée, féminine, indépendante, être capable de conjuguer travail, couple, enfants, amis, famille, être instinctivement une «bonne mère», prendre soin des autres, etc.), sous peine de sanctions morales, de stigmatisation ou de marginalisation. Or, l'usage de drogues constitue une transgression des normes féminines et maternelles.

156 Par exemple l'apprentissage parental ou par les pairs, comme c'est souvent le cas pour l'alcool.

157 Nous invitons chaleureusement le lecteur ou la lectrice à lire, si ce n'est déjà fait, nos livrets thématiques consacrés aux bonnes pratiques en RDR (2016) et en matière de soins (2018).

1.4.4. LA SANTÉ DES DÉTENU·E·S

Dans les lettres, le contexte législatif belge n'établit pas de distinction entre les détenu·e·s et les personnes vivant extramuros en matière d'accès aux soins de la santé, et les premier·ère·s devraient bénéficier de soins équivalents. Ceci est vrai dans la Constitution, dans la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002 et dans la loi de Principes du 12 janvier 2005 (dite aussi Loi Dupont).

Dans la pratique cependant, la privation de liberté s'accompagne trop souvent d'une privation des services en matière de santé ou d'une obstruction de l'accès à ceux-ci¹⁵⁸. D'une part, les acteurs (santé, prévention, promotion de la santé, RdR) *intra* et *extramuros* manquent de moyens humains et financiers suffisants pour mener leurs missions à bien ; la continuité des soins est mal assurée et les services psycho-médico-sociaux sont inadéquats par rapport aux besoins des détenu·e·s¹⁵⁹. Les conditions de détention sont mauvaises et l'accès aux traitements est limité (hépatite C, traitements de substitution ; Caraël, 2012 ; EMCDDA, 2012). D'autre part, l'éclatement des compétences entre moult ministres et niveaux de pouvoir est un obstacle majeur à une politique globale, cohérente, concertée et intégrée en matière de santé des détenu·e·s. La santé des détenu·e·s, en effet, repose non seulement sur les soins de santé mais également sur l'accès à la prévention et à la réduction des risques. Or, ces dernières à la fois sont des compétences régionales et dépendent des établissements pénitentiaires eux-mêmes ; chaque prison établit ses priorités en matière de promotion de la santé et de prévention, et donc les moyens qu'elle est prête à investir dans des programmes internes ou externes (Salvi, 2016).

Les mauvaises conditions de détention et l'éclatement des compétences liées à la santé des détenu·e·s contribuent à une mauvaise santé physique et mentale de ces dernier·ère·s, qui sont dès lors en moins bonne santé que la population générale (Rouillon et al, 2007 ; OMS, 2007). Cet inégal accès aux soins de santé ne s'arrête cependant pas aux murs de la prison puisqu'à leur sortie de prison, les détenu·e·s se retrouvent dans un vide sanitaire, ayant perdu l'accès aux soins gérés par le SPF Justice et n'ayant pas encore droit aux soins régis par le SPF Santé publique. Aussi, la continuité et l'équivalence des soins exigent avant tout le transfert de la compétence «santé des détenu·e·s» vers le SPF Santé publique et le SPF Sécurité sociale.

LE TRANSFERT DE LA COMPÉTENCE «SANTÉ DES DÉTENU·E·S»

Nos précédents rapports relayaient l'appel en faveur d'un transfert des compétences relatives aux soins des détenu·e·s depuis le ministère de la Justice vers le ministère de la Santé publique ou celui de la Sécurité sociale¹⁶⁰. Un tel transfert s'avère incontournable afin de garantir une prise en charge optimale de la santé des détenu·e·s et de pérenniser à la fois les récoltes de données et les projets de prévention et de RdR. Le transfert de cette compétence vers le SPF Santé publique est l'une des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), pour qui les soins de santé aux détenu·e·s doivent faire partie intégrante du système de soins de santé publique.

En plus du transfert de compétences, les acteurs de terrain exigent une autre réforme essentielle : l'allocation d'un budget suffisant à la réalisation des missions des différentes associations actives en prison. Avec la 6^{ème} Réforme de l'État, chaque entité fédérée a l'opportunité de négocier la répartition des compétences en matière de santé et de soins, et donc de se saisir de la compétence «santé des détenu·e·s» sur leur territoire.

Il semblerait que les recommandations de l'OMS et l'appel des acteurs de terrain aient finalement trouvé une oreille attentive auprès du pouvoir fédéral. Fin 2015, un organe de concertation baptisé «Groupe

158 La Cour européenne des Droits de l'Homme a fait jurisprudence en statuant par l'arrêt du 1^{er} septembre 2016 que le déni d'accès au traitement de méthadone pour une personne détenue dépendante de l'héroïne depuis de longues années constitue un traitement inhumain et dégradant. La Cour base son jugement sur les études scientifiques qui prouvent que le traitement à la méthadone est efficace, davantage que les «traitements» reposant sur l'abstinence. Ces études reconnaissent également le caractère standard du traitement au sein de la société civile ; dès lors, celui-ci ne peut être refusé à une personne détenue, en vertu du principe d'équivalence des soins (Swiss Society of Addiction Medicine, 2016).

159 Il s'agit notamment de l'accessibilité problématique aux soins, du manque de moyens et de personnels, du manque de formation/sensibilisation du personnel pénitentiaire en matière de prévention/RdR.

160 Appel lancé par la Concertation Assuétudes-Prison de Bruxelles (CAPB) en mars 2014, avec le soutien de la Fédito bruxelloise et de la Fédito wallonne.

de pilotage soins et détention» a été mis en place afin de se pencher sur la question du transfert de compétence. La ministre de la Santé publique avait d'ailleurs souligné l'importance d'une collaboration étroite avec les entités fédérées et les organisations de terrain¹⁶¹.

D'autre part et sous l'impulsion du fédéral, la KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) a mené en 2017 une étude qui analyse les besoins réels en soins et l'offre de soins actuelle en milieu carcéral, et formule des recommandations concrètes pour l'organisation future des soins de santé et l'assurance soins de santé des personnes en détention. Suite aux conclusions et recommandations de cette étude, le ministre fédéral de la Justice, M. Geens, a déclaré que la compétence «santé des détenu-e-s» serait transférée vers le ministère de la Santé publique pour 2018-2019¹⁶².

LES INITIATIVES FRANCOPHONES

Les entités fédérées francophones se sont réunies le 16 octobre 2017 à l'occasion de la Conférence interministérielle (CIM) francophone des politiques d'intervention en lien avec le milieu carcéral. L'objectif de cette concertation est de pouvoir formuler un projet politique concret concernant le déploiement en prison d'aide et de services à destination des détenu-e-s¹⁶³.

Tel qu'envisagé par la CIM et dans la perspective de favoriser la réinsertion des détenu-e-s et de lutter contre la récidive, l'accompagnement des détenu-e-s comprend non seulement la santé, mais aussi le droit à l'éducation, à la formation, aux activités sportives et culturelles au sein des prisons. L'ensemble des ministres francophones (FWB, COCOF et RW) compétent-e-s en ces matières se rassemblent et formulent une série de propositions pour chacune d'elles. En 2017, les entités francophones ont principalement confirmé et précisé les mesures qu'elles avaient annoncées lors de la CIM 2016. Nous reprendrons ici celles qui concernent la santé et l'action sociale¹⁶⁴.

En matière de santé, la COCOF a décidé de financer le programme de promotion de la santé au sein de la prison pour femmes de Berkendael de l'asbl I.Care¹⁶⁵. Ce projet comprend :

- Un éducateur spécialisé en promotion de la santé dont la mission est d'apporter un soutien individuel et collectif aux détenues, en collaboration avec le personnel pénitentiaire et médical ;
- La diffusion d'une newsletter afin de sensibiliser et d'informer les professionnels de la santé travaillant avec les (ex-)détenu-e-s. Son objectif est aussi d'encourager les collaborations entre professionnels ;
- La mise en place de concertations entre les différents professionnels actifs en milieu carcéral dans le but de récolter leurs constats au sujet de la santé des détenues.

La promotion de la santé en milieu carcéral fait également partie des priorités du plan bruxellois de promotion de la santé 2018-2022 de la COCOF (voir chapitre 1.2.6).

La RW prévoit de mettre en place un projet-pilote de promotion de la santé afin de mieux informer, sensibiliser et orienter les détenu-e-s et les acteurs internes et externes en matière de santé¹⁶⁶.

Ensuite, en matière d'action sociale, la COCOF souhaite soutenir les projets de lutte contre le sans-abrisme des ex-détenu-e-s et contre les phénomènes d'exclusion sociale lors de la sortie de prison, notamment en soutenant les programmes d'accès au logement¹⁶⁷. Ceci passerait, d'une part, par l'évaluation du dispositif post-hébergement et de son impact sur le public des ancien-ne-s détenu-e-s, et, d'autre part, par le renforcement des projets de type *housing first* qui permettent et facilitent l'accès au logement pour les ex-détenu-e-s.

161 Question écrite de M. Massin à Mme De Block «Le possible transfert des soins de santé des détenu-e-s vers le SPF Santé publique» du 29/12/2015.

162 Question orale de Mme Lambrecht à M. Geens, Compte rendu intégrale, Chambre des représentants, Séance plénière du 19/10/2017.

163 Site officiel du ministre des Maisons de Justice de la FWB, M. Madrane ; URL : <http://madrane.be/les-ministres-francophones-renforcent-la-coherence-des-services-proposees-aux-detenus-pour-preparer-leur-reinsertion/>

164 Matières au sujet desquelles la Fédération Wallonie-Bruxelles n'a pas avancé de propositions.

165 Site officiel de la ministre Mme Jodogne, 17/10/2017, URL : <http://www.jodogne.be/actualites/aide-femmes-en-milieu-carceral>

166 Il semble que la volonté de sensibiliser les détenu-e-s et le personnel encadrant à une alimentation saine et équilibrée et encourager l'activité physique, formulée par l'ancien ministre wallon de la santé M. Prévot, n'ait pas été réitérée en 2017.

167 Site officiel du ministre des Maisons de Justice de la FWB, M. Madrane ; URL : <http://madrane.be/les-ministres-francophones-presentent-de-nouveaux-projets-concrets-visant-a-favoriser-la-reinsertion-des-detenus/>

Malgré le fait que les drogues soient une réalité indéniable de la vie en milieu carcéral, les mesures proposées par la CIM francophone ne font pas mention des usagers de drogues et des usagers sous traitement de substitution. Il n'est question ni de prévention, ni de RdR, qui sont pourtant des compétences des entités fédérées et qui participent à la santé globale des (ex-)détenu-e-s. La CIM ne semble pas non plus se saisir de la problématique de l'équivalence et de la continuité des soins, ni n'appuie le transfert de la compétence «santé des détenu-e-s» du SPF Justice vers le SPF Santé publique.

De fait, même si les entités fédérées se saisissent de ces matières, cela ne sera clairement pas suffisant pour améliorer, d'une part, la réinsertion sociale des (ex-)détenu-e-s, et, d'autre part, leur santé globale. En effet, garantir aux (ex-)détenu-e-s des conditions de détention décentes et l'accès aux soins de santé est une condition essentielle à la santé de ceux-ci et à leur (ré)insertion sociale. Les établissements pénitentiaires ne devraient pas être des lieux d'où l'on sort en moins bonne santé physique et mentale qu'en y entrant. Et si la CIM francophone n'aborde pas ces problématiques, c'est sans doute parce qu'elles restent de la compétence du fédéral, grand absent de la Conférence.

Tant la mise en place d'initiatives en promotion de la santé, en prévention et en RdR, que l'amélioration des conditions de vie, en passant par l'équivalence des soins de santé, sont des conditions sine qua non à la santé des détenu-e-s. Or, garantir le maintien du bon état de santé physique et mentale de ceux-ci est indissociable de la lutte contre la marginalisation et la précarisation de ceux qui sortent.

LA CIM SANTÉ PUBLIQUE 2017

La ministre fédérale de la santé Maggie De Block a annoncé vouloir élaborer un plan pour améliorer les soins de santé pour les détenu-e-s ces prochaines années. Elle souhaite notamment, avec le concours du Ministre de la Justice, offrir à tou-te-s les détenu-e-s ayant une consommation problématique des soins sur mesure et adaptés au contexte carcéral¹⁶⁸.

D'une part, Mme De Block a demandé à la Cellule générale de politique drogues de mener une étude afin de relever les meilleures pratiques locales, notamment en matière de réinsertion professionnelle et de logement à la sortie. L'étude devra également proposer des améliorations visant à une meilleure collaboration entre les différents acteurs de la réinsertion des détenu-e-s. Les résultats, attendus pour l'été 2018, permettront au Gouvernement de prioriser les bonnes pratiques à mettre en place¹⁶⁹.

D'autre part, un projet-pilote a été également lancé fin de l'année 2017 dans trois prisons belges : Hasselt, Lantin (Liège) et Saint-Gilles/Berkendael (Bruxelles). Selon la ministre, la consommation de drogue et de médicaments en prison est trop élevée et l'offre en termes de soins en santé mentale et de désintoxication est insuffisante¹⁷⁰. Cette initiative a été soumise à la CIM Santé publique qui s'est tenue le 20 novembre 2017.

Selon le communiqué de presse du cabinet De Block qui a suivi la CIM Santé publique, le projet sera échelonné sur deux ans. Celui-ci a pour objectif d'élaborer un modèle de soins en la matière. Durant une première phase de six mois, un dépistage des consommations, du risque suicidaire et de double diagnostic sera mené auprès des détenu-e-s. Les résultats de ce dépistage devraient servir de base pour le traitement d'une partie des détenu-e-s. Le groupe cible sera en effet d'abord limité afin de s'assurer que les professionnels du soin aient suffisamment de temps à consacrer au traitement de leurs patients.

Il est également prévu qu'un-e coordinateur-riche à temps partiel soit engagé-e pour chaque prison participante. Leur rôle sera d'améliorer la cohérence des échanges entre tous les professionnels de soin impliqués, afin d'optimiser l'orientation et le traitement des patients.

Trois partenaires sont pressentis pour superviser la mise en place du projet dans chaque prison : les asbl CAD Limburg, Fédito Wallonne et I.Care. Pour mener la première phase du projet, ils devraient recruter des intervenant-e-s de soins pour offrir un soutien psychologique supplémentaire, en collaboration avec les services médicaux des prisons.

¹⁶⁸ Communiqué de presse du cabinet De Block du 20/11/2017, «Des soins supplémentaires pour les détenus avec une problématique de drogues».

¹⁶⁹ Article «Maggie De Block va lancer un projet pilote sur l'usage de drogue dans les prisons», RTBF.be, 13/11/2017.

¹⁷⁰ *Ibidem*.

Enfin, une équipe scientifique de recherche sera désignée pour évaluer et accompagner le projet-pilote¹⁷¹.

L'application pratique du projet-pilote reste encore relativement floue. Nous pouvons notamment nous interroger sur les collaborations entre le projet et l'ensemble des services et intervenant-e-s internes et externes déjà actifs en prison. De même, la santé des détenu-e-s et l'accompagnement de ceux et celles ayant un usage problématique de drogue ne reposent pas uniquement sur les soins de santé et la mise en œuvre de traitement ; la prévention et la RDR sont également indispensables à une approche intégrée et globale de la santé et de l'usage de drogues. Celles-ci continuent pourtant à dépendre de l'assentiment de chaque prison et à être confrontées à un manque systémique des moyens humains et financiers qui leur permettraient de mener à bien leurs missions (et sur le long terme).

Certaines matières, qui font partie des bonnes pratiques recommandées à l'échelle internationale (OMS, 1999 ; UNODC, s.d.), ne sont pas abordées par le communiqué de presse et restent pour le moment en suspens : la participation des détenu-e-s au projet et leur entrée en traitement se feront-elles sur base volontaire ? La détection des consommations de drogues illicites sera-t-elle exemptée de toute sanctions à l'encontre des détenu-e-s ?

Les mesures menées de concert par Mme De Block et et M. Koen Geens sont certes utiles et devraient permettre l'adoption de bonnes pratiques en matière de soin en prison, ainsi qu'une meilleure coordination entre les services ; elles sont toutefois insuffisantes. Elles n'agissent, ni ne prennent en compte les mauvaises conditions de détention qui, le secteur spécialisé le souligne régulièrement, ont des conséquences résolument négatives sur la santé physique et mentale des détenu-e-s et leur réinsertion sociale.

Enfin, de telles initiatives interviennent en «fin de parcours», un parcours de désaffiliation et de précarisation. Prévenir la criminalité et l'incarcération requiert d'abord de s'intéresser et d'agir sur les facteurs sociaux, économiques et politiques qui nourrissent la criminalité, stigmatisent une partie de la population et favorisent la reproduction des inégalités et le développement de consommations problématiques de drogues et d'alcool. Ce sont ces mêmes facteurs qui handicapent la réinsertion des ex-détenu-e-s, que les mesures de formation professionnelle et d'aide au logement des ex-détenu-e-s atténuent, sans les neutraliser.

Comment en effet espérer améliorer les conditions de vie et la santé des personnes les plus fragilisées et précarisées, dont les détenu-e-s sont la partie visible de l'iceberg, tout en alimentant la précarisation des travailleurs et travailleuses avec et sans emploi, des aîné-e-s, des jeunes, des femmes, en nourrissant la stigmatisation des personnes racisées et/ou migrantes, en perpétuant un système raciste et sexiste, en détricotant les droits sociaux et en investissant dans le tout sécuritaire et répressif (voir Wacquant, 2004).

1.4.5. LES ENTITÉS DES NATIONS-UNIES ET L'OMS APPELLENT À LA DÉCRIMINALISATION DES DROGUES

Le 27 juin 2017, les entités des Nations-Unies (NU) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont signé une déclaration conjointe appelant à la décriminalisation des drogues (OMS et NU, 2017).

La déclaration se prononce pour la fin des discriminations dans les établissements de soin. Ceux-ci constituent une violation des droits humains fondamentaux protégés par les traités internationaux et un obstacle majeur à la réalisation des objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030 adopté par l'Assemblée générale des NU. Ce Programme doit notamment veiller à ce que personne ne soit laissé de côté («*ensure that no one is left behind*») et que les personnes les plus défavorisées soient les premières à bénéficier de l'aide dont elles ont besoin («*reach the further behind first*»)¹⁷².

171 Communiqué de presse du cabinet De Block du 20/11/2017, «Des soins supplémentaires pour les détenus avec une problématique de drogues».

172 Les propos qui suivent sont extraits de la déclaration conjointe.

Les discriminations au sein des établissements de soins touchent particulièrement les populations les plus stigmatisées et marginalisées, que ce soit en raison de leur âge, de leur sexe, de leur appartenance ethnique, de leur couleur de peau, de leur religion, de leur statut social, de leur orientation sexuelle, de leur identité ou expression de genre¹⁷³, de leur usage de drogues, de leur statut séropositif, de leur statut de demandeur d'asile ou de migrant, de leur passé judiciaire, etc., ces différentes formes de discriminations pouvant se combiner et se renforcer mutuellement.

Les mécanismes de discrimination se posent en obstacle à l'accès aux soins de santé, affectent la qualité des services fournis, et renforcent la marginalisation et l'exclusion des individus ou groupes victimes de discriminations. Ceux-ci peuvent se voir dépossédés de leur agencité et de toute possibilité de prendre une décision de façon autonome, que ce soit parce qu'un tiers (parent, conjoint·e, tuteur·e) a signé une obligation de consentement au traitement ou à cause de l'absence de consentement libre et éclairé. Certains individus ou groupes peuvent être victimes de mauvais traitements et de violence physique ou verbale, de traitement forcé et de violation du principe de confidentialité.

Les différentes formes de discrimination sont non seulement perpétrées par l'ensemble du personnel des établissements de soin, mais également par les lois, politiques et pratiques nationales. Ces dernières peuvent en effet décourager les individus discriminés de chercher à obtenir les services de soins dont ils ont besoin, voire leur en interdire l'accès.

Les entités des NU et l'OMS invitent les différents acteurs-clé à les assister dans la prise de mesures ciblées, coordonnées, limitées dans le temps, multisectorielles et assorties de délais dans plusieurs domaines.

Tout particulièrement, l'un de ces domaines est le soutien aux États membres dans la mise en place de garanties de lutte contre les discriminations en renforçant ou révisant leurs législations, politiques et réglementations. Les lois et politiques doivent en effet viser le respect de l'autonomie des usagers, garantir leur consentement libre et éclairé, ainsi que le respect de la vie privée et du secret médical. Le dépistage obligatoire du VIH, les procédures de dépistage qui ne sont pas dans l'intérêt du l'utilisateur ou de la collectivité, les traitements forcés, et l'autorisation obligatoire d'un tiers doivent être interdits.

Mettre fin aux discriminations et améliorer l'accès aux soins de santé des personnes marginalisées requièrent également la révision et l'abrogation des lois qui pénalisent ou interdisent l'expression de genre, les relations homosexuelles, l'adultère ou d'autres comportements sexuels entre adultes consentants ; la prostitution entre adultes consentants ; la consommation de drogues ou la possession pour usage personnel, les services de santé sexuelle et reproductive ; la criminalisation excessive de la non-divulgation de la séropositivité pour le VIH, de l'exposition au VIH ou de sa transmission.

La décriminalisation, notamment, de l'usage de drogues réduit la stigmatisation subie et intériorisée par les usagers. En plus de désengorger le système judiciaire, elle permet d'améliorer l'accès aux soins des usagers, ceux-ci redoutant moins d'entrer en contact avec les structures de soins, d'être stigmatisés, de se voir refuser des soins, ou au contraire d'être forcés à suivre un traitement ou à l'abstinence. Toutefois, la décriminalisation seule, même si nécessaire, ne suffit pas à améliorer l'accès aux soins et la fin des discriminations : d'une part, les établissements doivent être tenus responsables du respect du principe de non-discrimination ; d'autre part, l'ensemble du personnel des institutions de soin doit être sensibilisé et formé aux principes des droits humains relatifs à la non-discrimination, et donc à accueillir, prendre en charge et accompagner les usagers de drogues (comme le suggèrent les entités des NU et l'OMS).

173 L'expression de genre est l'extériorisation d'une identité de genre - c'est-à-dire le genre auquel une personne s'identifie, indépendamment de son sexe assigné ou de son sexe biologique.

1.4.6. MODIFIER LES POLITIQUES «DROGUES» : LES INITIATIVES DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

LA CAMPAGNE SUPPORT. DON'T PUNISH (SOUTENEZ. NE PUNISSEZ PAS)

La campagne *Soutenez. Ne Punissez Pas* est une initiative mondiale menée par le Consortium International sur les Politiques des Drogues (IDPC), le Réseau International des Consommateurs de Drogues (INPUD), l'Association Internationale de Réduction des Risques (HRI), et l'Alliance Internationale pour le VIH/SIDA. Elle plaide pour que les gouvernements commencent à investir dans des réponses plus efficaces et plus fécondes de réduction des risques pour les usagers de drogues, pour la dépénalisation des usagers de drogues, ainsi que pour la suppression d'autres lois entravant les services de santé publique.

En Belgique, plusieurs associations actives dans le domaine des assuétudes et de la promotion de la santé (y compris en milieu carcéral) se mobilisent chaque année pour revendiquer un changement de paradigme. Il s'agit en effet de ne plus faire peser sur l'usager de drogues, malade parfois, la menace d'une condamnation pour un comportement dont le risque réside dans le fait de porter essentiellement préjudice à la personne qui consomme. La société civile demande la dépénalisation de la détention de drogues en vue de l'usage personnel et la mise en œuvre d'une politique davantage respectueuse des Droits de l'Homme.

LA CAMPAGNE «STOP 1921»

Partant du constat que la loi «drogue» de 1921 est en passe de fêter ses 100 ans, la société civile belge s'est rassemblée pour lancer la campagne «Stop 1921». Face à l'échec de la prohibition et ses effets néfastes sur la santé publique et l'engorgement de l'appareil judiciaire, «Stop 1921» entend sensibiliser le législateur et l'opinion publique à la nécessité de remettre en question la politique actuelle en matière de drogues.

N'ayant connu aucune modification significative depuis près d'un siècle, la loi de 1921 ne reflète pas l'évolution des mœurs en matière de drogues. Il ne semble plus concevable aujourd'hui de conserver une loi dont les effets sur les usagers sont plus dommageables que l'usage en soi. Les avantages de soigner plutôt que punir, de réduire les risques plutôt que les renforcer, de prévenir plutôt que menacer ne devraient plus être ignorés par le législateur (source : stop1921.be).

«Stop 1921» souhaite ouvrir le débat autour de la modification de la loi et promouvoir les connaissances sur les effets positifs de la décriminalisation.

1.4.7. L'ÉTAT DES LIEUX DE LA LÉGALISATION DU CANNABIS

La «guerre à la drogue» est un échec constaté internationalement par de nombreuses autorités tant politiques que scientifiques (Werb et al, 2011 ; Kopp et al, 2014). Malgré son grand âge, la prohibition des drogues ne s'est accompagnée ni d'une baisse de la prévalence de l'usage, ni d'une diminution de la criminalité liée au trafic de drogues (Decorte et al, 2013 ; Werb et al, 2011). Les pays les plus répressifs, à l'instar de la France, enregistrent d'ailleurs les taux de prévalence les plus importants (EMCDDA, 2017b ; Kopp et al, 2014).

Le chemin vers la légalisation commence doucement à se tracer pour le cannabis. Les processus juridiques qui aboutissent à la dépénalisation, la décriminalisation ou la légalisation du cannabis sont souvent de longue haleine et composés de nombreux aller-retours législatifs, de cas judiciaires qui font jurisprudence ou encore de l'investissement de la société civile.

LA TERMINOLOGIE

Afin de différencier les notions de décriminalisation, dépénalisation et légalisation, nous reprendrons les définitions proposées par l'EMCDDA (2017b).

Avec la décriminalisation, certaines actions ou comportements ne sont plus estampillés comme criminels ; ils ne sont pas pour autant légaux, puisque les drogues peuvent toujours être confisquées et que des peines non-criminelles peuvent encore être appliquées. C'est notamment le cas au Luxembourg, au Portugal ou en Croatie.

La dépénalisation introduit la possibilité de boucler un dossier criminel sans qu'une peine soit prononcée. Par exemple, les dossiers sont considérés comme d'une priorité moindre, ou comme n'étant pas d'intérêt public, et ne font donc pas l'objet d'une poursuite. L'Autriche, l'Allemagne et la Pologne sont dans ce cas de figure.

La légalisation rend légal une action ou un comportement auparavant prohibé. Toute sanction criminelle et non-criminelle est donc écartée. Toutefois, certaines règles peuvent venir limiter les actions et comportements autorisés (un âge minimum, par exemple), et toute violation de ces règles peut entraîner des peines criminelles et non-criminelles. C'est le cas de l'Uruguay et de certains États fédérés américains.

Après l'Uruguay, le Canada devrait être le deuxième pays à légaliser l'usage récréatif du cannabis dès le 1^{er} juillet 2018. L'Irlande, de son côté, devrait mettre les choses en place pour une décriminalisation des drogues (y compris le cannabis), selon les modalités proches de ce qui se fait au Portugal¹⁷⁴. De l'autre côté de l'Atlantique, les députés mexicains ont adopté en avril 2017 une loi autorisant la culture, l'achat, la possession, la commercialisation pour un usage médical et scientifique du cannabis. La Colombie, quant à elle, a autorisé la culture des plants de cannabis à des fins thérapeutiques. Aux États-Unis, même si l'État fédéral maintient sa position prohibitionniste, les États fédérés sont libres de légiférer en matière de légalisation du cannabis. L'Alaska, la Californie, le Colorado, le district de Columbia, l'État de Washington, le Nevada, le Massachusetts et l'Oregon ont donc légalisé le cannabis, chacun selon des modalités différentes¹⁷⁵.

DES CONTRAINTES INTERNATIONALES ?

Trois conventions des Nations-Unies (NU) décrivent le cadre de base pour le contrôle de la production, du trafic et de la possession de plus de 240 substances. Il s'agit de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972, de la Convention sur les substances psychotropes de 1971, et de la Convention des Nations-Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. Toutes ont été signées par les États membres de l'Union européenne (UE).

La Convention de 1988 requiert des pays signataires qu'ils considèrent comme une infraction criminelle la possession, l'achat et la culture des drogues pour usage personnel. Les pays signataires doivent également prendre les mesures nécessaires pour prévenir la culture du cannabis et éradiquer les plants de cannabis de leur territoire. Les conventions ne spécifient cependant pas que l'usage doit être punissable en soi. Mais chaque pays peut choisir de le faire.

Il n'existe pas de loi harmonisée au niveau européen en matière d'usage de drogues illicites (EMCDDA, 2017b). Les sanctions criminelles ou administratives liées à l'usage sont de la responsabilité des États membres. Toutefois, la loi européenne se prononce pour les crimes liés au trafic de drogues.

La théorie prohibitionniste selon laquelle des sanctions plus fortes entraîneraient la baisse de l'usage de drogue, et des sanctions plus légères une augmentation de l'usage, manque cruellement de preuves. Plus

¹⁷⁴ Le modèle portugais et le fonctionnement des commissions de dissuasion de la toxicodépendance sont expliqués dans notre rapport 2015.

¹⁷⁵ D'autres États l'ont dépénalisé, et d'autres encore l'ont légalisé dans un cadre thérapeutique.

encore, aucun lien n'a pu être établi entre des changements légaux et la prévalence de l'usage de cannabis (EMCDDA, 2017b).

Les conventions et traités internationaux prohibitionnistes reposent sur le consensus unanime de ses membres. Tout changement de paradigme requerrait donc un accord mondial. Or, de nombreux pays tiennent des positions répressives vis-à-vis de l'usage et du trafic de cannabis (et de drogues illicites en général), y compris des pays influents comme la Russie ou la Chine. C'est donc au niveau national, régional voire local que des changements et des expérimentations peuvent s'opérer, sans attendre l'aval (pour le moment improbable) des instances internationales.

La légalisation du cannabis entre donc en contradiction avec les conventions internationales. Toutefois, si l'on aborde la question sous l'angle des droits humains¹⁷⁶, un espace existe pour la légalisation réglementée de la culture et du commerce du cannabis pour usage récréatif. Une grande partie de l'argumentaire pro-légalisation du cannabis repose sur des aspects directement en lien avec les droits humains : améliorer la santé individuelle et publique, assurer la sécurité des citoyen-ne-s et lutter contre la criminalité. Or les États ont des obligations «positives» internationales en ces matières, notamment le droit à la santé, le droit à la vie, l'interdiction des traitements inhumains et le droit à la vie privée. Et de fait, le droit international prime sur les obligations établies par les conventions sur les drogues des Nations-Unies, si elles se contredisent. Les États bénéficieraient dès lors d'une marge de manœuvre leur permettant de procéder à l'autorisation légale de la culture et du commerce du cannabis pour usage récréatif (Decorte et al, 2017 ; Van Kempen et Fedorova, 2016).

LA COMPARAISON INTERNATIONALE D'EXPÉRIENCES DE RÉGULATION DU CANNABIS

L'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ) et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) ont mené un projet de recherche international en partenariat. Initié en 2015, le projet Cannalex s'est livré à une analyse comparée des expériences de régulation du cannabis à partir de 2012-2014 dans le Colorado, l'État de Washington et en Uruguay (INHESJ et OFDT, 2017).

L'étude compare donc les processus des réformes dans chaque État, ainsi que les premiers résultats en matière de santé publique, de criminalité et délinquance, et d'effets économiques et fiscaux. Cependant, les chercheur-e-s précisent tout au long de leur travail de restitution que les réformes de régulation sont encore jeunes et que, dès lors, les résultats qu'ils exposent n'illustrent pas des tendances à long terme. De plus, les effets des différents modèles de régulation sont mesurés grâce aux indicateurs des enquêtes statistiques nationales. Les données exposées ne sont donc pas modelées par les chercheur-e-s et ne peuvent pas toujours récentes ni être comparables d'un État à l'autre.

Il est difficile d'interpréter les effets négatifs ou positifs des réformes, d'une part parce qu'il est encore trop tôt pour d'ores et déjà estimer ces effets (les sources disponibles ne s'étendant pas au-delà de 2015), d'autre part parce que d'autres facteurs extérieurs aux réformes peuvent intervenir. Les tendances mesurées durant les années qui suivent les réformes ne sont donc potentiellement pas uniquement imputables à ces dernières.

Enfin, étant donné qu'il n'existe pas encore de modèle-type de régulation du cannabis, une sorte de «formule magique» préétablie et sûre, les processus réformistes sont évalués et ajustés au fur et à mesure que des constats sont dressés. Les individus, aussi, doivent apprendre ou réapprendre à consommer et à minimiser les risques liés à l'usage de cannabis. La légalisation et la régulation du cannabis demandent donc une série d'ajustements sur le long terme, tant en matière de législation et de réglementation que d'éducation et d'apprentissage. Il faut également prendre en compte le contexte historique, géopolitique, social, économique et culturel de chaque État afin d'interpréter correctement les premiers résultats rapportés par l'étude.

176 Promus par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Charte sociale européenne, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Convention européenne des droits de l'homme (Decorte et al, 2017).

Les processus de mise en œuvre des réformes

Les approches de la régulation et les objectifs poursuivis sont fonction des contextes locaux, et des traditions et philosophies politiques et sociales spécifiques à chaque État.

Les trois États ont en commun d'avoir déjà mis en place dans les années 1970 un contexte législatif relativement permissif. Aux États-Unis, l'autorisation d'un marché légal du cannabis thérapeutique (1998 pour l'État de Washington, 2000 au Colorado) a sans aucun doute été un facilitateur de la légalisation de l'usage récréatif (2012-2014).

Dans les deux États américains, la difficulté de réguler le marché du cannabis médical a favorisé l'émergence d'un «marché gris» investi par les usagers récréatifs. Les questions pratiques soulevées par l'organisation d'un système de distribution du cannabis médical ont initié le processus de légalisation du cannabis récréatif. La légalisation a ainsi été impulsée «par le bas», c'est-à-dire à l'initiative de la société civile qui, forte du recueil de centaines de milliers de signatures, a pu réclamer un référendum auprès des autorités publiques. Au Colorado, le résultat positif du référendum a été assez inattendu et son entrée en vigueur quasi immédiate. L'État de Washington, à l'inverse, a davantage préparé la mise en place et les modalités de la régulation en amont du référendum, ce qui explique certaines différences notables entre les deux États (exposées par après).

L'Uruguay bénéficie d'un climat politique avant-gardiste, notamment en matière d'abolition de la peine de mort, de dépénalisation de l'avortement, ou encore d'autorisation du mariage homosexuel. À l'inverse des États américains, la légalisation du cannabis a été initiée «par le haut», c'est-à-dire par l'État et sans l'approbation de la majorité de la population (même si une partie de la société civile a apporté son soutien). La motivation de la légalisation s'inscrit dans la perspective de protéger la population en termes de santé et de sécurité publiques. L'Uruguay doit en effet faire face aux trafics de drogues en provenance du crime organisé paraguayen, qui produit et commercialise le cannabis consommé par les Uruguayens, ainsi que la *pasta base*¹⁷⁷. L'État contrôle directement l'ensemble de la chaîne de production du cannabis, afin de ne pas devenir le centre du narco-tourisme de la Région et de contourner au mieux le monopole paraguayen.

Parce que chacun de ces pays ont des traditions politiques, des contextes socio-historiques et des philosophies différentes, les objectifs qu'ils poursuivent en légalisant le cannabis ne sont pas les mêmes. Aux États-Unis, le Colorado et l'État de Washington souhaitent avant tout diminuer les coûts (économiques, sociaux, raciaux) liés à la prohibition et générer des revenus fiscaux propres à lancer une économie nouvelle. Les objectifs uruguayens, quant à eux, poursuivent la réduction du marché noir, le renforcement de la santé publique, la sécurité des usagers et la protection des mineurs.

Les dispositifs de régulation sont donc fortement différents. Le Colorado et l'État de Washington ont opté pour une approche libérale où la production et la commercialisation du cannabis sont confiées à des entrepreneurs privés. L'Uruguay, au contraire, a adopté une approche «contrôlée» dans laquelle la production est strictement encadrée par l'État¹⁷⁸. Les consommateurs peuvent se procurer du cannabis via l'auto-culture ou les Cannabis Social Club (depuis 2014), ou encore via la vente en pharmacie (depuis juillet 2017). La mise en place de la régulation doit faire face à plusieurs obstacles, notamment la résistance de la population et des pharmacies, ainsi qu'un temps administratif plus long et plus lourd, qui ralentissent l'opérationnalisation de la réforme étatique.

L'évaluation à court terme¹⁷⁹

Les tendances en matière de prévalence de la consommation suite à la réforme sont difficiles à appréhender dans le cas de l'Uruguay. D'abord les chiffres les plus récents datent de 2014, c'est-à-dire la première année de mise en œuvre de la réforme. Ensuite, la vente en pharmacie a plusieurs fois été reportée (jusqu'en juillet 2017); les consommateurs ne pouvaient jusqu'alors seulement

177 La pasta base est une pâte de cocaïne particulièrement nocive et responsable de véritables problèmes de santé et de sécurité publiques en Amérique du Sud.

178 Seules deux entreprises sont habilitées par l'État actuellement.

179 Le rapport final synthétique de l'étude est bien évidemment plus complet et complexe que les informations que nous avons choisies de mettre en exergue ici.

s'approvisionner grâce aux Cannabis social clubs ou à l'auto-culture. Tous les indicateurs de consommation (expérimentation, usage dans l'année, usage récent) sont globalement à la hausse, au sein de la population générale (15-65 ans) et chez les mineur·e·s (12-17 ans). Il s'agit cependant d'une tendance déjà présente avant la réforme.

La prévalence de l'usage récent n'a pas augmenté parmi les jeunes de moins de 18 ans des États du Colorado et de Washington. Chez les plus de 25 ans, les tendances ne suivent pas le même chemin d'un État à l'autre. L'usage récent a augmenté d'un tiers entre 2012-2013 et 2014-2015 dans le Colorado alors qu'il a baissé dans l'État de Washington. De nouveau, ces données s'inscrivent dans une tendance globale à la hausse préexistante aux réformes, initiée par la diffusion légale du cannabis thérapeutique et le développement d'un «marché gris» à partir de 2009. Il faut également souligner que ces deux États n'ont pas connu les mêmes régimes de régulation. Nous le disions plus haut, le Colorado, pionnier en la matière, a dû élaborer un système de régulation dans l'urgence tandis que l'État de Washington a pu bénéficier de plusieurs mois de réflexion supplémentaires et tirer des leçons de l'expérience coloradienne. On regrettera qu'aucune comparaison au niveau de l'âge de la première consommation, de la fréquence de consommation, des contextes de consommation, des conséquences perçues, ou encore du nombre de prises en charge, ne soit disponible.

L'ouverture d'un marché à vocation commerciale dans les deux États américains a déjà des conséquences sur les modes de consommation et les pratiques à risque. Le cannabis vendu en boutique prend de nombreuses formes (alimentaires, cosmétiques, homéopathiques, etc.) qui attirent la curiosité à la fois des usagers habituels et des non-initiés. Diverses techniques commerciales incitent à la consommation et invitent les clients à acheter tel ou tel produit selon leur profil ou pour offrir. Le cannabis étant toujours légalement interdit au niveau fédéral, les produits du cannabis mis sur le marché ne sont pas contrôlés (par l'organe fédéral *Food and Drug Administration*). La composition, le dosage et la qualité du cannabis vendu, ainsi que la présence de pesticides, sont donc souvent incertains voire inconnus.

Un fort niveau de demande à l'égard du marché noir persiste dans les trois États. Au Colorado et dans l'État de Washington, le cannabis illégal reste moins cher que le cannabis légal (taxé), et ce malgré la diminution du prix de ce dernier. Le marché noir est également la seule source d'approvisionnement pour les consommateurs de moins de 21 ans (âge légal de consommation). Une grande proportion des usagers de cannabis continue donc à s'approvisionner sur le marché noir. Cela pourrait cependant évoluer à l'avenir puisque l'écart de prix entre les deux marchés tend à se résorber.

En Uruguay, la production légale ne suffit pas à répondre à la forte demande. La production intérieure ne tient donc pas la longueur face au marché noir alimenté par les organisations criminelles paraguayennes. La vente en pharmacie devrait aider à détourner certains usagers du marché illégal. Cependant, le faible attrait des consommateurs vis-à-vis des voies légales peut s'expliquer par une forte réticence à l'égard de leur inscription au registre des consommateurs centralisé par un organe étatique (craignant que la confidentialité du registre ne soit pas respectée). La légalisation du cannabis n'a pas non plus réussi à endiguer la problématique de la consommation de *pasta base*.

De manière assez mécanique et prévisible, les infractions liées à la possession, à l'usage et au trafic ont diminué dans les trois États. Les tendances en matière de délinquance et de criminalité sont toutefois plus difficiles à interpréter et à relier à la légalisation du cannabis. La «petite délinquance» (vols avec violence, cambriolages) est restée stable aux États-Unis et les réformes n'ont pas enrayer les activités des organisations criminelles.

En Uruguay, les violences liées au trafic de drogues illicites font partie d'un processus de «colombianisation» du pays déjà amorcé une quinzaine d'années auparavant et qui se fonde essentiellement sur le trafic de dérivés de la coca (y compris la *pasta base*). La légalisation du cannabis n'a donc qu'un impact modéré sur la criminalité. Aux États-Unis, les activités des groupes criminels n'ont pas connu de grand bouleversement non plus. Le marché noir du cannabis reste important et attractif (notamment pour les personnes ayant un revenu modeste et les mineurs). Il semble également que les organisations criminelles américaines aient trouvé leur compte dans l'épidémie fulgurante d'héroïne et d'opioïdes.

LES CONDITIONS GÉNÉRALES D'UNE RÉGULATION

Cette étude comparative permet de mettre en exergue un certain nombre de «conditions générales» pour la mise en place d'une régulation cohérente du cannabis, que Tom Decorte, Paul de Grauwe et Jan Tytgat (2017) décryptent également :

- 1) Des autorités de surveillance. Une ou plusieurs entités sont chargées de formuler des recommandations générales sur la réforme, et ce dans différents domaines (santé publique, politique relative aux drogues, droit, production légale de cannabis, agriculture, environnement, surveillance et évaluation). Elles évaluent également de manière continue la mise en œuvre de la réforme et ses effets, afin d'ajuster la politique menée. Enfin, une autorité de surveillance assure le contrôle des règles de production, de qualité et de vente des produits du cannabis, et délivre les agréments des structures de production et de diffusion du cannabis ;
- 2) Un système de sanctions clair et proportionnel, en cas d'infraction des règles entourant la légalisation du cannabis (agrément de la production, âge minimum légal, exigences en matière de qualité et de composition, quantités produites, etc.) ;
- 3) La convergence de la politique en matière d'alcool, de tabac et de cannabis. Il s'agit là d'appliquer pour chacune de ces substances les mêmes principes de santé publique et de réduction des risques basés sur des preuves scientifiques. La réglementation du cannabis slalome généralement entre deux extrêmes que sont la prohibition totale (et l'émergence d'un marché noir dérégulé) et une marchandisation néolibérale où la «main invisible» balaye toute intervention et tentative de régulation de l'État. En quittant la prohibition, l'enjeu autour de la production et de la diffusion du cannabis est d'éviter de tomber dans les mêmes écueils mercantiles que l'alcool ou le tabac (voir chapitres 1.1.2 et 1.1.3) ;
- 4) La politique des prix et la taxation des produits dérivés de cannabis. Tout le jeu de fixation des prix et des taxes repose sur un défi majeur : évaluer les conséquences possibles des modifications des prix sur la prévalence et les modes de consommation, et leur impact sur les marchés légaux et illégaux. Le «prix juste» doit à la fois dissuader la consommation excessive et réduire l'importance du marché noir ;
- 5) Une politique relative aux drogues comme élément d'une politique sanitaire et sociale. La régulation du cannabis doit s'accompagner d'une véritable politique de santé publique, de prévention et de réduction des risques, d'information des consommateurs et de promotion de la santé. Souvent les consommateurs de cannabis ne développent pas un usage problématique, mais pour prévenir tout risque de pathologisation, la régulation du cannabis doit s'accompagner d'une politique sociale plus large qui agit sur les facteurs de risque et lutte contre la précarisation, l'exclusion sociale, les discriminations, le chômage et la reproduction des inégalités (voir chapitre 1.4.3. Les inégalités sociales de santé et l'usage de drogues)¹⁸⁰.

180 Decorte et al. (2017) vont évidemment plus loin dans l'état des lieux de la situation actuelle et proposent un véritable scénario concret et applicable en vue d'une régulation du cannabis.

2 SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET TENDANCES

Ce chapitre présente une série d'indicateurs et données permettant de dépeindre la situation épidémiologique relative à l'usage de drogues et ses conséquences sanitaires, et d'en suivre l'évolution dans le temps en Wallonie et à Bruxelles.

Il se base en grande partie sur les cinq indicateurs épidémiologiques clés définis par l'OEDT, que nous détaillerons pour les deux régions francophones du pays.

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

- Prévalence de l'usage de drogues dans la population générale et chez les jeunes
- Prévalence de l'usage de drogues à hauts risques
- Demande de traitement chez les usagers de drogues
- Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues
- Mortalité liée à l'usage de drogues

Il reprend aussi des données qui éclairent la problématique de l'usage de drogues de manière complémentaire (données relatives à la disponibilité et l'offre de drogues, au registre des traitements de substitution aux opiacés, etc.).

Enfin, il présente également certaines données de prévalence de l'usage de drogues récoltées ponctuellement dans des groupes spécifiques à haut risque (personnes incarcérées et personnes prostituées).

2.1. LA PRÉVALENCE DE L'USAGE D'ALCOOL ET DE DROGUES

L'usage de substances psychoactives semble être un dénominateur commun des groupes humains, qui répond probablement à des besoins fondamentaux : se soigner, prendre du plaisir, ou encore expérimenter des états modifiés de conscience (Escobedo, 1995, Rosenzweig, 2008). Lorsque l'expérimentation d'une substance est vécue positivement, la personne peut être tentée de réitérer l'expérience et dans certains cas, elle entrera dans un mode de consommation dit «récréatif», ponctuel ou régulier. Lorsque cette consommation entraîne des conséquences dommageables pour l'individu et/ou son entourage (problèmes de santé, problèmes scolaires ou professionnels, problèmes économiques, conflits interpersonnels, etc.), on parlera alors de consommation problématique, pouvant ou non être associée à un état de dépendance. Mais certaines personnes parviendront à développer un usage régulier et contrôlé du produit, sans que cela puisse être considéré comme problématique sur le plan clinique. 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).

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, nous n'avons pas de certitude quant au degré de sincérité des réponses, les répondants pouvant parfois minimiser ou au contraire exagérer les consommations qu'ils rapportent, pas forcément de manière consciente. Malgré ces biais potentiels, cette méthode est considérée comme assez fiable. Nous souhaitons toutefois que le lecteur garde 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'évaluer la marge d'erreur de l'estimation, inhérente à toute démarche d'*échantillonnage* (car il n'est pratiquement pas possible 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.

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 au regard des outils scientifiques généralement développés en la matière (voir par exemple le «*Substance Dependence Severity Scale*» proposé par Miele et al., 2000). Signalons enfin que ces indicateurs ne fournissent aucune information sur les contextes de consommation ni sur les motivations des usagers.

2.1.1. L'USAGE DE DROGUES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE - ENQUÊTE HIS

Actuellement, il n'existe pas d'enquête spécifique sur l'usage de drogues dans la population générale en Belgique francophone. L'usage de cannabis, d'alcool, de médicaments psychotropes et des autres drogues est néanmoins estimé sur base de la consommation déclarée via un questionnaire auto-administré dans le cadre de l'enquête de santé par interview (HIS pour *Health Interview Survey*). Cette enquête est réalisée par l'Institut scientifique de santé publique (WIV-ISP) environ tous les quatre ou cinq ans, et la dernière levée a été réalisée en 2013. Comme il s'agit d'une enquête générale de santé, le nombre de questions sur les drogues est limité (pour le rapport complet, voir Gisle, 2014).

L'enquête HIS s'adresse à toutes les personnes qui résident dans le pays (sans restriction de nationalité ou de statut légal). Il est néanmoins très probable que les résultats sous-estiment la prévalence réelle de l'usage de substances psychoactives, d'une part parce qu'ils ne couvrent pas, de par la méthodologie utilisée, les personnes marginalisées (incarcérées, en institutions, sans domicile fixe, etc.), qui en sont pourtant probablement les plus grandes consommatrices. D'autre part, le premier contact avec les participants se fait par téléphone en vue de convenir d'un rendez-vous avec l'enquêteur. Or en 2013, la moitié des ménages contactés (en ce compris les personnes isolées) ont refusé d'y participer. Ils ont certes 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 révéler certains comportements ou problématiques, ou par crainte que l'anonymat de l'enquête soit transgressé.

Années de collecte de données	2001-2004-2008-2013
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	Environ 5000 personnes ¹⁸¹ pour le volet sur les «drogues illicites» (10.829 au total)
Taux de réponse	52,3 %
Couverture	Belgique (ventilation par région)
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 précédées d'un démarchage téléphonique en vue de convenir d'un rendez-vous avec l'enquêteur.	

LES INDICATEURS

Les 4 indicateurs d'usage de drogues que nous rapportons ici sont les suivants : 1) la prévalence de **l'usage de cannabis sur la vie** (expérimentation du produit au moins une fois au cours de la vie) ; 2) la prévalence de **l'usage récent de cannabis** (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois) ; 3) la prévalence de **l'usage actuel de cannabis** (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) ; 4) la prévalence de **l'usage sur la vie d'une autre drogue que le cannabis**, telle que la cocaïne, l'héroïne, une amphétamine, l'ecstasy, le LSD, la méthadone, la buprénorphine ou encore une nouvelle substance psychoactive (expérimentation d'un autre produit au moins une fois au cours de la vie). Cette enquête n'aborde pas l'usage des autres drogues au cours des 30 derniers jours.

LES CHIFFRES 2013 EN WALLONIE

Selon la dernière enquête HIS, la **prévalence de l'usage de cannabis sur la vie** (expérimentation du produit au moins une fois au cours de la vie) est d'environ 15 % dans la population wallonne âgée de 15 à 64 ans. L'usage de cannabis sur la vie est plus élevé au sein de la tranche d'âge des 25-34 ans (32,4 %) ainsi que chez les hommes. Il est aussi plus élevé dans les classes socio-éducatives plus instruites, mais cette différence disparaît après standardisation pour l'âge et le sexe. L'âge moyen du premier contact avec ce produit chez les personnes en ayant déjà consommé est de 18 ans et 8 mois (18 ans chez les hommes et 20 ans chez les femmes).

La prévalence de **l'usage récent de cannabis** (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois) est de 5,8 % dans la population wallonne en 2013. L'usage récent concerne surtout les 15-24 ans (12,7 %) ainsi que les 25-34 ans (11,7 %). Il est généralement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. L'usage récent est plus fréquent chez les personnes ayant un degré d'instruction élevé que chez les personnes peu ou pas instruites (sans diplôme ou diplôme primaire).

La prévalence de **l'usage actuel de cannabis** (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) est de 3,6 % dans la population wallonne en 2013. Il concerne surtout les 15-24 ans (8,4 %) ainsi que les 25-34 ans (7,4 %), et est à nouveau plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, et augmente avec le niveau d'instruction des répondants, sans que cette dernière différence soit significative. Le pourcentage de femmes consommatrices est plus élevé chez les 15-24 ans (6,9 %). En ce qui concerne la fréquence (exprimée en jours) de consommation de cannabis chez les «usagers actuels», la plupart d'entre eux (42 %) ont déclaré en avoir consommé 1 à 3 jours au cours du mois précédant l'enquête, 26,3 % durant 4 à 9 jours, 13,7 % durant 10 à 19 jours et 18,1 % durant 20 jours ou plus. Ainsi, l'usage quotidien (ou presque) de cannabis concernerait 0,7 % de wallons.

181 Dont 1088 personnes pour la région bruxelloise et 1979 personnes pour la Wallonie.

La prévalence de l'**usage au cours de la vie d'une drogue autre que le cannabis** est de 2,6 % dans la population wallonne âgée de 15 à 64 ans. La tranche d'âge la plus concernée est celle des 25-34 ans (7,8 %). Les hommes sont à nouveau proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir déjà consommé d'autres drogues que le cannabis, mais on n'observe pas de différence en fonction du niveau d'instruction.

Tableau 1 : Prévalence de l'usage de cannabis et des autres drogues en Wallonie, par âge et par sexe, 2013

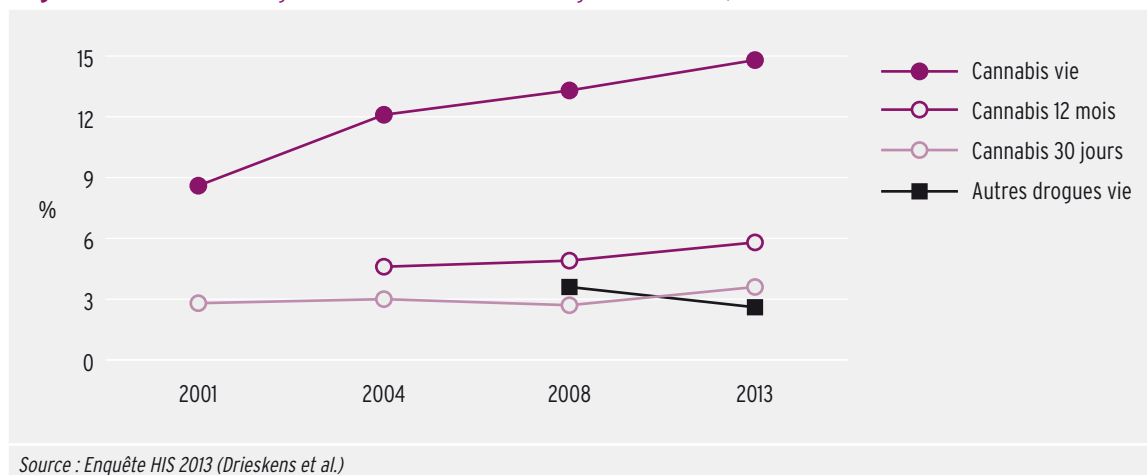
	15-24 ans (n=310)	25-34 ans (n=368)	35-44 ans (n=396)	45-54 ans (n=463)	55-64 ans (n=442)	Total (N=1.979)
	%	%	%	%	%	%
Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie						
Hommes	25,0	44,5	22,8	5,6	2,9	19,5
Femmes	16,8	19,4	11,6	4,4	1,0	10,1
Total	20,9	32,4	17,1	5,0	2,0	14,8
Prévalence de l'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois						
Hommes	17,8	17,3	10,0	1,1	0,6	8,9
Femmes	7,7	5,7	1,0	1,2	0,0	2,8
Total	12,7	11,7	5,5	1,1	0,3	5,8
Prévalence de l'usage de cannabis les 30 derniers jours						
Hommes	9,9	12,5	6,2	0,4	0,6	5,6
Femmes	6,9	2,0	0,5	0,1	0,0	1,6
Total	8,4	7,4	3,3	0,2	0,3	3,6
Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite au cours de la vie						
Hommes	2,0	12,3	6,0	1,3	0,0	4,3
Femmes	0,5	3,1	1,0	0,4	0,0	1,0
Total	1,3	7,8	3,5	0,8	0,0	2,6

Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

TENDANCES ET ÉVOLUTION EN WALLONIE

En Wallonie, comme partout en Belgique, la prévalence d'usage de cannabis sur la vie a significativement et continuellement augmenté depuis 2001, alors que l'usage actuel et l'usage récent sont restés relativement stables. Cela témoigne d'une augmentation progressive du nombre de personnes qui expérimentent ce produit, sans que cela s'accompagne d'une augmentation du nombre de consommateurs réguliers. La prévalence de l'usage sur la vie d'une autre drogue illicite que le cannabis ne diffère pas entre 2008 et 2013.

Figure 1 : Évolution de l'usage de cannabis et des autres drogues en Wallonie, 2001-2013



Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

LES CHIFFRES 2013 EN RÉGION BRUXELLOISE

Selon la dernière enquête HIS, la **prévalence de l'usage de cannabis** au cours de la vie (expérimentation du produit au moins une fois au cours de la vie) est de 22 % dans la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans. L'usage de cannabis sur la vie est plus élevé au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans (34 %) ainsi que chez les hommes. Il est aussi plus élevé dans les classes socio-éducatives plus instruites, même après standardisation pour l'âge et le sexe. L'âge moyen du premier contact avec ce produit est d'environ 18 ans et 4 mois. Il ne diffère pas entre les hommes et les femmes, ni en fonction du niveau d'instruction.

La prévalence de l'**usage récent de cannabis** (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois) est de 8,1 % dans la population bruxelloise en 2013. L'usage récent concerne surtout les 15-24 ans (20,6 %) mais il est encore relativement fréquent chez les 25-34 ans (12,1%), en particulier chez les hommes (18,5 %). Il est généralement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, sauf en ce qui concerne les 15-24 ans, où la proportion de femmes consommatrices égale quasiment celle des hommes. L'usage récent augmente significativement avec le niveau d'instruction des répondants, même après standardisation pour l'âge et le sexe.

La prévalence de l'**usage actuel de cannabis** (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) est de 5,2 % dans la population bruxelloise en 2013. Il concerne surtout les 15-24 ans (13,4 %) ainsi que les 25-34 ans (8,2 %). À nouveau, il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, et augmente avec le niveau d'instruction des répondants. En ce qui concerne la *fréquence* de consommation de cannabis chez les 5,2 % d'«usagers actuels», la plupart d'entre eux (47,2 %) ont déclaré en avoir consommé durant 1 à 3 jours au cours du mois précédant l'enquête, 23,1 % durant 4 à 9 jours, 6,5 % durant 10 à 19 jours et 23,2 % durant 20 jours ou plus. Ainsi, l'**usage quotidien** (ou presque) de cannabis concernerait 1,2 % des bruxellois.

La prévalence de l'**usage au cours de la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis** était de 5,6 % dans la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans. La tranche d'âge la plus concernée est celle des 15-24 ans (10,9 %), mais ce type d'usage touche toutes les tranches d'âge. Contrairement à ce que l'on observait pour le cannabis, il n'y a plus de différence de genre en ce qui concerne l'usage sur la vie des autres drogues illicites. On observe toutefois que celui-ci augmente avec le niveau d'instruction.

Tableau 2 : Prévalence de l'usage de cannabis et des autres drogues illicites en Région bruxelloise, par âge et par sexe, 2013

	15-24 ans (n=132)	25-34 ans (n=278)	35-44 ans (n=235)	45-54 ans (n=232)	55-64 ans (n=211)	Total (N=1.088)
	%	%	%	%	%	%
Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie						
Hommes	40,7	38,6	29,6	15,2	11,5	27,4
Femmes	28,2	20,4	14,1	15,1	6,0	16,8
Total	34,0	28,4	22,5	15,1	8,7	22,0
Prévalence de l'usage de cannabis les 12 derniers mois						
Hommes	22,4	18,5	8,4	3,8	0,7	10,5
Femmes	19,1	7,1	3,7	1,2	0,0	5,8
Total	20,6	12,1	6,2	2,5	0,3	8,1
Prévalence de l'usage de cannabis les 30 derniers jours						
Hommes	17,8	13,7	5,4	3,0	0,0	7,7
Femmes	9,6	3,8	0,6	0,8	0,0	2,8
Total	13,4	8,2	3,2	1,9	0,0	5,2
Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite au cours de la vie						
Hommes	11,3	5,9	5,1	6,8	5,4	6,4
Femmes	10,6	4,3	4,0	5,7	1,0	4,9
Total	10,9	5,0	4,6	6,2	3,2	5,6

Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

TENDANCES ET ÉVOLUTION EN RÉGION BRUXELLOISE

En Région bruxelloise, comme partout en Belgique, la prévalence d'usage de cannabis au cours de la vie a significativement augmenté depuis 2001, quoiqu'elle semble s'être stabilisée. L'usage récent et l'usage actuel sont quant à eux restés relativement stables. Cela semble témoigner d'une augmentation progressive du nombre de personnes qui expérimentent ce produit, sans que cela ne s'accompagne d'une augmentation du nombre de consommateurs réguliers. La prévalence d'usage sur la vie d'une autre drogue illicite que le cannabis est relativement stable entre 2008 et 2013.

Figure 2 : Évolution de l'usage de cannabis et des autres drogues illicites en Région bruxelloise, 2001-2013

Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

LES DIFFÉRENCES RÉGIONALES MARQUANTES

De manière générale, l'usage de cannabis et des autres drogues illicites est plus élevé en Région bruxelloise qu'en Wallonie, en grande partie parce que l'on y observe davantage de jeunes consommateurs (y compris de sexe féminin) que dans les deux autres régions du pays. Cette consommation apparemment¹⁸² plus importante en Région bruxelloise pourrait s'expliquer par le caractère exclusivement urbain de cette région et/ou par des différences en termes de disponibilité des produits ou d'attitudes par rapport à l'usage de drogues. La prévalence sur la vie de l'usage de cannabis semble s'être stabilisée en Région bruxelloise, alors qu'elle est encore en augmentation en Wallonie, tout en restant largement inférieure à ce que l'on observe en Région bruxelloise.

2.1.2. L'USAGE D'ALCOOL DANS LA POPULATION GÉNÉRALE - ENQUÊTE HIS

La consommation d'alcool fait partie intégrante des habitudes de vie de nombreuses personnes (TNS Opinion & Social, 2010). Mais en fonction de l'individu, du contexte, et surtout de l'usage qui est fait de ce produit, elle peut avoir des conséquences nocives. L'usage nocif peut être défini 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.

Les dommages liés à l'usage d'alcool sont multiples : ils peuvent être directs ou indirects, immédiats ou différés, et peuvent toucher l'intégrité physique (coma éthylique, troubles hépatiques, cancer des voies aérodigestives, lésions corporelles suite à une chute, une bagarre, un accident de la route, syndrome d'alcoolisation fœtale, etc.), psychologique (dépendance, dépression, troubles cognitifs, etc.) et sociale (problèmes familiaux ou professionnels, etc.). La nature et la gravité des dommages dépendront toutefois grandement des quantités consommées, des circonstances de la consommation ainsi que de la fréquence de consommation.

L'usage d'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes. Il serait la cause de près de 6 % des décès à l'échelle mondiale, ce qui en fait un des principaux facteurs de risque de morbidité, de mortalité et d'invalidité (WHO, 2014).

LES INDICATEURS

En Belgique, l'usage d'alcool est estimé dans la population générale sur base de la consommation auto-rapportée via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête HIS. En 2013, près de 2.500 Wallons et de 1.300 Bruxellois âgés de 15 ans et plus ont complété le questionnaire relatif à la consommation d'alcool. Après avoir abordé la prévalence de l'abstinence sur la vie, nous nous intéressons ici aux principaux indicateurs d'un usage d'alcool à risque, à savoir la surconsommation hebdomadaire (consommation de plus de 21 verres par semaine pour les hommes et de 14 verres par semaine pour les femmes au cours des 12 derniers mois)¹⁸³, la consommation quotidienne (consommation d'au moins un verre d'alcool chaque jour au cours des 12 derniers mois), la consommation quotidienne à risque (consommation de plus de 2 verres standards par jour chez les femmes et de plus de 4 verres standard par jour chez les hommes au cours des 12 derniers mois), le **binge drinking**¹⁸⁴ **hebdomadaire** (consommation d'au moins 6 verres d'alcool lors d'une même occasion chaque semaine au cours des 12 derniers mois), et

182 L'échantillon bruxellois étant de petite taille, la marge d'erreur de l'estimation est plus importante, ce qui amène à devoir considérer ces chiffres avec prudence.

183 Cette définition correspond à la transposition en nombre de verres des limites hebdomadaires que l'OMS recommande de ne pas dépasser (WHO, 2000).

184 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. La notion d'occasion n'étant pas délimitée au niveau temporel, l'enquête HIS 2013 a introduit une question supplémentaire visant à déterminer le temps généralement pris pour consommer 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion, et ce afin de cerner plus finement ce comportement.

enfin l'**usage problématique d'alcool sur la vie**¹⁸⁵, qui est estimé chez les personnes ayant consommé de l'alcool au moins une fois dans leur vie.

LES CHIFFRES 2013 EN WALLONIE

Environ 14 % des Wallons âgés de 15 ans et plus n'ont jamais consommé de boissons alcoolisées. L'**abstinence sur la vie** est deux fois plus élevée chez les femmes (18 %) que chez les hommes (9,4 %) et, sans surprise, elle diminue de manière relativement linéaire avec l'âge des répondants. On observe toutefois un pic d'abstinents chez les 75 ans et plus, essentiellement chez les femmes.

La prévalence de la **surconsommation hebdomadaire** d'alcool (au cours des 12 derniers mois) est de 7,3 % chez les wallons âgés de 15 ans et plus. Elle est globalement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge, et est plus élevée chez les 45 ans et plus.

La prévalence de la **consommation quotidienne** d'alcool (au cours des 12 derniers mois) augmente fortement avec l'âge des répondants, et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge. En Wallonie, 21 % des hommes et 12 % des femmes auraient consommé quotidiennement une ou plusieurs boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois. Cet indicateur ne prenant pas en compte les quantités consommées, il a récemment été complété par un indicateur de **consommation quotidienne à risque** (au cours des 12 derniers mois). La prévalence de la consommation quotidienne à risque augmente également avec l'âge des répondants mais, contrairement aux autres indicateurs, elle ne diffère pas en fonction du sexe. Autrement dit, en Wallonie, il y aurait autant de femmes que d'hommes qui consomment quotidiennement une quantité excessive d'alcool : 5,6 % des hommes et 4,9 % des femmes.

La prévalence du **binge drinking hebdomadaire** s'élève à 8 % chez les Wallons de 15 ans et plus. Elle est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Mais contrairement aux autres indicateurs de consommation à risque, dont la prévalence augmente avec l'âge, ce comportement est plus fréquent chez les jeunes, en particulier chez les hommes de 15-24 ans (18,6 %). En ce qui concerne la vitesse de consommation chez les «*binge drinkers*», 12,9 % sont habituellement enclins à consommer 6 verres d'alcool en 2 heures maximum, cette habitude étant particulièrement élevée chez les jeunes de 15-24 ans (29,1 %).

La prévalence sur la vie de l'**usage problématique** d'alcool chez les personnes qui en ont déjà consommé est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. En revanche, elle est moins élevée 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 consommation excessive chronique, plus fréquente chez les individus plus âgés, mais aussi parce que la probabilité de leur survenue au moins une fois dans la vie augmente naturellement avec l'âge des individus.

De manière générale, ces indicateurs de consommation d'alcool ne fluctuent que légèrement en fonction du niveau d'instruction. Néanmoins, si on compare les niveaux d'instruction extrêmes (niveau primaire *versus* niveau supérieur), la consommation d'alcool à risque (surconsommation hebdomadaire, consommation quotidienne, et consommation quotidienne excessive) est un peu plus élevée chez les individus les moins instruits, alors que le *binge drinking* ne diffère pas selon le niveau d'instruction.

185 Cet indicateur est estimé à l'aide du test de screening CAGE, qui se compose des 4 questions suivantes : *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 d'aplomb) ?* En cas de réponse positive à au moins 2 des 4 questions, on considère qu'il y a eu occurrence d'un usage problématique d'alcool sur la vie.

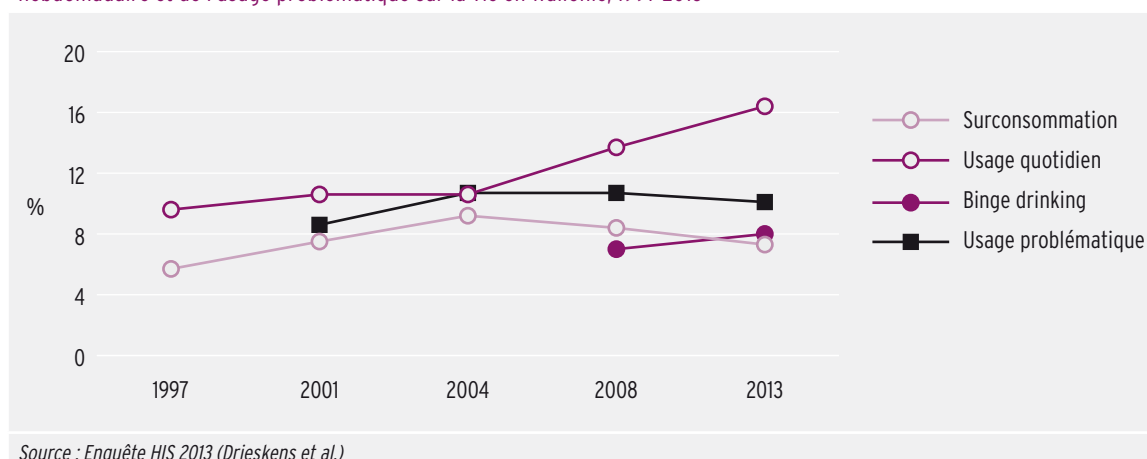
Tableau 3 : Prévalence de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, de la consommation quotidienne à risque, du *binge drinking* et de l'usage problématique d'alcool en Wallonie, par sexe et par tranche d'âge, 2013

	15-24 ans (n=273)	25-34 ans (n=356)	35-44 ans (n=374)	45-54 ans (n=441)	55-64 ans (n=450)	65-74 ans (n=346)	75 ans et + (n=233)	Total (N=2.473)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Prévalence de l'abstinence sur la vie								
Hommes	27,8	8,7	7,4	7,5	5,4	3,6	7,5	9,4
Femmes	28,5	21,1	12,3	14,3	11,2	14,6	31,6	18,0
Total	28,1	14,8	9,9	11,1	8,3	9,5	22,6	13,9
Prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	8,7	8,8	5,3	12,5	14,3	11,6	5,1	9,9
Femmes	2,9	1,6	2,8	7,1	9,8	5,6	3,0	4,9
Total	5,7	5,3	4,0	9,7	12,1	8,4	3,8	7,3
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	3,6	6,6	15,9	23,9	36,4	36,9	31,0	21,4
Femmes	0,0	3,4	10,5	10,9	19,9	19,6	19,1	11,9
Total	1,8	5,0	13,1	17,0	28,1	27,6	23,5	16,4
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool à risque au cours des 12 derniers mois								
Hommes	0,9	4,1	3,4	6,7	10,2	7,6	5,1	5,6
Femmes	2,9	1,6	2,8	7,1	9,8	5,6	3,0	4,9
Total	1,9	2,9	3,1	6,9	10,0	6,6	3,8	5,2
Prévalence du <i>binge drinking</i> hebdomadaire ou + au cours des 12 derniers mois								
Hommes	18,6	13,4	12,0	10,4	15,4	7,3	7,1	12,5
Femmes	6,3	2,0	2,9	3,1	6,7	4,7	1,6	3,9
Total	12,2	7,8	7,4	6,4	11,0	5,9	3,7	8,0
Prévalence de l'usage problématique d'alcool sur la vie chez les personnes qui en ont déjà consommé								
Hommes	7,3	13,4	13,4	13,1	15,8	16,7	5,1	13,0
Femmes	6,7	6,3	6,4	10,2	9,2	4,6	3,4	7,2
Total	7,0	10,3	9,9	11,7	12,6	10,8	4,1	10,1

Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

TENDANCES ET ÉVOLUTION EN WALLONIE

Les analyses standardisées pour l'âge et le sexe montrent que la consommation quotidienne a augmenté de manière progressive et significative depuis 1997 en Wallonie. En revanche, l'usage problématique sur la vie, la surconsommation hebdomadaire et l'hyperlcoolisation hebdomadaire sont restés relativement stables au cours du temps.

Figure 3 : Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du *binge drinking* hebdomadaire et de l'usage problématique sur la vie en Wallonie, 1997-2013

Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

LES CHIFFRES 2013 EN RÉGION BRUXELLOISE

Environ 22 % des Bruxellois âgés de 15 ans et plus n'ont jamais consommé de boissons alcoolisées. L'**abstinence sur la vie** est légèrement plus élevée chez les femmes (23,8 %) que chez les hommes (18,8 %) et, sans surprise, elle diminue de manière relativement linéaire avec l'âge des répondants.

La prévalence de la **surconsommation hebdomadaire d'alcool** (au cours des 12 derniers mois) est de 7 % chez les Bruxellois âgés de 15 ans et plus. Les différences de genre sont peu marquées, et on observe même pour certaines tranches d'âge une surconsommation hebdomadaire plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (chez les 15-24 ans et les 65-74 ans). La surconsommation hebdomadaire augmente progressivement avec l'âge des répondants, mais elle diminue à partir de 75 ans.

La prévalence de la **consommation quotidienne** d'alcool (au cours des 12 derniers mois) augmente fortement avec l'âge des répondants, et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge (sauf chez les 15-24 ans). À Bruxelles, 16 % des hommes et 10 % des femmes auraient consommé quotidiennement une ou plusieurs boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois. Cet indicateur ne prenant pas en compte les quantités consommées, il a récemment été complété par un indicateur de consommation quotidienne à risque. La prévalence de la **consommation quotidienne à risque** augmente également avec l'âge des répondants mais, contrairement aux autres indicateurs, elle tend à être plus élevée chez les femmes que chez les hommes, en particulier chez les 15-24 ans, les 35-44 ans et les 65-74 ans. Autrement dit, à Bruxelles, il semble y avoir davantage de femmes que d'hommes qui consomment quotidiennement une quantité excessive d'alcool : 6,8 % des femmes et 4,7 % des hommes.

La prévalence du **binge drinking hebdomadaire** (dit aussi hyperalcoolisation ou beuverie expresse) s'élève à environ 9 % chez les Bruxellois de 15 ans et plus. Elle est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Mais contrairement aux autres indicateurs de consommation à risque, dont la prévalence augmente avec l'âge, ce comportement est plus fréquent chez les jeunes, en particulier chez les 15-24 ans (17 %), chez lesquels la différence de genre est d'ailleurs peu marquée. En ce qui concerne la vitesse de consommation chez les «*binge drinkers*», 7,7 % sont habituellement enclins à consommer 6 verres d'alcool en 2 heures maximum, cette habitude étant la plus élevée chez les 25-44 ans (environ 10 %).

La prévalence sur la vie de l'**usage problématique** d'alcool chez les personnes qui en ont déjà consommé est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, mais cet effet de genre semble s'inverser entre 55 et 74 ans. En outre, elle est moins élevée chez les jeunes de 15-24 ans ainsi que chez les 25-34 ans, probablement parce que les questions utilisées pour l'évaluer font davantage référence à la consommation excessive chronique, plus fréquente chez les individus plus âgés, mais aussi parce que la probabilité de leur survenue au moins une fois dans la vie augmente naturellement avec l'âge des individus.

De manière générale, la prévalence de l'usage nocif d'alcool telle qu'estimée par ces indicateurs tend à augmenter avec le niveau d'instruction des répondants, sauf en ce qui concerne le *binge drinking*.

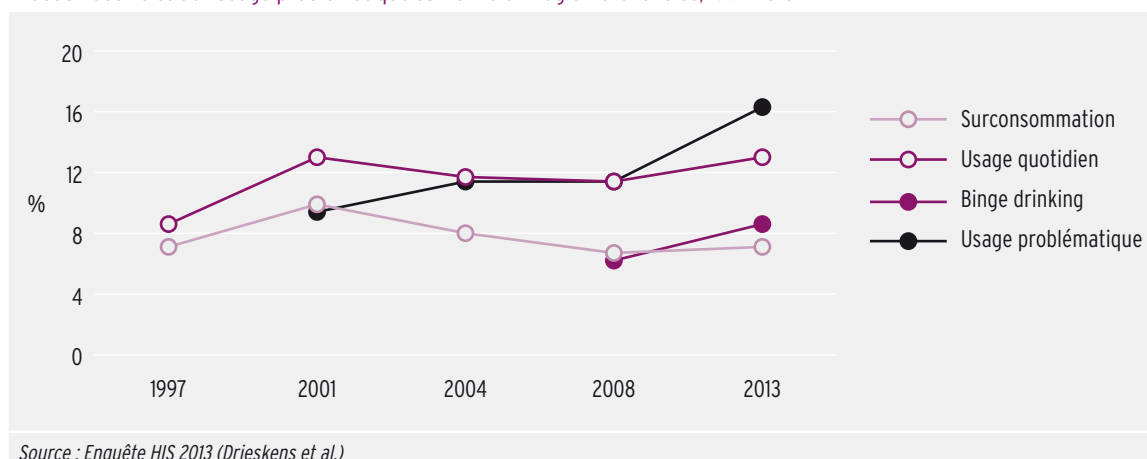
Tableau 4 : Prévalence de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, de la consommation quotidienne à risque, du *binge drinking* et de l'usage problématique d'alcool en Région bruxelloise, par sexe et par tranche d'âge, 2013

	15-24 ans (n=114)	25-34 ans (n=271)	35-44 ans (n=222)	45-54 ans (n=230)	55-64 ans (n=205)	65-74 ans (n=142)	75 ans et + (n=108)	Total (N=1.292)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Prévalence de l'abstinence sur la vie								
Hommes	39,8	18,8	21,1	15,4	22,8	3,1	4,4	18,8
Femmes	31,6	26,0	32,2	22,4	19,5	16,1	11,3	23,8
Total	35,3	22,9	26,1	19,0	21,1	10,1	8,7	21,5
Prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	1,2	6,3	5,2	10,7	11,3	11,4	5,8	7,4
Femmes	4,5	2,1	6,8	9,5	6,6	18,0	5,0	6,8
Total	3,0	3,9	5,9	10,0	8,9	15,0	5,3	7,1
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	1,2	4,9	13,1	19,0	19,5	31,6	48,7	16,0
Femmes	2,0	2,9	8,1	12,8	14,5	24,8	17,9	10,3
Total	1,7	3,8	10,8	15,9	16,9	28,0	29,3	13,0
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool à risque au cours des 12 derniers mois								
Hommes	1,2	4,6	2,6	6,2	8,4	5,6	4,4	4,7
Femmes	4,5	2,1	6,8	9,5	6,6	18,0	5,0	6,8
Total	3,0	3,2	4,5	7,9	7,5	12,4	4,8	5,8
Prévalence du <i>binge drinking</i> hebdomadaire ou + au cours des 12 derniers mois								
Hommes	18,7	12,7	9,5	13,0	11,9	15,7	1,4	12,2
Femmes	15,6	3,6	1,3	4,0	4,9	7,5	7,0	5,4
Total	17,0	7,5	5,8	8,4	8,4	11,3	4,8	8,6
Prévalence de l'usage problématique d'alcool sur la vie chez les personnes qui en ont déjà consommé								
Hommes	8,3	19,7	24,9	28,4	12,6	9,7	13,8	18,9
Femmes	8,7	8,9	16,6	19,3	24,4	13,1	3,9	13,7
Total	8,5	13,9	21,4	24,0	18,5	11,3	8,2	16,3

Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

TENDANCES ET ÉVOLUTION EN RÉGION BRUXELLOISE

Les analyses standardisées pour l'âge et le sexe montrent que la surconsommation hebdomadaire et la consommation quotidienne sont relativement stables dans le temps. En revanche, le *binge drinking* hebdomadaire et la prévalence sur la vie de l'usage problématique ont augmenté de manière significative sur la période étudiée (voir figure 4).

Figure 4 : Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du *binge drinking* hebdomadaire et de l'usage problématique sur la vie en Région bruxelloise, 1997-2013

Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

LES DIFFÉRENCES RÉGIONALES MARQUANTES

Globalement, l'enquête HIS montre que l'expérimentation d'alcool est souvent précoce. Chez les jeunes, l'âge de début n'est désormais plus influencé ni par le sexe ni par la filière d'enseignement. Les consommations plus régulières et davantage susceptibles de poser des problèmes (surconsommation hebdomadaire, *binge drinking*, usage quotidien) sont en revanche plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes (sauf en ce qui concerne l'usage quotidien à risque), et augmente progressivement avec l'âge, sauf en ce qui concerne le *binge drinking* qui concerne particulièrement les jeunes de 15-24 ans. Les jeunes sont donc relativement nombreux à pratiquer l'hyperalcoolisation de manière hebdomadaire, 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.

La surconsommation hebdomadaire et la consommation quotidienne à risque ne diffèrent globalement pas entre les régions. En revanche, la consommation quotidienne est plus élevée en Wallonie que dans les deux autres régions, l'inverse étant constaté pour l'usage problématique sur la vie, plus élevé à Bruxelles que dans les autres régions. Enfin, en ce qui concerne le *binge drinking*, parmi ceux qui y ont déjà eu recours, les Wallons sont habituellement plus enclins que les Bruxellois à consommer 6 verres d'alcool en 2 heures maximum (12,9 % *versus* 7,7 %), la différence étant moins marquée par rapport à la Flandre (10,3 %). Cette différence régionale se marque principalement au niveau des 15-24 ans (29,1 % des *binge drinkers* wallons *versus* 5,2 % des bruxellois). On constate également que la différence de genre est peu marquée en ce qui concerne la prévalence du *binge drinking hebdomadaire* chez les 15-24 ans en Région bruxelloise, contrairement à ce que l'on observe en Wallonie. Les jeunes filles bruxelloises sont d'ailleurs beaucoup plus enclines à avoir recours à cette pratique que les jeunes wallonnes (15,6 % *versus* 6,3 %).

Alors que la consommation quotidienne augmente au cours du temps en Wallonie, elle est beaucoup plus stable en Région bruxelloise. À l'inverse, le *binge drinking* hebdomadaire et la prévalence sur la vie de l'usage problématique ont augmenté ces dernières années en Région bruxelloise, alors qu'ils sont restés relativement stables en Wallonie.

2.1.3. L'USAGE D'ALCOOL EN MILIEU ÉTUDIANT BRUXELLOIS

L'entrée aux études supérieures est une période d'initiation à la consommation d'alcool pour beaucoup d'étudiants, durant laquelle certaines pratiques de consommation à risque peuvent aussi se développer ou se renforcer (Borsari, Murphy, & Barnett, 2007 ; Lorant et al., 2013).

La surconsommation, même occasionnelle, peut avoir des conséquences lourdes au niveau social, psychologique ou physique, en particulier chez les jeunes. L'altération du jugement induite par un état d'ébriété, associée au sentiment d'invulnérabilité et à la recherche de sensations, fréquents chez les jeunes (Ravert et al., 2009), leur font parfois prendre des risques inconsidérés (conduite d'un véhicule, défi physique, bagarre, rapports sexuels non protégés, etc.). La surconsommation répétée d'alcool peut aussi avoir un impact nocif sur les performances académiques et sur les relations interpersonnelles (Castaño-Perez & Calderon-Vallejo, 2014 ; Lorant et al., 2011), et augmente fortement le risque de développer une dépendance à l'âge adulte (McCambridge, McAlaney & Rowe R, 2011). Enfin, la consommation répétée de quantités excessives d'alcool, et plus particulièrement la pratique du *binge drinking*¹⁸⁶, peut avoir chez les étudiants un effet nuisible sur des fonctions cognitives telles que l'attention soutenue et la mémoire épisodique ainsi que sur les capacités de planification et les fonctions exécutives (e.g. Hartley, Elsabagh, & File, 2004 ; Parada et al., 2012).

En 2013, la COCOF a confié à l'asbl Modus Vivendi la mission de développer un projet de Réduction des Risques liés à la surconsommation d'alcool en milieu étudiant bruxellois. Ce projet s'est construit en partenariat avec les autorités et des étudiants de l'ULB et de l'Université Saint-Louis. La phase

186 Il s'agit d'un mode de consommation abusif caractérisé par l'ingestion d'une importante quantité d'alcool en un minimum de temps. En général, la quantité définie correspond à au moins 5 ou 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion, la notion d'occasion pouvant elle-même aussi varier suivant les études.

diagnostique se composait d'une enquête en ligne menée auprès de 3.000 étudiants fréquentant l'ULB ou l'Université Saint-Louis. Elle a permis d'identifier les pratiques de consommation des étudiants bruxellois (surconsommation, *binge drinking*, motivations à boire...) et de mieux en comprendre les déterminants (sexe, âge du début de la consommation régulière, folklore étudiant, ...). Nous en résumons ici les principaux constats (pour une présentation détaillée, voir Hogge et Walewyns, 2016).

LES CHIFFRES 2015

Les résultats de cette enquête réalisée en 2015 indiquent que la consommation d'alcool est globalement élevée chez les étudiants bruxellois, tant au niveau du nombre de consommateurs que des quantités consommées. Ainsi 95 % des étudiants interrogés ont déclaré avoir déjà consommé des boissons alcoolisées, ce qui est largement supérieur à la consommation d'alcool estimée dans la population générale, y compris chez les 15-64 ans (voir ci-dessus). Les étudiants ont déclaré avoir consommé en moyenne près de 16 verres de boissons alcoolisées chaque semaine au cours du dernier quadrimestre, ce qui est légèrement plus important que ce qu'ils ont déclaré avoir consommé au cours des vacances d'été (15 verres en moyenne). Si on compare à nouveau ces résultats à ceux de l'enquête de santé par interview, la consommation d'alcool des étudiants paraît particulièrement élevée, puisque seulement 3 % des jeunes bruxellois de 18-24 ans y ont déclaré boire chaque semaine plus de 21 verres de boissons alcoolisées, alors que les étudiants sont plus de 20 % à le faire dans la présente enquête.

Tableau 5 : Distribution des quantités consommées par les étudiants bruxellois, par sexe et par période de consommation, 2015

	Aucun verre	1 à 7 verres	8 à 14 verres	15 à 21 verres	22 verres ou +	Nombre moyen de verres
	%	%	%	%	%	
Hommes						
Vacances d'été	13,4	21,8	20,6	14,4	29,8	19,1
Année académique	9,3	22,2	19,0	16,1	33,4	21,0
Femmes						
Vacances d'été	12,1	36,8	24,6	13,0	13,5	11,5
Année académique	10,7	40,3	23,5	10,7	14,8	11,7
Total						
Vacances d'été	12,5	30,3	22,9	13,6	20,5	14,8
Année académique	10,1	32,5	21,5	13,0	22,9	15,7

Source : Hogge et Walewyns, 2016

Lors de l'année académique¹⁸⁷, un peu moins d'un tiers des étudiants étaient en surconsommation par rapport aux limites hebdomadaires conseillées par l'OMS (14 verres pour les femmes et 21 verres pour les hommes). De plus, 15 % d'entre eux ont pratiqué le *binge drinking*¹⁸⁸ au moins à deux reprises chaque semaine durant cette période, et 15 % ont été ivres au moins deux fois par semaine. Enfin, près d'un étudiant sur 10 peut être considéré comme un gros consommateur dans la mesure où il a déclaré avoir pratiqué à la fois la surconsommation hebdomadaire ainsi que le *binge drinking* et l'ivresse multi hebdomadaires au cours de l'année académique. À l'inverse, 64 % des étudiants ont déclaré n'avoir eu aucune de ces trois pratiques de consommation à risque au cours de cette période.

187 Nous parlerons d'année académique, par opposition aux vacances d'été, mais il faut savoir que les questions relatives à la consommation d'alcool se focalisaient uniquement sur leur dernier quadrimestre (les élèves ayant majoritairement été interrogés entre février et mai) et non sur l'ensemble de l'année académique.

188 Ici défini par la consommation de 5 verres de boissons alcoolisées ou plus sur une période de 2 heures.

Tableau 6 : Types de consommation excessive en fonction des caractéristiques sociodémographiques des étudiants bruxellois, 2015

	Surconsommation hebdomadaire* (%)	<i>Binge drinking</i> multi-hebdo** (%)	Ivresse multi-hebdo** (%)	Fortes consommation*** (%)
Total	29,0	15,2	15,4	9,0
Sexe				
Hommes	33,4	22,9	21,3	13,3
Femmes	25,5	9,4	11,0	5,6
Nombre d'années d'études supérieures				
1	31,4	17,2	15,8	9,3
2	32,6	18,4	18,3	11,0
3	32,4	17,6	18,3	10,6
4	25,6	15,0	14,8	9,4
5+	24,7	10,2	11,7	6,1
Age de début de la consommation régulière				
≤ 14 ans	42,2	29,0	25,5	16,8
15 ans	40,7	20,5	20,9	12,9
16 ans	31,4	15,8	16,1	8,1
≥ 17 ans	19,8	9,2	10,6	6,0
Mode de vie				
Seul	22,6	12,4	13,6	7,5
En couple	13,8	5,3	5,0	1,6
Avec parents	26,2	14,2	14,5	8,2
Colocation	39,4	20,3	19,8	12,4
Baptisé				
Oui	48,3	28,3	26,9	16,5
Non	18,3	8,2	9,2	4,8
Actif dans un groupe d'étudiants				
Oui	40,7	22,5	21,1	13,2
Non	19,9	9,6	11,0	5,7
Participe à des préséances				
Oui	34,3	18,2	18,6	11,4
Non	9,9	1,4	0,8	0,3
<i>Source : Hogge et Walewyns, 2016</i>				
* Plus de 14 verres par semaine pour les femmes et plus de 21 verres pour les hommes				
** 2 fois par semaine ou plus				
*** A pratiqué à la fois la surconsommation hebdomadaire, le <i>binge drinking</i> et l'ivresse multi hebdomadaire au cours du dernier quadrimestre				

Les résultats de l'enquête montrent que la consommation excessive d'alcool des étudiants au cours de l'année académique varie grandement en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques et de facteurs sociaux ou environnementaux.

Ainsi, les hommes sont nettement plus enclins que les femmes à surconsommer de manière hebdomadaire, à pratiquer exagérément le *binge drinking* et à être ivres plusieurs fois par semaine. Cet **effet de genre** est une constante dans la littérature scientifique (voir Borsari et al., 2007 ; Wicki et al., 2010).

De même, les étudiants ont tendance à moins consommer à mesure que le **nombre d'années passées aux études supérieures** augmente, ce qui pourrait traduire, par exemple, une prise de maturité ou de conscience avec le temps de l'effet délétère de la consommation d'alcool sur le travail académique, un plus grand investissement dans la formation académique en fin de cursus (qui se traduirait par une tendance à moins sortir et/ou consommer de l'alcool), ou encore, les effets d'un processus de sélection (les étudiants ayant une consommation excessive d'alcool ayant tendance à être «écartés» des études universitaires suite aux échecs qu'a pu favoriser leur consommation).

L'**âge du début de la consommation régulière** apparaît aussi être un bon prédicteur de la consommation excessive ultérieure, les étudiants qui ont commencé à boire régulièrement des boissons alcoolisées après 16 ans étant nettement moins enclins à présenter une consommation excessive durant leur cursus universitaire que ceux qui ont commencé plus précocement. Généralement, un usage régulier précoce est associé à une consommation d'alcool plus régulière et plus importante et à une augmentation des épisodes de consommation à risque tels que le *binge drinking* (Wicki et al., 2010).

Le **mode de vie** semble également impacter la consommation d'alcool des étudiants. En effet, les étudiants qui vivent en colocation ont une consommation excessive plus élevée que les autres. Enfin, la participation au **folklore étudiantin** et la pratique des présoirées semblent fortement influencer la consommation excessive d'alcool des étudiants, puisque ceux qui sont actifs dans un groupe d'étudiants et ceux qui ont fait leur baptême sont nettement plus exposés que les autres à la consommation excessive, tout comme ceux qui pratiquent des **présoirées**, cette variable étant d'ailleurs la plus discriminante entre ceux qui consomment excessivement et ceux qui ne le font pas.

Enfin, lorsque l'on s'intéresse aux étudiants qui ont déclaré avoir cumulé les trois formes de consommation excessive d'alcool (13,3 % des hommes et 5,6 % des femmes), les résultats sont assez similaires, et à nouveau, ce sont les variables relatives au folklore étudiantin (participation au baptême, à des groupes d'étudiants et à des présoirées) qui sont le plus fortement associées à une consommation excessive.

PERSPECTIVE

Comme la plupart des comportements à risque, la consommation excessive d'alcool en milieu étudiantin est un phénomène multidéterminé, en partie régi par des mécanismes d'apprentissage et de contrôle social (pression sociale, effet de norme et conformité, attentes ; Ennett et al., 2008 ; Lorant et al., 2013 ; Wood, Read, Palfai & Stevenson, 2001). Ceux-ci seraient davantage à l'œuvre dans certains contextes de vie (résidence universitaire ou colocation), en raison de l'implication dans le folklore étudiantin et de la pratique régulière de présoirées que ces modes de vie favorisent. La consommation d'alcool est généralement vécue comme un facilitateur social (fonction de socialisation), qui permet aussi de décompresser (fonction de stimulation) voire de diminuer temporairement le stress généré par les études (fonction de *coping*).

En plus de ces facteurs environnementaux et psychosociaux, il en existe d'autres qui influencent aussi directement les habitudes de consommation et favorisent le développement d'une consommation abusive durant les études : le genre (les hommes étant plus exposés que les femmes)¹⁸⁹, certains traits de personnalité (la recherche de sensations), l'absence de conviction religieuse, la précocité des habitudes de consommation ou encore l'attitude parentale par rapport à l'alcool (pour une revue de la littérature, voir Borsari et al., 2007). De manière plus générale, la consommation excessive d'alcool est un phénomène complexe qui dépasse les frontières du milieu étudiantin, et qui est favorisé par de nombreux facteurs biologiques, psychologiques, sociologiques et culturels en interaction. Le milieu étudiantin semble toutefois jouer un rôle déterminant dans l'acquisition et le renforcement des pratiques de consommation à risque chez les jeunes.

189 Cet effet de genre pourrait s'expliquer à la fois par des différences biologiques (Sapienza, Zingales & Maestripieri, 2009), par l'influence de l'environnement social (Ronay & Kim, 2006), mais aussi par une perception et une évaluation des risques différentes selon le sexe (Spigner & Hawkins, 1993).

2.1.4. L'USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE - ENQUÊTE HIS

L'usage de médicaments psychotropes est particulièrement élevé dans les sociétés occidentales. Ce constat peut en partie s'expliquer par l'influence du modèle biomédical, qui favorise le recours aux médications pour traiter des troubles variés. Des médicaments psychotropes sont en effet abondamment prescrits pour traiter les troubles dépressifs (les antidépresseurs), les troubles anxieux (les anxiolytiques), les douleurs chroniques (les analgésiques) ou encore les troubles du sommeil (les hypno-sédatifs). Ces médicaments font aussi parfois l'objet d'une prescription pour une problématique autre que celle pour laquelle ils sont habituellement ou ont été initialement développés (e.g. le bupropion, qui est un antidépresseur, peut être prescrit pour soutenir un arrêt tabagique ; certains anxiolytiques sont prescrits pour soutenir un sevrage alcoolique ou pour traiter des symptômes épileptiques). Enfin, ils peuvent faire l'objet d'un usage non prescrit, par exemple lorsqu'une personne consomme les comprimés d'un proche ou des produits achetés sans prescription (marché noir, Internet). Au-delà de leur intérêt thérapeutique, ces médicaments peuvent faire l'objet d'un mésusage voire d'une pharmacodépendance, en particulier lorsqu'ils sont prescrits pendant une trop longue durée, lorsque la personne ne respecte pas la posologie ou lorsqu'ils sont prescrits malgré une contre-indication. Ils peuvent aussi faire l'objet d'un détournement sur le marché illégal.

Selon les données publiées par l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS)¹⁹⁰, la Belgique est le pays européen où l'on consomme le plus de benzodiazépines anxiolytiques, avec un total de 101,2 doses journalières pour 1.000 habitants par jour (INSERM, 2012). De même, selon une récente étude, la consommation de médicaments non-prescrits est une pratique relativement courante en Europe (Novak, et al., 2016). En effet, 5 % des européens interrogés¹⁹¹ ont consommé des médicaments à base d'opioïdes (codéine, etc.) hors prescription médicale au cours des 12 derniers mois, et 5,8 % des médicaments hypnotiques ou sédatifs. Ces médicaments sont le plus souvent fournis par un membre de la famille, mais peuvent aussi faire l'objet de vol ou d'«emprunt», de fausses ordonnances ou, plus rarement, d'achat sur Internet.

De manière générale, la consommation de médicaments psychotropes est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, y compris en ce qui concerne l'usage non-médical, et elle a tendance à augmenter avec l'âge (Clark, 2015). Il semblerait donc que, si les femmes consomment moins de drogues illégales et d'alcool que les hommes, cela soit en partie «compensé» par la consommation de médicaments psychotropes.

LES INDICATEURS

En Belgique, l'usage de médicaments psychotropes est estimé dans la population générale sur base de la consommation auto-rapportée lors d'un entretien structuré réalisé dans le cadre de l'enquête HIS. En 2013, plus de 3.500 Wallons et environ 2.500 Bruxellois âgés de 15 ans ou plus ont répondu aux questions sur la consommation de médicaments psychotropes. Nous nous intéresserons ici aux principaux indicateurs disponibles, à savoir **la consommation au cours des 2 dernières semaines de médicaments prescrits : somnifères ou tranquillisants** d'une part et **antidépresseurs** d'autre part. Pour ces deux premiers indicateurs, il n'y pas de vérification par l'enquêteur des médicaments qui sont effectivement consommés. Trois indicateurs supplémentaires s'intéressent à la consommation de médicaments psychotropes au cours des dernières 24 heures, qu'ils fassent ou non l'objet d'une prescription : **la consommation au cours des 24 heures d'antidépresseurs, d'analgésiques, et d'anxiolytiques, sédatifs ou d'hypnotiques**. Ces trois indicateurs sont basés sur un enregistrement effectué par l'enquêteur de tous les médicaments qui ont

190 Les données rapportées par l'OICS sont celles transmises par les gouvernements et sont en général calculées sur base de la différence entre la quantité de médicaments produite ou importée et la quantité exportée sur une période de 3 années. Il s'agit donc d'une estimation agrégée qui ne permet pas de mise en relation avec la consommation réelle (pas d'information sur les quantités invendues) ni avec les indications pour lesquelles ces médicaments ont été prescrits.

191 Il s'agissait d'un panel de 22.070 personnes âgées de 12 à 49 ans provenant de 5 pays européens (Allemagne, Danemark, Espagne, Royaume-Uni, Suède), interrogés à l'aide d'un questionnaire auto-administré.

été consommés au cours des 24 dernières heures¹⁹². L'enquête ne mentionne pas pour quelles indications précises ces médicaments sont consommés, ni en quelle quantité.

LES CHIFFRES 2013 EN WALLONIE

En Wallonie, environ 14 % de la population âgée de 15 ans et plus a consommé, durant les deux dernières semaines, des somnifères ou des tranquillisants prescrits, et environ une personne sur dix des antidépresseurs prescrits. La consommation de ces produits augmente fortement avec l'âge, et elle concerne davantage les femmes que les hommes.

En ce qui concerne la consommation de médicaments durant les dernières 24 heures, les analgésiques ont été consommés (avec ou sans prescription) par environ 6 % de la population wallonne, et les anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques ainsi que les antidépresseurs par environ 7 %. La consommation de ces produits est plus fréquente chez les femmes et elle augmente avec l'âge des répondants.

Rappelons que l'enquête ne fournit pas d'information sur les quantités consommées ni sur les indications concernées. Mais ces niveaux de consommation gagnent à être appréhendés en considérant parallèlement les indicateurs de la santé mentale auto-rapportée par les Wallons. Selon l'enquête HIS 2013, 11,4 % de la population wallonne présentaient des signes de troubles anxieux, 16,8 % des signes de dépression, et 31,5 % des signes de troubles du sommeil au moment où ils ont été interrogés¹⁹³.

Tableau 7 : Prévalence de la consommation de médicaments psychotropes en Wallonie, par sexe et par tranche d'âge, 2013

	15-24 ans (n=475)	25-34 ans (n=500)	35-44 ans (n=538)	45-54 ans (n=621)	55-64 ans (n=601)	65-74 ans (n=457)	75 ans et + (n=395)	Total (N=3.587)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Consommation durant les 2 dernières semaines de sédatifs prescrits (somnifères ou tranquillisants)								
Hommes	1,2	2,0	5,8	10,2	23,2	19,7	33,3	11,4
Femmes	2,6	3,3	11,5	17,8	25,2	27,9	36,3	17,1
Total	1,9	2,7	8,6	14,1	24,2	24,1	35,3	14,4
Consommation durant les 2 dernières semaines d'antidépresseurs prescrits								
Hommes	0,4	2,2	6,0	8,4	13,6	9,5	8,2	6,6
Femmes	2,6	4,3	14,4	17,9	14,2	17,1	14,5	12,2
Total	1,5	3,2	10,2	13,3	13,9	13,6	12,3	9,5
Consommation d'analgésiques durant les dernières 24 heures (avec et sans prescription)								
Hommes	2,2	1,2	3,6	6,9	7,9	4,8	12,4	4,5
Femmes	1,8	4,1	4,9	8,4	8,6	12,4	13,4	6,5
Total	2,0	2,6	4,2	7,7	8,3	8,9	13,1	5,6
Consommation d'anxiolytiques, de sédatifs ou d'hypnotiques durant les dernières 24 heures (avec et sans prescription)								
Hommes	0,0	0,9	6,3	6,8	9,8	10,7	21,6	5,4
Femmes	1,1	1,7	6,5	10,6	14,0	19,6	24,9	8,8
Total	0,6	1,3	6,4	8,8	11,9	15,5	23,7	7,2
Consommation d'antidépresseurs durant les dernières 24 heures (avec et sans prescription)								
Hommes	0,4	1,0	5,6	4,9	10,3	7,7	9,2	4,2
Femmes	3,2	2,2	11,9	15,3	14,8	12,5	14,2	8,9
Total	1,8	1,6	8,7	10,3	12,6	10,3	12,5	6,6

Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

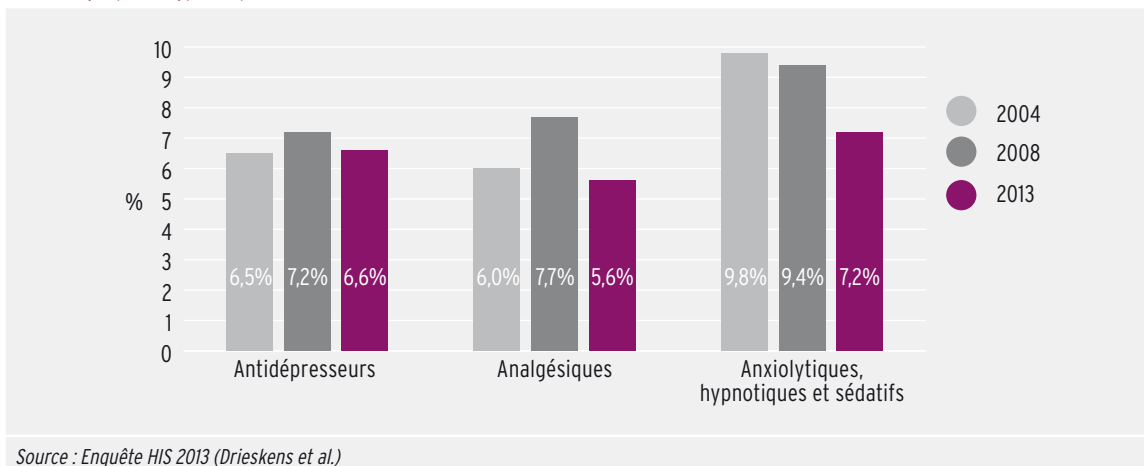
192 L'enregistrement se fait sur base du code CNK figurant sur la boîte du médicament. Il s'agit d'un numéro de code national permettant d'identifier de façon unique chaque forme de conditionnement des produits délivrés dans les officines ouvertes au public. Les préparations magistrales et officinales échappent donc à cet enregistrement.

193 Ces affections psychologiques ont été évaluées à l'aide du *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R), une échelle auto-administrée de *screening* des troubles mentaux. Elle se focalise sur la symptomatologie actuelle de la personne (au cours de la dernière semaine) sans prendre en compte son état habituel. Cette échelle ne permet donc pas de discriminer les troubles chroniques des difficultés ponctuelles non-pathologiques, ce qui explique pourquoi les pourcentages sont assez élevés. Bien qu'elle n'ait pas de valeur diagnostique, elle fournit des indications précieuses sur l'état de santé mentale de la population.

TENDANCES ET ÉVOLUTION EN WALLONIE

La consommation, avec ou sans prescription et endéans les 24 heures, d'antidépresseurs et d'analgésiques est relativement stable dans le temps en Wallonie. On observe en revanche une légère diminution de la consommation d'anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs entre 2008 et 2013 (-2,2 %), qui est statistiquement significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Figure 5 : Évolution de la consommation (avec ou sans prescription) d'antidépresseurs, d'analgésiques ainsi que d'anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs endéans les 24 heures en Wallonie, 2004-2013



LES CHIFFRES 2013 EN RÉGION BRUXELLOISE

En Région bruxelloise, une personne sur dix parmi la population âgée de 15 ans et plus a consommé, durant les deux dernières semaines, des somnifères ou des tranquillisants prescrits, et environ sept personnes sur cent des antidépresseurs prescrits. La consommation de ces produits augmente fortement avec l'âge, et elle concerne un peu plus les femmes que les hommes.

En ce qui concerne la consommation de médicaments durant les dernières 24 heures, les analgésiques ont été consommés (avec ou sans prescription) par environ 6 % de la population bruxelloise, les anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques par environ 5 % et les antidépresseurs par 4 %. La consommation de ces produits est plus fréquente chez les femmes et elle augmente avec l'âge des répondants, surtout à partir de 75 ans.

Rappelons que l'enquête ne fournit pas d'information sur les quantités consommées ni sur les indications concernées. Mais ces niveaux de consommation peuvent être lus à la lumière des indicateurs de la santé mentale auto-rapportée par les Bruxellois. Selon l'enquête HIS 2013, 11,7 % de la population bruxelloise présentaient des signes de troubles anxieux, 18,2 % des signes de dépression, et 33,1 % des signes de troubles du sommeil au moment où ils ont été interrogés, sur base de l'échelle SCL-90-R (voir la note de bas de page précédente).

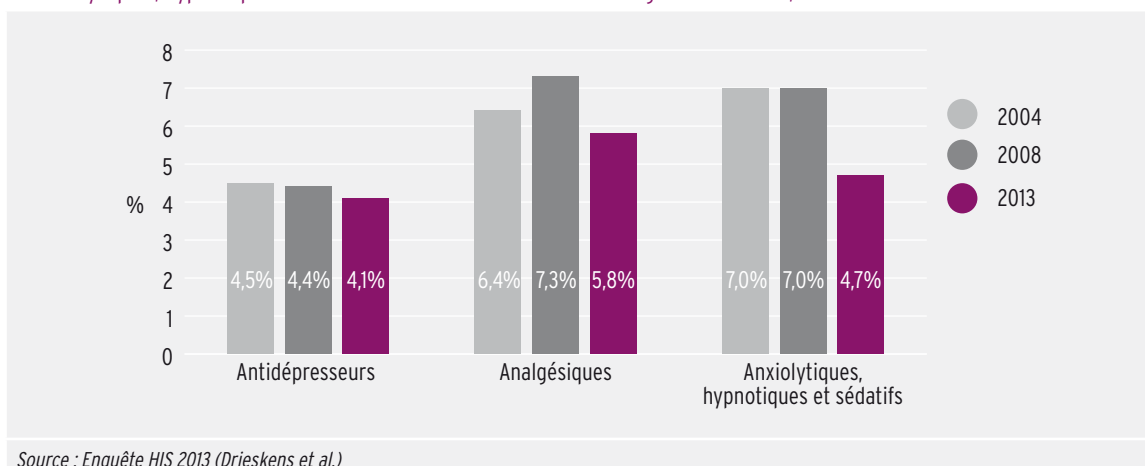
Tableau 8 : Prévalence de la consommation de médicaments psychotropes en Région bruxelloise, par sexe et par tranche d'âge, 2013

	15-24 ans (n=343)	25-34 ans (n=509)	35-44 ans (n=465)	45-54 ans (n=430)	55-64 ans (n=355)	65-74 ans (n=206)	75 ans et + (n=220)	Total (N=2.528)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Consommation durant les 2 dernières semaines de sédatifs prescrits (somnifères ou tranquillisants)								
Hommes	2,7	2,4	9,5	13,9	17,3	20,0	18,8	9,8
Femmes	1,0	2,8	8,5	9,6	16,1	21,6	36,9	11,1
Total	1,8	2,6	9,0	11,7	16,6	20,9	30,3	10,5
Consommation durant les 2 dernières semaines d'antidépresseurs prescrits								
Hommes	1,5	1,3	6,7	12,8	7,2	0,5	8,6	5,4
Femmes	0,2	3,8	9,3	9,8	12,7	15,9	13,9	8,2
Total	0,9	2,6	7,9	11,4	10,1	9,1	11,9	6,9
Consommation d'analgésiques durant les dernières 24 heures (avec et sans prescription)								
Hommes	0,0	6,5	3,9	10,5	5,5	3,7	8,7	4,5
Femmes	5,1	5,9	4,9	8,0	6,4	11,6	21,4	7,0
Total	2,6	6,2	4,3	9,3	6,0	8,1	16,7	5,8
Consommation d'anxiolytiques, de sédatifs ou d'hypnotiques durant les dernières 24 heures (avec et sans prescription)								
Hommes	1,6	0,7	4,5	7,0	5,4	7,0	14,3	3,6
Femmes	0,0	2,3	3,6	9,1	9,9	12,6	24,5	5,8
Total	0,8	1,6	4,0	8,0	7,7	10,1	20,8	4,7
Consommation d'antidépresseurs durant les dernières 24 heures (avec et sans prescription)								
Hommes	0,0	0,2	2,5	2,7	6,1	2,0	9,7	2,0
Femmes	0,0	2,7	8,2	10,0	10,6	16,3	14,2	6,2
Total	0,0	1,5	5,2	6,3	8,5	10,0	12,6	4,1

Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

TENDANCES ET ÉVOLUTION EN RÉGION BRUXELLOISE

La consommation, avec ou sans prescription et endéans les 24 heures, d'antidépresseurs et d'analgésiques est relativement stable dans le temps en Région bruxelloise. On observe toutefois une légère diminution de la consommation d'anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs entre 2008 et 2013 (-2,3 %), qui est statistiquement significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Figure 6 : Évolution de la consommation (avec ou sans prescription) d'antidépresseurs, d'analgésiques ainsi que d'anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs endéans les 24 heures en Région bruxelloise, 2004-2013

LES DIFFÉRENCES RÉGIONALES MARQUANTES

La consommation au cours des deux dernières semaines d'antidépresseurs prescrits est significativement plus élevée en Wallonie (9,5 %) qu'à Bruxelles (6,9 %). En revanche, si la consommation de sédatifs prescrits (somnifères ou tranquillisants) est plus élevée en Wallonie (14,4 %) qu'en Région bruxelloise (10,5 %), la différence n'est pas significative après standardisation pour l'âge et le sexe. En ce qui concerne la consommation de médicaments psychotropes (avec ou sans prescription) au cours des dernières 24 heures, elle est un peu plus élevée en Wallonie qu'en Région bruxelloise pour les antidépresseurs (6,6 % *versus* 4,1 %) ainsi que pour les anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs (7,2 % *versus* 4,7 %). En revanche, on n'observe pas de différence en ce qui concerne les analgésiques (5,6 % *versus* 5,8 %).

2.1.5. L'USAGE DE DROGUES CHEZ LES JEUNES - ENQUÊTE HBSC

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 consommations (tabac, alcool, drogues et multimédias). L'étude est menée à l'échelle de la Fédération Wallonie-Bruxelles par le Service d'Information Promotion Éducation Santé de l'ULB (SIPES). En 2014, plus de 3.700 élèves wallons et près de 1.000 élèves bruxellois âgés de 15 à 20 ans et scolarisés dans l'enseignement secondaire francophone ont répondu aux questions relatives à la consommation de drogues.

L'enquête est effectuée sur un échantillon représentatif d'élèves sur base d'un échantillonnage 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 Fédération Wallonie-Bruxelles et non pour chaque région prise isolément. Les données présentées à l'échelle régionale doivent donc être considérées avec prudence, en particulier pour la Région bruxelloise pour laquelle l'échantillon est plus réduit.

Enfin, le questionnaire de l'enquête réalisée en 2014 a été considérablement remanié. Le nombre de questions portant sur les drogues a malheureusement été réduit et celles-ci ne concernent désormais que les élèves de 4^{ème} secondaire ou plus. Par conséquent, les tendances de consommation dans le temps ne peuvent être dégagées que pour certains indicateurs. En outre, la formulation des questions ainsi que les modalités de réponse ont également évolué au cours du temps. Pour ces raisons, l'évolution des consommations doit être interprétée avec prudence. Le rapport de l'enquête peut être téléchargé sur le site du SIPES (<http://sipes.ulb.ac.be> ; voir Moreau et al., 2017).

Années de collecte de données	1994-1998-2002-2006-2010-2014
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Comportement de santé des jeunes
Population cible*	Elèves de 4 ^{ème} secondaire ou plus
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire stratifié
Échantillon d'étude*	En 2014, environ 3700 élèves en Wallonie et 950 élèves en Région bruxelloise
Taux de participation des écoles contactées	18,3 % pour les écoles secondaires en 2014
Couverture	Jeunes de 15-20 ans scolarisés en Fédération Wallonie-Bruxelles
Instrument d'investigation	Questionnaire auto-administré
* pour les questions relatives à l'usage de drogues	

LES CHIFFRES EN WALLONIE

Les résultats de cette enquête suggèrent que la prévalence de la consommation de cannabis et d'ecstasy est en diminution chez les élèves de 15-20 ans scolarisés en Wallonie. En 2014, plus d'un tiers des jeunes interrogés ont déclaré avoir consommé au moins une fois du cannabis. La consommation des autres produits est peu courante et est soit relativement stable (amphétamines, opiacés, cocaïne, LSD) soit en diminution (champignons hallucinogènes, tranquillisants, poppers, colle) par rapport à ce que l'on observait en 2002. En 2014, 14,7 % des étudiants wallons interrogés ont déclaré être consommateurs de cannabis au moment de l'enquête. Plus précisément, 2,4 % ont déclaré en consommer tous les jours, 3,7 % pas quotidiennement mais chaque semaine, et 8,6 % moins d'une fois par semaine.

Tableau 9 : Évolution de la prévalence de la consommation de drogues sur la vie chez les jeunes de 15-20 ans scolarisés en Wallonie. Enquête HBSC 1994-2014

	1994	2002	2006	2010	2014
	%	%	%	%	%
Cannabis	21,6	41,7	41,8	38,4	35,1
Ecstasy (et autres drogues de synthèse)	6,2	9,0	5,9	4,1	3,1
Amphétamines	2,8	2,6	/	/	2,9
Opiacés	1,7	1,4	/	/	1,1
Cocaïne	2,1	4,1	/	/	3,0
LSD	2,9	2,5	/	/	1,8
Champignons hallucinogènes	/	9,6	/	/	3,1
Tranquillisants	4,4	3,7	/	/	2,1
Poppers	/	8,3	/	/	3,0
Colle	3,6	4,8	/	/	1,3

Source : Katia Castetbon (SIPES-ULB), communication personnelle

LES CHIFFRES EN RÉGION BRUXELLOISE

La prévalence de la consommation de cannabis et d'ecstasy semble également être en diminution chez les élèves de 15-20 ans scolarisés en Région bruxelloise. En 2014, près d'un quart des jeunes de 15-20 ans ont déclaré avoir déjà consommé du cannabis. Comme en Wallonie, la consommation des autres produits est peu courante, et relativement stable (amphétamines, opiacés, cocaïne, LSD, tranquillisants, colle) voire en diminution (champignons hallucinogènes, poppers) par rapport à ce que l'on observait en 2002. En 2014, 8,1 % des étudiants bruxellois interrogés ont déclaré être consommateurs de cannabis au moment de l'enquête. Plus précisément, 1,9 % ont déclaré en consommer tous les jours, 3 % pas quotidiennement mais chaque semaine, et 3 % moins d'une fois par semaine.

Tableau 10 : Évolution de la prévalence de la consommation de drogues sur la vie chez les jeunes de 15-20 ans scolarisés en Région bruxelloise. Enquête HBSC 1994-2014

	1994	2002	2006	2010	2014
	%	%	%	%	%
Cannabis	26,8	33,0	45,3	33,0	23,8
Ecstasy et autres drogues de synthèse	6,3	6,0	4,3	1,8	2,8
Amphétamines	3,6	2,0	/	/	2,7
Opiacés	1,0	0,9	/	/	2,0
Cocaïne	2,2	4,3	/	/	2,7
LSD	3,6	2,5	/	/	1,6
Champignons hallucinogènes	/	9,6	/	/	3,1
Tranquillisants	3,1	3,0	/	/	1,9
Poppers	/	8,3	/	/	3,0
Colle	2,1	3,2	/	/	1,8

Source : Katia Castetbon (SIPES-ULB), communication personnelle

LES DIFFÉRENCES RÉGIONALES MARQUANTES

Selon cette enquête, en 2014, les jeunes wallons sont proportionnellement plus nombreux que les jeunes bruxellois à avoir consommé du cannabis au moins une fois dans la vie, et ce alors que l'on observait peu de différences régionales lors des enquêtes antérieures. La consommation occasionnelle de ce produit semble plus élevée en Wallonie qu'en Région bruxelloise. En revanche, la prévalence de la consommation régulière est sensiblement équivalente (6,1 % en Wallonie *versus* 4,9 % à Bruxelles). La prévalence sur la vie de la consommation des autres produits ne diffère pas entre les deux régions.

2.1.6. L'ATTITUDE DES JEUNES PAR RAPPORT AUX DROGUES - FLASH EUROBAROMÈTRE

Depuis 2002, la Commission européenne finance des Flash Eurobaromètres, sous la forme d'enquêtes téléphoniques thématiques menées auprès de groupes cibles. Le Flash Eurobaromètre 401 Young people and drugs, publié en août 2014 (TNS Political & Social, 2014) a permis d'appréhender l'attitude des jeunes par rapport aux drogues ainsi que l'évolution de la consommation de certaines substances, dont les euphorisants légaux. Au total, un échantillon de 13.128 jeunes âgés de 15 à 24 ans en provenance des 28 pays membres de l'UE a été interrogé, généralement à hauteur de 500 répondants par pays. Afin de garantir une représentativité des échantillons nationaux, les responsables de l'enquête ont sélectionné aléatoirement les participants via l'utilisation de registres de téléphones fixes et mobiles, et ce, en suivant une méthode standardisée et identique pour chaque pays.

Année de collecte de données	2014
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	13.128 jeunes européens, dont 500 belges
Taux de réponse	Inconnu
Couverture	Europe
Distribution d'âge	15 à 24 ans
Instrument d'investigation	Interview téléphonique assisté par ordinateur (WebCATI)

CONSOMMATION DE LEGAL HIGHS

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 produits d'origine végétale légèrement psychoactifs vendus dans des smartshops ou via Internet depuis plus d'une décennie et n'ayant jamais véritablement posé des problèmes d'ordre sanitaire (e.g. Kratom, laitue vireuse, damiana), et couvre surtout d'autre part les nouvelles substances psychoactives d'origine synthétique (ou nouvelles drogues de synthèse) qui n'ont pas encore été interdites et qui peuvent parfois être présentées sous forme végétale (après avoir été mélangées à des extraits inactifs). Ces derniers produits sont généralement synthétisés en Chine ou en Inde et sont soit vendus à l'état brut comme «*research chemicals*» via Internet, soit sont reconditionnés afin de leur donner l'apparence de la drogue qu'ils imitent. Ils sont ensuite vendus sur Internet et parfois aussi dans des smartshops, avec un marketing attractif. Généralement, ces molécules sont détournées de leur usage initial (en recherche scientifique) voire parfois spécialement mises au point pour contourner les lois sur les drogues. La manière dont est formulée la question dans cette enquête évoque plutôt cette deuxième classe de produits.

Selon cette enquête, la prévalence d'usage de *legal highs* sur la vie s'élève à environ 8 % pour les répondants belges et européens¹⁹⁴ âgés de 15 à 24 ans (voir tableau 11). Il s'agit là d'une hausse par rapport à 2011 (+4 % pour les jeunes belges et +3 % pour les jeunes européens). Cette augmentation, qui touche globalement tous les pays européens, témoigne du succès grandissant de ces produits auprès des jeunes, qui pourrait en partie s'expliquer par une plus grande connaissance de leur existence et par une augmentation de leur disponibilité sur Internet. En effet, un relevé réalisé par l'OEDT montre clairement que le nombre de sites de vente en ligne n'a cessé de croître ces dernières années. Ainsi, alors qu'en janvier 2010 un total de 170 sites Internet vendaient certains euphorisants légaux prédéfinis (non limités aux nouvelles drogues de synthèse) à au moins un pays de l'Union européenne, ce nombre est passé à 314 en janvier 2011, puis à 693 en janvier 2012 et 651 en 2013 (EMCDDA, 2015). Cette augmentation du nombre de sites online de vente s'est en outre produite parallèlement à une hausse du nombre de nouvelles substances psychoactives détectées sur le territoire européen (voir chapitre 4).

En 2014, des questions relatives à l'usage récent et actuel de ces substances ont également été introduites dans l'enquête, et il ressort qu'ils sont apparemment peu fréquents, puisque seulement 1 % des répondants belges et européens ont déclaré avoir consommé l'un de ces produits au cours des 30 derniers jours et 3 à 4 % au cours des 12 derniers mois. Même si cette enquête ne fournit pas d'indication sur la fréquence de consommation, il est donc probable que l'usage qu'en font les jeunes soit, pour la plupart, essentiellement expérimental ou très occasionnel.

Par comparaison, l'enquête Global Drug Survey réalisée sur Internet en 2013 montrait qu'environ 4 % des 2.700 répondants belges ont déclaré avoir consommé au moins une fois un *legal high* (ou une *research chemical*) au cours des 12 derniers mois. Toutefois, les résultats de cette enquête ne sont pas représentatifs de la population belge en raison de l'absence de méthode d'échantillonnage stricte. 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 donc être extrapolés avec prudence.

Si l'on rapporte le pourcentage d'expérimentation (usage sur la vie) enregistré en Belgique à la taille de la population belge âgée de 15 à 24 ans observée au moment de l'enquête (à savoir 1.342.717 personnes), et pour autant que l'échantillon soit effectivement représentatif de cette population, on peut estimer qu'environ 110.000 jeunes belges de cet âge (±35.000¹⁹⁵) ont déjà consommé au moins une fois un euphorisant légal.

194 Il existe une importante disparité entre pays en ce qui concerne l'usage de ces substances. Ainsi, 22 % des jeunes irlandais interrogés ont déclaré en avoir déjà consommé, suivi par 13 % des répondants espagnols et slovaques, et 12 % des jeunes français, ces trois derniers pays étant ceux où l'on observe la plus forte augmentation de l'usage de ces produits par rapport à 2011.

195 Les intervalles de confiance ont été calculés par nos soins. La marge d'erreur de l'estimation est particulièrement élevée en raison de la taille de l'échantillon.

Tableau 11 : Prévalence de la consommation de *legal highs* chez les Belges et les Européens âgés de 15 à 24 ans. Flash Eurobaromètre 2014

	Échantillon belge (N=500)	Moyenne européenne (N=13.128)	Minimum européen	Maximum européen
	%	%	%	%
Usage de <i>legal highs</i> sur la vie	8,2	7,8	0,5	22,4
Usage de <i>legal highs</i> les 12 derniers mois	3,4	3,9	0,0	8,8
Usage de <i>legal highs</i> les 30 derniers jours	1,0	1,3	0,0	4,0

Source : Flash Eurobaromètre 401

MODES D'APPROVISIONNEMENT, CONTEXTES DE CONSOMMATION ET DISPONIBILITÉ PERÇUE DES *LEGAL HIGHS*

Les jeunes qui ont consommé des *legal highs* au cours des 12 derniers mois¹⁹⁶ les ont généralement achetés ou reçus d'un ami (68 % des Européens et 87 % des Belges) ou achetés auprès d'un dealer (27 % des Européens et 35 % des Belges). En revanche, ils les ont rarement achetés sur Internet (3 % des Belges et 3 % des Européens). En ce qui concerne les contextes habituels de consommation, ces substances sont le plus souvent utilisées entre amis (pour 60 % des Européens et 100 % des Belges), ou lors d'une fête ou d'un événement (65 % des Européens et 76 % des Belges), et le sont plus rarement seul et en privé (15 % des Européens et 9 % des Belges). Enfin, en ce qui concerne la disponibilité perçue, 25 % des Européens et 20 % des Belges interrogés estiment qu'il serait facile d'obtenir une de ces substances dans les 24 heures.

Ces données suggèrent qu'une partie des jeunes de 15-24 ans sont effectivement conscients que les *legal highs* sont facilement disponibles. Néanmoins, ils sont très peu nombreux à les acheter directement sur Internet. On notera toutefois que cette question ne renseigne que sur le mode d'approvisionnement individuel, et non sur l'origine des produits, ceux-ci pouvant avoir été commandés initialement sur Internet par un ami, un dealer ou encore le gérant d'un smartshop dans lequel l'utilisateur les aura finalement achetés.

DANGÉROSITÉ PERÇUE ET OPTIONS DE RÉGULATION DE LA DISPONIBILITÉ DES *LEGAL HIGHS*

En ce qui concerne la dangerosité perçue, 86 % des Européens interrogés (89 % des Belges) estiment que consommer une ou deux fois un *legal high* engendre un risque modéré ou élevé pour la santé de l'utilisateur, contre 96 % (98 % des Belges) en cas d'usage régulier. Cette enquête met également en évidence une autre donnée intéressante : elle concerne l'attitude des jeunes par rapport aux options de régulation de ces nouveaux produits. Il apparaît que seulement 35 % des jeunes européens (38 % des Belges) sont favorables à une interdiction de ces substances en toutes circonstances, alors que 47 % des répondants européens (42 % des Belges) estiment qu'il ne faudrait interdire que les substances présentant un risque pour la santé. Enfin, 15 % des jeunes européens (16 % des Belges) sont favorables à la mise en place d'un marché réglementé.

Ces derniers résultats, similaires à ceux observés en 2011, suggèrent que les jeunes européens sont généralement conscients des risques que peut engendrer la consommation ponctuelle ou régulière de ces substances. En outre, ils sont davantage favorables à la mise en place d'un marché réglementé des *legal highs*, qu'ils ne le sont pour les drogues illégales (à l'exception du cannabis).

PERSPECTIVES

Si la consommation de *legal highs* a augmenté en Belgique entre 2011 et 2014, elle n'y est apparemment pas particulièrement élevée, si on la compare à celle relevée dans d'autres pays de l'UE. Cette disparité peut s'expliquer en partie par des différences culturelles (propension à effectuer des achats sur Internet, présence de smartshops dans le pays, etc.), mais elle pourrait aussi être due à des variations au niveau

196 Au total 508 jeunes européens et 17 jeunes belges ont déclaré avoir consommé au moins une fois un de ces produits au cours des 12 derniers mois. En raison du faible nombre de Belges concernés par cette consommation, les pourcentages relatifs à la Belgique sont fournis uniquement à titre indicatif et doivent être appréhendés avec prudence.

de la disponibilité des drogues illégales classiques. Ainsi, dans le cas de la Belgique, qui est un petit pays avec une forte densité de population et dans lequel la production et l'importation de drogues illégales est importante, les produits classiques (cannabis, MDMA, amphétamines, héroïne, cocaïne...) sont facilement disponibles et avec un rapport qualité/prix satisfaisant pour le consommateur, ce qui pourrait expliquer le faible intérêt des Belges pour ces nouveaux produits.

Dans d'autres pays toutefois, les *legal highs* concurrencent davantage les produits classiques et nous ne sommes pas à l'abri d'une évolution de la situation belge. Ces produits peuvent dès lors inquiéter les autorités sanitaires, parce que certains d'entre eux sont responsables d'intoxications aiguës sérieuses et parfois mortelles. En fait, le profil pharmacologique et toxicologique de ces nouvelles drogues de synthèse (NDS ; que l'on nomme aussi nouveaux produits de synthèse NPS ou nouvelles substances psychoactives NSP) est généralement peu documenté voire inconnu. Il convient dès lors de les appréhender avec prudence en raison des incertitudes quant aux effets, dosages ou encore risques associés à leur consommation, ce que les usagers plus naïfs ou trop confiants ne font pas forcément.

Les risques liés à la consommation de ces produits sont majorés et surtout difficiles à évaluer pour plusieurs raisons: 1) la fabrication et le reconditionnement de ces substances s'effectuent en dehors de tout contrôle sanitaire, d'où les risques de mélange de molécules, d'erreur d'étiquetage, de dosage approximatif ou encore de contamination bactérienne ou fongique ; 2) ces substances circulent parfois sur le marché noir comme ersatz de drogues illégales sans que l'utilisateur en soit informé ; or elles n'ont pas forcément les mêmes effets ni le même dosage; 3) leur dosage ne tolère pas les approximations, certaines NDS pouvant être mortelles à partir de quelques milligrammes, de sorte qu'il convient de les appréhender avec prudence. Malgré cela, ces substances sont généralement vendues sans notice d'utilisation, puisqu'elles ne sont officiellement pas destinées à la consommation humaine¹⁹⁷. Le marketing, qui est parfois associé à la vente de ces produits (emballage et nom de vente attractif), peut en outre induire un sentiment de sécurité fallacieux et dangereux chez les consommateurs non-avertis.

Pour faire face à ce phénomène, la Belgique a pris l'option d'utiliser un système d'interdiction basé sur des classifications génériques, évitant ainsi de devoir continuellement mettre à jour la liste des produits interdits¹⁹⁸. La loi de 1921 a donc été modifiée de manière à poser les bases légales de ce type de législation (voir la loi du 9 février 2014). L'arrêté royal précisant les classifications génériques sur laquelle cette loi s'applique a été publié le 26 septembre 2017 (voir 1.1.5). Alors que la prohibition est manifestement inefficace et contre-productive en matière de lutte contre l'usage de drogues (voir par exemple Coppel & Doubre, 2012 ; De Corte, De Grauwe & Tytgat, 2013 ; CGPD, 2013 ; Insulza, 2013 ; Werb et al., 2011, 2013), que le *dark web*¹⁹⁹ devient un mode alternatif et discret d'accès aux produits interdits, et que d'autres alternatives encourageantes sont initiées (les marchés réglementés), la réponse belge peut donc sembler manquer d'audace.

⋮ Nous renvoyons le lecteur intéressé par le sujet des nouvelles drogues
 ⋮ de synthèse à notre livret thématique disponible sur notre site internet,
 ⋮ ainsi qu'à l'article rédigé dans la revue *Psychotropes* (Hogge, 2014).

197 Sur Internet, ces produits sont en effet systématiquement vendus comme non destinés à la consommation humaine (*not for human consumption*), de manière à contourner également les lois sur les substances réglementées telles que les médicaments et les compléments alimentaires.

198 Pour une présentation critique de cette loi, nous renvoyons le lecteur aux pages 33 et 34 de notre rapport 2013-2014 ainsi qu'au point 1.1.5 du présent rapport.

199 Le Dark web réfère à l'ensemble des contenus et échanges effectués sur le *Deep web* (la partie non indexée du web) via des *Darknets* (réseaux permettant les échanges anonymes, dont le plus connu est Tor). Les commandes de drogues sur le *Dark web* se font le plus souvent via des cryptomarchés, dont le plus emblématique fut Silk Road.

2.1.7. 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 souvent associée à cette pratique et des différentes formes de prostitution (en rue ou en vitrine, via des salons de «massages», dans des clubs privés, par le biais de petites annonces, etc.). Selon les estimations, il y aurait entre 15.000 et 20.000 travailleurs/euses du sexe en Belgique, dont 80 % seraient des femmes et 15 % des transsexuels, et dont la majorité (60 %) serait issue 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 d'ailleurs l'adoption de conduites à risque au niveau sexuel (De Graaf, Vanwesenbeeck, van Zessen, Straver, & Visser, 1995). Malgré cela, l'ampleur de l'usage de drogues dans ce groupe spécifique est peu documentée au niveau européen, y compris en Belgique (voir Roelands, 2010).

Dans ce contexte, une étude a été récemment réalisée à l'échelle nationale (via un 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. L'objectif était de comprendre plus finement cette problématique afin de pouvoir adapter au mieux l'offre sanitaire aux besoins de cette population (pour le rapport complet, voir Decorte, Stoffels, Leuridan, Van Damme & Van Hal, 2011).

⋮ Les résultats de cette enquête ont été présentés de manière détaillée
 ⋮ dans notre rapport 2013-2014 sur l'usage de drogues en Fédération
 ⋮ Wallonie-Bruxelles (pages 66-68). Ce rapport est disponible sur le site
 ⋮ www.eurotox.org.

2.1.8. L'USAGE DE DROGUES EN PRISON

L'usage de drogues ne s'arrête pas aux portes des prisons. De nombreux produits y sont introduits de manière illégale, y compris les drogues usuelles. Les risques liés à l'usage de drogues sont souvent amplifiés dans l'enceinte de la prison : l'usager ayant moins d'opportunités de se cacher, il est souvent contraint de consommer dans la précipitation ; en outre, le matériel nécessaire à certains modes de consommation ne peut être obtenu librement. Ainsi, les usagers de drogues par injection sont souvent contraints de récupérer des seringues usagées dans la poubelle de l'infirmerie, ou de fabriquer leur propre «seringue», puisque la distribution de matériel stérile d'injection n'y est pas autorisée. Cette situation favorise la réutilisation excessive du matériel (ce qui favorise le risque de contraction d'abcès, etc.) et le partage de matériel entre usagers, ce qui augmente le risque de transmission de maladies infectieuses telles que le VIH et l'hépatite C.

Selon la Loi de Principes (du 12 janvier 2005), la détention devrait en théorie se limiter à la privation de liberté, sans entraver l'accès aux soins ou à tout ce qui permet de préserver la santé de la personne incarcérée. Or différents rapports et témoignages nationaux ou internationaux prouvent régulièrement que l'équivalence de soins n'est pas assurée (Bertrand & Clinaz, 2015 ; OIP, 2013). Dans le cas spécifique de la Belgique, cette situation est en outre compliquée par le fait que les soins de santé en prison dépendent actuellement du SPF Justice et non du SPF Santé publique (voir aussi 1.4.3.).

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. Cette enquête avait précédemment été menée en 2008, 2006 ainsi qu'en 2003. Elle est actuellement suspendue.

Les résultats de l'enquête 2010 sont présentés de manière détaillée dans notre rapport 2013-2014 sur l'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles (pages 69-72). Ce rapport est disponible sur le site www.eurotox.org.

2.2. 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, même si elles en fournissent une première approximation. En effet, elles se basent sur des comportements auto-révélés et peuvent être confrontées à certains biais, notamment en raison de la formulation de certains *items* ou 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 de l'usage d'alcool et de drogues sur la santé constituent une problématique complexe qui ne peut pas être légitimement abordée par questionnaire, notamment parce que les répondants n'en ont pas forcément conscience ou connaissance. Les données que nous allons présenter dans cette section sont donc essentielles car elles fournissent des indications plus précises sur les conséquences de l'usage de ces produits sur la santé.

2.2.1. DEMANDE DE TRAITEMENT AUPRÈS DES SERVICES SPÉCIALISÉS EN ASSUÉTUDES ET DES HÔPITAUX - L'INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT (TDI)

Selon les estimations, seule une minorité des usagers de drogues illicites évoluerait vers une consommation problématique (UNODC, 2011 ; Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005). La prévalence de l'usage problématique d'alcool concerne également une minorité des usagers, mais elle paraît proportionnellement plus fréquente que pour les drogues illégales, en particulier en ce qui concerne la dépendance alcoolique, qui est estimée annuellement à 5 % pour les hommes et à 1 % pour les femmes au niveau européen (Anderson & Baumberg, 2006). Enfin, toutes les personnes présentant un usage problématique ne demandent pas forcément de l'aide, et la durée moyenne entre le premier usage du produit et le premier traitement varie de 5 à 8 ans au niveau européen, selon le produit (EMCDDA, 2002). Les données relatives aux demandes de traitement ne sont donc pas forcément représentatives de l'ensemble des personnes présentant un usage problématique, et elles ne sont pas adaptées pour détecter précocement les nouvelles pratiques de consommation.

L'INDICATEUR

L'indicateur de demande de traitement (appelé TDI pour *Treatment demand indicator*) lié à l'usage de drogues est l'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés récoltés dans les pays de l'Union Européenne de manière à ce que l'OEDT puisse évaluer la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes en Europe. Il consiste en un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soins pour un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale²⁰⁰. Il vise à fournir une estimation annuelle du nombre et à dresser le profil des personnes ayant fait une telle demande de soin. En Belgique, les demandes de traitement liées à une consommation problématique d'alcool sont également enregistrées. Le TDI n'est toutefois pas une estimation de la prévalence annuelle des demandes

200 Les traitements des maladies (hépatite alcoolique ou virale, abcès, HIV, etc.) associées à cet usage sont exclus de l'enregistrement. En outre, une seule demande annuelle doit être comptabilisée par patient. En Belgique, les demandes multiples sont filtrées sur base du numéro de registre national des patients. Néanmoins, l'utilisation de ce numéro n'est pas obligatoire et il n'est donc pas systématiquement utilisé. Actuellement, les demandes annuelles multiples ne peuvent donc pas être parfaitement filtrées.

de traitement, c'est-à-dire de l'ensemble des patients en demande de traitement sur une année civile, car le protocole ne prévoit que l'enregistrement des nouvelles demandes de traitement introduites sur une année civile (et non de l'ensemble des traitements en cours). En Belgique, l'enregistrement TDI est coordonné par le WIV-ISP.

Les centres ayant une convention avec l'INAMI, les hôpitaux (général et psychiatriques), ainsi que les services agréés auprès de la Région wallonne sont dans l'obligation formelle de participer à la récolte de cet indicateur. En Région bruxelloise, même si l'actuel décret ambulatoire COCOF n'exige pas formellement d'y participer, une grande partie des centres y contribuent effectivement, à l'instar de centres ayant un autre type de financement. En revanche, les traitements dispensés en cabinet privé (y compris les traitements de substitution aux opiacés ; voir 2.2.2) ainsi qu'en milieu pénitentiaire ne sont actuellement pas enregistrés, ni d'ailleurs ceux dispensés en maison médicale ou dans un service de santé mentale non spécialisé en assuétudes, à quelques rares exceptions près. Les nouveaux traitements de substitution aux opiacés initiés dans les hôpitaux et dans les services spécialisés en assuétudes sont en revanche inclus dans le TDI.

Dans les pages qui suivent, nous présentons le profil des patients ayant introduit en 2016 une demande de traitement dans un service spécialisé en assuétudes ou dans un hôpital (général ou psychiatrique) en Wallonie et en Région bruxelloise. Les données seront présentées par produit principal ainsi que tous produits confondus. Cette catégorie «tous produits» inclut donc également les demandes portant sur un produit principal autre que ceux décrits précisément dans les tableaux (e.g. amphétamine, médicaments psychotropes, etc.). L'unité d'analyse est le patient. En cas de demandes multiples provenant d'un même patient, seule la dernière demande de traitement a donc été incluse dans l'analyse. Néanmoins, toutes les demandes multiples n'ont pu être éliminées en raison d'un nombre relativement élevé de demandes anonymes (23,7 % en Wallonie et 40,3 % en Région bruxelloise). Les demandes anonymes ont par défaut été considérées comme patients uniques, afin de ne pas les exclure.

LES CHIFFRES 2016 EN WALLONIE

Description des patients par âge et par sexe

Le nombre de demandes de traitement pour un problème de consommation d'alcool ou de drogues s'élevait à 7.793 en 2016 dans les centres participant actuellement à la récolte de cet indicateur en Wallonie (services spécialisés et hôpitaux). Ce nombre correspondait à 6.703 patients uniques, dont l'âge et le sexe étaient précisés pour 6.684 d'entre eux. Les patients sont majoritairement de sexe masculin (68,7 %) et d'un âge compris entre 25 et 54 ans (75,8 %). Ces tranches d'âge sont probablement davantage représentées parce qu'il existe un délai important entre l'âge du premier usage (en moyenne vers 21 ans) et l'âge du premier traitement (vers 40 ans en moyenne). Cette latence importante s'explique d'une part par la difficulté qu'ont généralement les usagers à identifier et accepter leur problème de consommation, et d'autre part par la difficulté à passer à l'action et solliciter une aide professionnelle une fois le problème reconnu. Ces étapes peuvent en effet s'étendre sur de nombreuses années, préalablement jalonnées de tentatives autonomes et plus ou moins efficaces de reprise de contrôle de la consommation. Le nombre de demandes de traitement baisse ensuite à partir de 55 ans, probablement pour différentes raisons (augmentation avec l'âge de la probabilité de réussir un traitement et maintenir l'abstinence, augmentation de la mortalité, diminution du risque de développer un usage problématique, etc.).

Comme on peut le voir sur le tableau 12, l'âge et le sexe des patients peuvent considérablement varier en fonction du produit principal²⁰¹. Par exemple, la proportion de femmes est plus importante pour l'alcool (34 %) que pour les autres produits. De même, la proportion de patients de moins de 25 ans est particulièrement importante pour le cannabis (39,8 %), alors qu'elle est généralement marginale pour les autres produits. Enfin, la proportion de patients de 55 ans et + est nettement plus importante pour l'alcool (23,1 %) que pour les autres produits.

201 Le produit principal est défini comme celui qui pose le plus de problèmes à l'usager lors de l'introduction de la demande de traitement. Son identification repose généralement sur la demande faite par les usagers et/ou sur le diagnostic posé par le thérapeute.

Tableau 12 : Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes en traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux en Wallonie, 2016

	24 ans et -	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55 ans et +	Total
	%	%	%	%	%	%
Tous produits						
Hommes (n=4.591)	6,4	16,3	20,6	16,8	8,6	68,7
Femmes (n=2.093)	2,1	5,8	8,0	8,3	7,1	31,3
Total (N=6.684)	8,5	22,1	28,6	25,1	15,7	100
Alcool						
Hommes (n=2.737)	2,2	11,4	19,4	19,9	13,1	66
Femmes (n=1.412)	0,9	3,9	8,5	10,7	10,0	34
Total (N=4.149)	3,1	15,3	28,0	30,6	23,1	100
Opiacés						
Hommes (n=826)	7,1	25	27,9	17,9	1,1	78,9
Femmes (n=221)	2,4	7,4	6,5	3,3	1,4	21,1
Total (N=1.047)	9,5	32,5	34,4	21,2	2,5	100
Cocaïne						
Hommes (n=398)	10,5	27,5	28,0	8,0	0,4	74,4
Femmes (n=137)	3,4	10,7	8,0	3,4	0,2	25,6
Total (N=535)	13,8	38,1	36,1	11,4	0,6	100
Cannabis						
Hommes (n=419)	31,9	26,4	13,4	4,2	0,9	76,9
Femmes (n=126)	7,9	8,4	5,1	1,7	0,0	23,1
Total (N=545)	39,8	34,9	18,5	5,9	0,9	100

Source : WIV-ISP

Description des patients par produit principal

Globalement, il apparaît qu'une importante proportion des demandeurs est peu ou pas scolarisée, qu'une grande majorité a des revenus précaires et qu'une portion relativement élevée vit en logement précaire, en particulier en ce qui concerne les patients pris en charge dans les services spécialisés. Cette représentation élevée des demandeurs précarisés est certainement amplifiée par le fait que les personnes en situation d'abus ou de dépendance à une substance qui en ont les moyens ont davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans des cabinets privés. Or, ceux-ci ne participent pas actuellement à l'enregistrement des demandes de traitement. La précarité sociale, qui mène souvent à l'exclusion sociale, reste donc une réalité pour un grand nombre d'usagers pris en charge en Wallonie. Ces usagers sont en grande partie pris en charge dans les services spécialisés.

Le profil sociodémographique et de consommation des patients pris en charge dans les services spécialisés diffère sensiblement de celui des patients pris en charge dans les hôpitaux. En particulier, il apparaît que ces derniers sont globalement moins précarisés que les personnes prises en charge dans les services spécialisés. De même, la proportion de femmes est plus élevée dans les hôpitaux que dans les services spécialisés (probablement parce que ces services sont en général fortement «masculinisés» et peu adaptés aux spécificités féminines), et les patients y sont également globalement plus âgés. Enfin, les patients pris en charge dans les hôpitaux ont plus fréquemment introduit la demande de traitement de leur propre initiative que les patients pris en charge dans les services spécialisés.

En ce qui concerne la problématique de consommation, les produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement enregistrées en 2016 dans les services spécialisés sont, par ordre d'importance, les opiacés (36,8 %), l'alcool (28 %), la cocaïne/crack (16,3 %) et le cannabis (14,2 %). Dans les hôpitaux, la répartition est sensiblement différente, puisque l'alcool est de loin la substance principale la plus fréquemment évoquée (76,7 %). Les autres produits (opiacés, cocaïne et cannabis) sont mentionnés dans environ 5 % des cas.

Dans les services spécialisés, plus de la moitié des patients sont pris en charge dans des centres ambulatoires (56,2 %), mais le cadre de traitement peut fortement varier en fonction du produit à l'origine de la demande. Par exemple, les prises en charge en bas seuil sont très fréquentes pour les usages problématiques d'opiacés (45,1 %) alors qu'elles sont rares pour les usages problématiques d'alcool (3 %).

La plupart des patients ont des antécédents thérapeutiques liés à une problématique d'assuétude, tant dans les services spécialisés (58,9 %) que dans les hôpitaux (62,5 %). Néanmoins, la fréquence des antécédents thérapeutiques varie en fonction du produit principal. Ainsi, la présence d'antécédents de traitement est très fréquente chez les usagers problématiques d'opiacés (80,8 % dans les services spécialisés et 86,3 % dans les hôpitaux) alors qu'elle est relativement moins fréquente chez les patients en demande de traitement pour une consommation problématique de cannabis (19 % dans les services spécialisés et 52,7 % dans les hôpitaux). Dans les services spécialisés, plus d'un tiers des patients (39 %) a déjà bénéficié d'un traitement de substitution, ce type de traitement étant forcément très fréquent chez les patients pris en charge pour un usage problématique d'opiacés (78 %). Dans les hôpitaux, la proportion de patients ayant déjà bénéficié d'un traitement de substitution est nettement moins élevée (19 %).

Une grande partie des patients (39,4 % dans les services spécialisés et 53,8 % dans les hôpitaux) ont introduit la demande de traitement de leur propre initiative, et un peu moins d'un tiers (30,4 % dans les services spécialisés et 30,2 % dans les hôpitaux) suite à une réorientation²⁰². Les demandes émanant du secteur de la justice sont citées par plus d'un patient sur dix (12,3 %) dans les services spécialisés, alors qu'elles sont très rares dans les hôpitaux (3,3 %), probablement parce que le système judiciaire réoriente davantage vers les services spécialisés (dont certains sont d'ailleurs spécialisés dans la prise en charge des usagers justiciables). Les demandes de traitement émanant de la justice sont beaucoup plus fréquentes chez les patients dont le produit principal est le cannabis (24,6 % dans les services spécialisés et 10 % dans les hôpitaux).

Environ un patient sur dix (14,4 % dans les services spécialisés et 6,9 % dans les hôpitaux) a mentionné avoir déjà eu recours à l'injection. Les comportements d'injection 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. Parmi les patients ayant déjà eu recours à l'injection, près de la moitié dans les services spécialisés (48,2 %) et plus d'un tiers dans les hôpitaux (38,5 %) ont déclaré avoir déjà partagé au moins une fois des aiguilles ou des seringues avec une autre personne. Et pour ceux qui ont déjà eu recours au partage, il avait eu lieu endéans les 30 derniers jours pour 14,9 % des patients, tant dans les services spécialisés que dans les hôpitaux. Finalement, dans les services spécialisés, parmi les patients ayant pratiqué l'injection, 48,8 % ont déjà eu recours au partage du matériel connexe d'injection (cuillère, filtre, etc.), et 20 % de ceux qui l'ont déjà fait l'ont fait durant les 30 derniers jours (à noter que la question sur le partage de matériel connexe n'est pas posée dans les hôpitaux).

Enfin, une proportion relativement importante des patients présente une polyconsommation problématique, c'est-à-dire qu'en dépit de la présence très fréquente d'un produit principal, d'autres produits (au moins un, alcool compris) contribuent à la problématique de consommation du patient : 43,2 % dans les services spécialisés et 26,2 % dans les hôpitaux. La polyconsommation problématique est nettement moins fréquente chez les patients dont le produit principal est l'alcool ou le cannabis.

202 La réorientation est ici définie comme toute demande impulsée par un autre service d'aide aux patients : un service social, un autre centre pour usagers de drogues, un médecin généraliste, et enfin un hôpital ou un autre service médical.

Tableau 13 : Profil des patients ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux en Wallonie, 2016

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	2.021	566	743	329	286	4.682	3.592	307	208	262
% des patients	100	28,0	36,8	16,3	14,2	100	76,7	6,6	4,4	5,6
Sexe (%)										
Hommes	77,1	71,3	80,2	75,9	84,6	65,1	65,1	75,6	72,1	68,7
Femmes	22,9	28,7	19,8	24,1	15,4	34,9	34,9	24,4	27,9	31,3
<i>non-réponses (n)</i>	4	1	2	1	0	3	3	0	0	0
Âge										
Moyenne	35,5	40,9	36,2	33,5	25,9	44,1	46,2	38,8	35,3	31,5
Médiane	35	40	36	32	24	44	46	39	35	30
<i>non-réponses (n)</i>	11	4	2	1	3	1	1	0	0	0
Type de traitement (%)										
Bas seuil	24,0	3,0	45,1	25,5	12,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambulatoire	56,2	76,0	35,5	42,2	83,9	0,7	0,8	0,7	0,0	0,4
Résidentiel	19,8	21	19,4	32,2	3,8	99,3	99,2	99,3	100	99,6
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	39,4	27,7	58,4	41,1	16,4	53,8	53,4	65,7	63,9	45,0
Famille/amis	16,6	13,2	14,5	19,0	23,9	11,9	11,9	8,3	12,2	14,6
Réorientation	30,4	45,1	18,9	28,8	30,0	30,2	31,3	22,4	22,4	29,2
Justice	12,3	13,2	7,8	9,8	24,6	3,3	2,6	3,3	1,5	10,0
Autre	1,4	0,7	0,4	1,2	5,0	0,8	0,8	0,3	0,0	1,2
<i>non-réponses (n)</i>	38	14	13	3	6	37	24	4	3	2
Logement (%)										
Domicile fixe	73,2	77,8	66,4	70,0	84,8	87,9	89,6	72,2	81,9	84,0
Logements variables	4,9	3,2	5,3	7,3	3,2	3,9	3,3	7,0	9,3	3,8
Dans la rue	7,1	2,0	14,8	6,1	0,4	3,2	2,4	12,9	4,9	2,7
Institution	9,9	13,6	6,5	11,9	9,2	3,4	3,5	3,6	2,5	6,9
Prison	4,4	3,0	5,9	4,0	2,5	0,8	0,5	3,3	0,5	2,3
Autre	0,7	0,4	1,1	0,6	0,0	0,7	0,7	1,0	1,0	0,4
<i>non-réponses (n)</i>	21	8	8	2	3	37	27	5	4	0
Situation de cohabitation (%)										
Seul	43,3	46,8	49,1	35,2	30,0	46,3	46,9	49,6	40,9	41,9
En couple	26,9	30,4	25,4	30,7	23,2	31,7	34,2	14,7	26,3	21,6
Avec parents/famille	24,8	20,5	18,3	27,0	44,4	17,8	15,1	27,7	24,7	33,1
Avec amis	4,2	2,4	5,7	5,9	1,6	3,8	3,2	7,9	8,1	3,4
Autre	0,8	0,0	1,4	1,1	0,8	0,5	0,6	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	27	9	7	7	3	64	47	8	4	2
Scolarité (%)										
Non scolarisé	3,3	2,3	3,9	4,5	3,2	2,8	2,2	4,2	5,7	6,0
Primaire	40,1	27,1	46,7	36,7	48,8	20,5	17,9	32,0	31,3	29,6
Secondaire	46,0	52,9	44,0	46,4	38,9	54,0	54,0	56,0	52,6	54,4
Supérieur	9,7	16,9	4,6	11,4	7,5	21,7	24,9	7,0	9,4	8,8
Autre	0,9	0,8	0,8	1,0	1,6	1,0	1,0	0,7	1,0	1,2
<i>non-réponses(n)</i>	252	86	84	40	34	341	275	23	16	12

Tableau 13 : (suite)

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Source de revenu (%)										
Salaire/revenu de travail	13,8	20,2	5,8	21,1	15,4	16,8	18,8	5,3	12,7	10,8
Allocation de chômage	16,5	15,1	17,5	16,0	16,5	12,5	12,3	12,0	16,6	15,9
Bourse d'études	0,2	0,2	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0
Indemnité pour maladie ou invalidité	31,6	38,1	32,0	32,6	15,8	46,3	46,2	48,2	47,3	40,2
Revenu minimum ou CPAS	17,7	12,8	25,7	15,7	12,2	8,9	7,1	20,3	14,6	15,1
Allocations familiales	1,0	0,2	0,3	0,0	4,3	0,4	0,3	0,3	0,5	2,0
Pension de retraite ou de survie	1,8	5,3	0,3	0,3	0,4	8,9	10,8	1,0	1,0	0,4
Aucun revenu propre	16,5	7,7	16,9	13,1	35,1	4,9	3,6	11,0	7,3	11,2
Autre	0,9	0,5	1,1	1,3	0,4	1,2	0,8	1,7	0,0	4,4
<i>non-réponses (n)</i>	85	17	40	16	7	140	111	6	3	11
Traitement antérieur (%)										
Oui	58,9	53,6	80,8	55,2	19,0	62,5	60,7	86,3	68,5	52,7
Non	41,1	46,4	19,2	44,8	81,0	37,5	39,3	13,7	31,5	47,3
<i>non-réponses (n)</i>	46	18	14	5	7	176	146	7	5	6
Traitement de substitution (%)										
Oui	39,0	13,0	78,0	29,0	6,0	19,0	12,0	82,0	34,0	17,0
Non	61,0	87,0	22,0	71,0	94,0	81,0	88,0	18,0	66,0	83,0
<i>non-réponses (n)</i>	78	31	26	9	8	525	443	13	22	23
Comportement d'injection (%)										
Jamais	85,6	97,2	73,7	81,0	98,8	93,1	96,6	61,2	79,0	94,3
Oui, les 30 derniers jours	3,5	0,0	6,4	5,5	0,0	2,1	0,4	16,4	14,4	0,8
Oui, les 12 derniers mois	2,1	0,0	3,8	4,2	0,0	0,6	0,2	3,5	1,0	0,4
Oui, il y a plus de 12 mois	7,4	2,6	13,4	8,1	1,2	3,5	2,3	17,5	4,1	4,1
Oui, non précisé	1,4	0,2	2,8	1,3	0,0	0,7	0,5	1,4	1,5	0,4
<i>non-réponses (n)</i>	178	69	55	19	28	322	243	21	13	18
Polyconsommation problématique (%)										
Oui	43,2	20,7	54,6	58,4	32,9	26,2	16,5	73,6	68,8	48,9
Non	56,8	79,3	45,4	41,6	67,1	73,8	83,5	26,4	31,3	51,1
<i>non-réponses (n)</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Source : WIV-ISP

Description des patients avec et sans antécédents thérapeutiques par produit principal

Les tableaux 14 et 15 permettent de contraster le profil sociodémographique et de consommation des patients avec et sans antécédents thérapeutiques pour un usage problématique d'alcool ou de drogues. Nous présentons brièvement quelques aspects saillants de cette comparaison.

Proportionnellement, les patients primo-demandeurs sont plus fréquemment en traitement pour un usage problématique de cannabis que les patients avec antécédents thérapeutiques, en particulier dans les services spécialisés (27,9 % *versus* 4,6 %). Les seconds y sont à l'inverse plus fréquemment en traitement pour un usage problématique d'opiacés que les patients primo-demandeurs (50,6 % *versus* 17,3 %). En revanche, dans les hôpitaux, les différences entre patients primo-demandeurs et patients avec antécédents thérapeutiques sont nettement moins marquées au niveau du produit à l'origine de la demande de traitement.

Les patients avec des antécédents thérapeutiques sont plus fréquemment pris en charge dans les services spécialisés de type résidentiel que les patients sans antécédents thérapeutiques, lesquels sont davantage pris en charge dans les structures ambulatoires.

Le traitement a plus fréquemment été initié sur base d'une initiative propre pour les patients avec antécédents thérapeutiques que pour les patients primo-demandeurs, mais cette différence ne s'observe nettement que dans les services spécialisés (48,7 % *versus* 26,5 %). À l'inverse, les demandes de traitement des patients primo-demandeurs émanent plus fréquemment du secteur de la justice ou de l'entourage (famille, amis) qu'en cas d'antécédents thérapeutiques, mais à nouveau plus spécifiquement dans les services spécialisés.

Les patients primo-demandeurs sont un peu moins concernés par la précarité économique et de logement que les patients avec antécédents thérapeutiques. À nouveau, cette différence s'observe surtout dans les services spécialisés.

Enfin, les patients avec antécédents thérapeutiques sont proportionnellement plus nombreux à avoir déjà eu recours à l'injection et à déclarer une polyconsommation problématique que ceux sans antécédents thérapeutiques, tant dans les services spécialisés que dans les hôpitaux.

Tableau 14 : Profil des patients avec antécédents thérapeutiques ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux en Wallonie, 2016

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	1.164	294	589	179	53	2.816	2.093	259	139	135
% des patients	100	25,3	50,6	15,4	4,6	100	74,3	9,2	4,9	4,8
Sexe (%)										
Hommes	78,8	71,8	81,9	76,0	92,5	66,7	66,1	77,2	71,9	68,1
Femmes	21,2	28,2	18,1	24,0	7,5	33,3	33,9	22,8	28,1	31,9
<i>non-réponses (n)</i>	2	0	2	0	0	3	3	0	0	0
Âge										
Moyenne	37,6	41,6	37,1	34,6	30,2	44,1	46,2	38,7	37,0	34,3
Médiane	38	41	38	34	31	44	46	39	38	33
<i>non-réponses (n)</i>	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Type de traitement (%)										
Bas seuil	25,3	1,7	40,4	20,7	15,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambulatoire	44,8	62,6	37,2	31,3	66,0	0,6	0,7	0,4	0,0	0,7
Résidentiel	29,9	35,7	22,4	48	18,9	99,4	99,3	99,6	100	99,3
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	48,7	34,5	58,6	52,0	22,6	57,2	56,1	69,1	70,3	47,4
Famille/amis	12,3	10,2	12,1	10,6	26,4	9,9	10,0	7,4	8,7	11,1
Réorientation	28,7	45,1	20,5	28,5	26,4	28,8	30,3	20,3	19,6	31,9
Justice	9,7	9,9	8,4	8,4	22,6	3,5	2,9	2,7	1,4	9,6
Autre	0,5	0,3	0,3	0,6	1,9	0,6	0,6	0,4	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	5	1	4	0	0	23	15	3	1	0
Logement (%)										
Domicile fixe	66,6	68,2	66,6	59,3	77,4	85,6	88	72,5	77,4	77,8
Logements variables	6,3	3,8	6,0	12,4	5,7	4,8	3,9	7,5	10,2	6,7
Dans la rue	8,2	2,1	12,6	7,3	1,9	3,8	2,6	12,9	6,6	3,0
Institution	12,7	22,3	7,7	15,8	7,5	4,0	4,1	3,5	3,6	8,1
Prison	5,3	3,4	6,0	4,0	7,5	1,1	0,7	2,7	0,7	4,4
Autre	1,0	0,3	1,2	1,1	0,0	0,8	0,7	0,8	1,5	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	7	2	3	2	0	17	10	4	2	0

Tableau 14 : (suite)

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Situation de cohabitation (%)										
Seul	45,6	45,8	47,3	42,4	31,1	51,3	52,1	50,6	45,8	48,3
En couple	25,2	28,2	25,7	25,9	20,0	26,8	29,5	12,7	22,1	19,8
Avec parents/famille	23,4	23,1	20,0	23,7	44,4	17,1	14,5	27,8	22,9	27,6
Avec amis	4,7	2,8	5,3	7,2	0,0	4,5	3,6	8,9	9,2	4,3
Autre	1,2	0,0	1,6	0,7	4,4	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	12	3	4	5	0	40	27	6	2	2
Scolarité (%)										
Non scolarisé	3,4	1,1	4,2	5,6	2,0	2,5	1,8	4,5	5,4	4,0
Primaire	41,4	28,6	47,2	41,9	47,1	23,1	20,1	32,8	34,1	35,5
Secondaire	45,7	51,5	42,9	42,5	45,1	53,3	53,3	55,3	50,4	52,4
Supérieur	8,4	17,9	4,7	8,8	3,9	20,4	24,2	6,6	10,1	8,1
Autre	1,0	0,8	0,9	1,3	2,0	0,6	0,6	0,8	0,0	0,0
<i>non-réponses(n)</i>	119	32	62	19	2	180	137	15	10	11
Source de revenu (%)										
Salaire/revenu de travail	7,8	11,5	5,0	10,5	13,7	12,9	14,7	5,1	8,0	9,3
Allocation de chômage	14,8	12,2	17,0	12,3	9,8	11,2	10,8	11,8	12,4	18,6
Bourse d'études	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Indemnité pour maladie ou invalidité	40,7	50,0	34,8	46,2	37,3	51,9	51,1	51,8	58,4	48,1
Revenu minimum ou CPAS	21,0	13,2	27,5	18,1	13,7	10,0	8,4	19,2	14,6	14,0
Allocations familiales	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2	0,0	0,7	0,8
Pension de retraite ou de survie	1,8	5,6	0,2	0,6	0,0	8,5	10,7	0,4	1,5	0,8
Aucun revenu propre	12,8	6,9	14,2	11,7	23,5	4,1	3,2	10,6	4,4	4,7
Autre	1,0	0,7	1,2	0,6	2,0	1,0	0,8	1,2	0,0	3,9
<i>non-réponses (n)</i>	43	6	25	8	2	62	46	4	2	6
Traitement de substitution (%)										
Oui	66,4	23,8	96,0	53,1	30,8	30,2	19,5	95,3	49,2	31,4
Non	33,6	76,2	4,0	46,9	69,2	69,8	80,5	4,7	50,8	68,6
<i>non-réponses (n)</i>	32	13	12	4	1	349	297	6	17	17
Comportement d'injection (%)										
Jamais	78,8	95,7	70,5	70,8	96,2	89,7	94,7	58,7	70,5	89,6
Oui, les 30 derniers jours	4,8	0,0	6,4	8,8	0,0	3,1	0,7	16,5	20,2	0,8
Oui, les 12 derniers mois	3,2	0,0	4,4	6,4	0,0	1,0	0,4	4,1	1,6	0,8
Oui, il y a plus de 12 mois	11,3	3,9	15,8	12,3	3,8	5,3	3,5	19,0	5,4	8,0
Oui, non précisé	1,9	0,4	2,9	1,8	0,0	1,0	0,8	1,7	2,3	0,8
<i>non-réponses (n)</i>	65	12	40	8	1	154	104	17	10	10
Polyconsommation problématique (%)										
Oui	47,9	22,1	53,5	70,4	35,8	31,7	20,3	77,6	71,9	53,3
Non	52,1	77,9	46,5	29,6	64,2	68,3	79,7	22,4	28,1	46,7

Source : WIV-ISP

Tableau 15 : Profil des patients primo-demandeurs ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux en Wallonie, 2016

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	811	254	140	145	226	1.690	1.353	41	64	121
% des patients	100	31,3	17,3	17,9	27,9	100	80,1	2,4	3,8	7,2
Sexe (%)										
Hommes	74,9	70,8	74,3	75,9	83,2	62,7	63,5	73,2	71,9	70,2
Femmes	25,1	29,2	25,7	24,1	16,8	37,3	36,5	26,8	28,1	29,8
<i>non-réponses (n)</i>	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Âge										
Moyenne	32,6	40,0	32,3	32,1	25	43,9	46,2	37,9	31,7	28,5
Médiane	30	40	30	31	23	44	46	34	32	27
<i>non-réponses (n)</i>	4	0	0	1	3	1	1	0	0	0
Type de traitement (%)										
Bas seuil	23,2	4,7	68,6	31,7	11,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambulatoire	70,4	89,8	22,9	54,5	88,1	0,9	1,0	2,4	0,0	0,0
Résidentiel	6,4	5,5	8,6	13,8	0,4	99,1	99	97,6	100	100
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	26,5	19,7	59,9	27,8	15,3	50,7	51,9	48,8	51,6	43,0
Famille/amis	22,8	16,9	24,1	29,9	23,4	15,9	15,6	12,2	19,4	19,0
Réorientation	32,6	45,4	10,9	29,9	30,6	29,7	29,6	31,7	27,4	27,3
Justice	15,7	16,9	5,1	10,4	25,2	2,8	1,9	7,3	1,6	9,1
Autre	2,4	1,2	0,0	2,1	5,4	0,9	1,0	0,0	0,0	1,7
<i>non-réponses (n)</i>	14	5	3	1	4	9	7	0	2	0
Logement (%)										
Domicile fixe	82,3	88,6	66,7	82,1	86,2	91,0	91,5	65,9	90,6	90,1
Logements variables	2,9	2,8	2,2	1,4	2,7	2,7	2,6	4,9	7,8	0,8
Dans la rue	5,7	1,6	25,4	4,8	0,0	2,5	2,2	14,6	1,6	2,5
Institution	6,2	4,3	1,4	7,6	9,8	2,9	2,9	4,9	0,0	5,8
Prison	2,7	2,4	3,6	4,1	1,3	0,3	0,1	7,3	0,0	0,0
Autre	0,2	0,4	0,7	0,0	0,0	0,6	0,6	2,4	0,0	0,8
<i>non-réponses (n)</i>	4	0	2	0	2	7	7	0	0	0
Situation de cohabitation (%)										
Seul	39,2	46,2	54,5	27,0	28,3	38,1	39,2	44,4	29,7	36,0
En couple	29,2	32,6	25,0	34,9	24,2	38,6	40,7	25,0	34,4	21,9
Avec parents/famille	27,6	19,1	12,9	31,7	45,5	19,6	16,4	27,8	29,7	39,5
Avec amis	3,7	2,1	7,6	4,8	2,0	2,9	2,8	2,8	6,3	2,6
Autre	0,3	0,0	0,0	1,6	0,0	0,8	0,9	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	7	1	1	2	3	9	9	0	0	0
Scolarité (%)										
Non scolarisé	3,1	3,7	2,4	3,1	3,6	3,2	2,6	2,7	6,7	7,5
Primaire	37,8	24,3	44,1	29,9	50,3	16,5	15,0	27,0	26,7	24,2
Secondaire	46,6	55,1	49,6	51,2	36,4	54,9	54,8	62,2	55,0	55,8
Supérieur	11,6	15,9	3,9	15,0	8,2	24,1	26,4	8,1	8,3	10,0
Autre	0,8	0,9	0,0	0,8	1,5	1,3	1,2	0,0	3,3	2,5
<i>non-réponses(n)</i>	105	40	13	18	31	81	65	4	4	1

Tableau 15 : (suite)

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Source de revenu (%)										
Salaire/revenu de travail	22,4	30,1	9,2	33,8	15,8	23,0	25,0	7,5	21,9	12,1
Allocation de chômage	19,2	18,9	20,0	20,4	18,1	13,5	13,1	12,5	26,6	13,8
Bourse d'études	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	2,5	0,0	0,0
Indemnité pour maladie ou invalidité	18,6	24,9	20,0	16,2	10,4	38,2	40,0	27,5	23,4	30,2
Revenu minimum ou CPAS	13,2	11,6	20,0	12,7	12,2	7,1	5,1	27,5	15,6	17,2
Allocations familiales	2,3	0,4	1,5	0,0	5,4	0,6	0,4	2,5	0,0	2,6
Pension de retraite ou de survie	1,8	4,8	0,8	0,0	0,5	9,5	10,8	2,5	0,0	0,0
Aucun revenu propre	21,6	8,4	27,7	14,8	37,6	6,5	4,6	12,5	12,5	19,0
Autre	0,8	0,4	0,8	2,1	0,0	1,4	0,9	5,0	0,0	5,2
<i>non-réponses (n)</i>	25	5	10	3	5	50	40	1	0	5
Comportement d'injection (%)										
Jamais	96,0	99,1	88,6	93,4	99,5	98,5	99,4	73,7	95,1	99,1
Oui, les 30 derniers jours	1,5	0,0	6,8	1,5	0,0	0,6	0,0	15,8	3,3	0,9
Oui, les 12 derniers mois	0,6	0,0	1,5	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oui, il y a plus de 12 mois	1,7	0,9	3,0	2,9	0,5	0,7	0,4	10,5	1,6	0,0
Oui, non précisé	0,3	0,0	0,0	0,7	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	85	43	8	9	22	87	68	3	3	6
Polyconsommation problématique (%)										
Oui	37,1	19,3	58,6	44,8	32,7	18,9	11,8	56,1	62,5	44,6
Non	62,9	80,7	41,4	55,2	67,3	81,1	88,2	43,9	37,5	55,4

Source : WIV-ISP

TENDANCES ET ÉVOLUTION EN WALLONIE

On constate en Wallonie, sur la période 2011-2016, une augmentation des demandes de traitement enregistrées auprès des centres spécialisés en assuétudes ainsi que dans les hôpitaux. Cette augmentation s'explique en grande partie par une augmentation du nombre de centres participants. Actuellement, il est méthodologiquement difficile d'évaluer les évolutions dans le temps des profils de patients dans la mesure où le protocole TDI a été remanié en 2015 et que la couverture de l'enregistrement a considérablement fluctué ces dernières années. Le lecteur intéressé trouvera néanmoins une analyse partielle de tendances dans le rapport national TDI 2015 (Antoine, 2016).

Tableau 16 : Évolution de la récolte des demandes de traitement en Wallonie, 2011-2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Services spécialisés (N)	23	27	28	30	29	30
N demandes de traitement	1.542	1.546	1.674	1.954	2.244	2.244
N patients uniques*	1.401	1.470	1.614	1.870	2.140	2.140
<i>Traitement bas seuil</i>	377	350	365	471	436	436
<i>Traitement ambulatoire</i>	566	764	883	1.034	1.160	1.160
<i>Traitement résidentiel</i>	458	356	366	365	544	544
Hôpitaux (N)	6	11	13	26	37	37
N demandes de traitement	614	1.747	2.057	3.403	5.229	5.492
N patients uniques*	584	1.603	1.873	3.041	4.512	4.682

* après élimination (partielle) des demandes multiples
Source : WIV-ISP

LES CHIFFRES 2016 EN RÉGION BRUXELLOISE

Description des patients par âge et par sexe

Le nombre de demandes de traitement pour un problème de consommation d'alcool ou de drogues s'élevait à 3.485 en 2016 dans les centres participant actuellement à la récolte de cet indicateur en Région bruxelloise (services spécialisés et hôpitaux). Ce nombre correspondait à 3.000 patients uniques, dont l'âge et le sexe étaient précisés pour 2.927 d'entre eux. Les patients sont majoritairement de sexe masculin (ratio 3 pour 1) et d'un âge compris entre 25 et 54 ans (80 %). Ces tranches d'âge sont probablement davantage représentées parce qu'il existe un délai important entre l'âge du premier usage (en moyenne vers 21 ans) et l'âge du premier traitement (vers 39 ans en moyenne). Cette latence importante s'explique d'une part par la difficulté qu'ont généralement les usagers à identifier et accepter leur problème de consommation, et d'autre part par la difficulté à passer à l'action et solliciter une aide professionnelle une fois le problème reconnu. Ces étapes peuvent en effet s'étendre sur de nombreuses années, préalablement jalonnées de tentatives autonomes et plus ou moins efficaces de reprise de contrôle de la consommation. Le nombre de demandes de traitement baisse ensuite à partir de 55 ans, probablement pour différentes raisons (augmentation avec l'âge de la probabilité de réussir un traitement et maintenir l'abstinence, augmentation de la mortalité avec l'âge, diminution avec l'âge du risque de développer un usage problématique, etc.).

Comme on peut le voir sur le tableau 17, l'âge et le sexe des patients peuvent considérablement varier en fonction du produit principal²⁰³. Par exemple, la proportion de femmes est plus importante pour l'alcool (28,2 %) que pour les autres produits, en particulier les opiacés (14,9 %). De même, la proportion de patients de moins de 25 ans est particulièrement importante pour le cannabis (32,3 %), alors qu'elle est marginale pour les autres produits. Enfin, la proportion de patients de 55 ans et + est plus importante pour l'alcool (19,3 %) que pour les autres produits (-de 4 %).

Tableau 17 : Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes en traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux en Région bruxelloise, 2016

	24 ans et -	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55 ans et +	Total
	%	%	%	%	%	%
Tous produits						
Hommes (n=2.219)	6,5	21,4	23,7	16,9	7,4	75,8
Femmes (n=708)	1,9	5,3	6,7	6,1	4,2	24,2
Total (N=2.927)	8,3	26,6	30,4	23,0	11,6	100
Alcool						
Hommes (n=1.014)	3,3	15,4	20,9	20,0	12,2	71,8
Femmes (n=399)	1,1	3,8	7,6	8,6	7,1	28,2
Total (N=1.413)	4,4	19,1	28,6	28,6	19,3	100
Opiacés						
Hommes (n=468)	3,6	26,5	33,3	18,5	3,1	85,1
Femmes (n=82)	2,4	5,6	4,0	2,4	0,5	14,9
Total (N=550)	6,0	32,2	37,3	20,9	3,6	100
Cocaïne						
Hommes (n=301)	7,7	32,5	24,3	13,5	1,6	79,4
Femmes (n=78)	1,3	10	5,5	3,7	0,0	20,6
Total (N=379)	9,0	42,5	29,8	17,2	1,6	100
Cannabis						
Hommes (n=223)	26	29,5	13,7	8,8	0,4	78,2
Femmes (n=62)	6,3	6,0	6,7	2,8	0,0	21,8
Total (N=285)	32,3	35,4	20,4	11,6	0,4	100
<i>Source : WIV-ISP</i>						

203 Le produit principal est défini comme celui qui pose le plus de problèmes à l'utilisateur lors de l'introduction de la demande de traitement. Son identification repose généralement sur la demande faite par les usagers et/ou sur le diagnostic posé par le professionnel.

Description des patients par produit principal

Globalement, il apparaît qu'une importante proportion des demandeurs est peu ou pas scolarisée, qu'une grande majorité a des revenus précaires et qu'une portion relativement élevée vit en logement précaire, en particulier en ce qui concerne les patients pris en charge dans les services spécialisés. Cette représentation élevée des demandeurs précarisés est certainement amplifiée par le fait que les personnes en situation d'abus ou de dépendance à une substance qui en ont les moyens ont davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans des cabinets privés. Or, ceux-ci ne participent pas actuellement à l'enregistrement des demandes de traitement. La précarité sociale, qui mène souvent à l'exclusion sociale, reste donc une réalité pour un grand nombre d'usagers pris en charge en Région bruxelloise. Ces usagers sont en grande partie pris en charge dans les services spécialisés.

Le profil sociodémographique et de consommation des patients pris en charge dans les services spécialisés diffère sensiblement de celui des patients pris en charge dans les hôpitaux. En particulier, il apparaît que ces derniers sont globalement moins précarisés que les personnes prises en charge dans les services spécialisés. De même, la proportion de femmes est plus élevée dans les hôpitaux que dans les services spécialisés (probablement parce que ces services sont en général fortement «masculinisés» et peu adaptés aux spécificités féminines), et les patients y sont également globalement plus âgés.

En ce qui concerne la problématique de consommation, les produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement enregistrées en 2016 dans les services spécialisés sont, par ordre d'importance, l'alcool (36,8 %), les opiacés (26 %), la cocaïne/crack (16,7 %) et le cannabis (10,4 %). Dans les hôpitaux, la répartition est sensiblement différente, puisque l'alcool est de loin la substance principale la plus fréquemment évoquée (72,4 %). Les autres produits (opiacés, cocaïne et cannabis) sont mentionnés dans environ 3 % à 8 % des cas.

Dans les services spécialisés, près de la moitié des patients sont pris en charge dans des centres ambulatoires (46,5 %), mais le cadre de traitement peut fortement varier en fonction du produit à l'origine de la demande. Par exemple, les prises en charge en bas seuil sont très fréquentes pour les usages problématiques d'opiacés (63,7 %) alors qu'elles sont nettement moins fréquentes pour les usages problématiques d'alcool ou de cannabis (26 %).

La plupart des patients ont des antécédents thérapeutiques liés à une problématique d'assuétude, tant dans les services spécialisés (67,7 %) que dans les hôpitaux (62 %). Néanmoins, la fréquence des antécédents thérapeutiques varie en fonction du produit principal. Ainsi, la présence d'antécédents de traitement est très fréquente chez les usagers problématiques d'opiacés (87,2 % dans les services spécialisés et 81,5 % dans les hôpitaux) alors qu'elle est relativement moins fréquente chez les patients en demande de traitement pour une consommation problématique de cannabis (40,5 % dans les services spécialisés et 40,5 % dans les hôpitaux). Dans les services spécialisés, près de la moitié des patients (44 %) a déjà bénéficié d'un traitement de substitution, ce type de traitement étant très fréquent chez les patients pris en charge pour un usage problématique d'opiacés (84 %). Dans les hôpitaux, la proportion de patients ayant déjà bénéficié d'un traitement de substitution est nettement moins élevée (21 %).

Une grande partie des patients (52,6 % dans les services spécialisés et 53,1 % dans les hôpitaux) ont introduit la demande de traitement de leur propre initiative, et un peu moins d'un tiers (27,1 % dans les services spécialisés et 31,6 % dans les hôpitaux) suite à une réorientation²⁰⁴. Les demandes émanant du secteur de la justice sont citées par près d'un patient sur dix (9,2 %) dans les services spécialisés, alors qu'elles sont très rares dans les hôpitaux (1,7 %), probablement parce que le système judiciaire réoriente davantage vers les services spécialisés (dont certains sont d'ailleurs spécialisés dans la prise en charge des usagers justiciables). Les demandes de traitement émanant de la justice sont beaucoup plus fréquentes chez les patients dont le produit principal est le cannabis (23,1 % dans les services spécialisés et 4,1 % dans les hôpitaux).

204 La réorientation est ici définie comme toute demande impulsée par un autre service d'aide aux patients: un service social, un autre centre pour usagers de drogues, un médecin généraliste, et enfin un hôpital ou un autre service médical.

Entre un et deux patients sur dix (19,4 % dans les services spécialisés et 7 % dans les hôpitaux) a mentionné avoir déjà eu recours à l'injection. Les comportements d'injection 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. Parmi les patients ayant déjà eu recours à l'injection, près de la moitié dans les services spécialisés (54,8 %) ainsi que dans les hôpitaux (51,9 %) ont déclaré avoir déjà partagé au moins une fois des aiguilles ou des seringues avec une autre personne. Et pour ceux qui ont déjà eu recours au partage, il avait eu lieu endéans les 30 derniers jours pour 6,5 % d'entre eux dans les services spécialisés, et pour 18,2 % dans les hôpitaux.

Enfin, une proportion relativement importante de patients présente une polyconsommation problématique, c'est-à-dire qu'en dépit de la présence très fréquente d'un produit principal, d'autres produits (au moins un, alcool compris) contribuent à la problématique de consommation du patient : 48,1 % dans les services spécialisés et 33,7 % dans les hôpitaux. La polyconsommation problématique est moins fréquente chez les patients dont le produit principal est l'alcool ou le cannabis.

Nb : les demandes de traitement en hôpitaux pour les problématiques de consommation liées au cannabis, à la cocaïne et aux opiacés étant peu nombreuses, il convient de considérer les chiffres relatifs à ces produits avec prudence.

Tableau 18 : Profil des patients ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux de la Région bruxelloise, 2016

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	2.065	760	537	345	215	935	677	29	48	75
% des patients	100	36,8	26,0	16,7	10,4	100	72,4	3,1	5,1	8,0
Sexe (%)										
Hommes	82,8	81,2	85,7	80,6	87,9	60,6	61,6	75,9	70,8	52,0
Femmes	17,2	18,8	14,3	19,4	12,1	39,4	38,4	24,1	29,2	48,0
<i>non-réponses (n)</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Âge										
Moyenne	38	41,2	37,9	35,3	31	44,5	46,7	42,3	36,8	30,9
Médiane	37	40	38	34	30	45	47	43	35	29
<i>non-réponses (n)</i>	<i>72</i>	<i>23</i>	<i>16</i>	<i>14</i>	<i>5</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Type de traitement (%)										
Bas seuil	38,3	26,2	63,7	40,0	26,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambulatoire	46,5	53,3	23,6	49,9	66,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Résidentiel	15,2	20,5	12,7	10,1	7,4	100	100	100	100	100
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	52,6	51,9	59,2	56,8	38,9	53,1	55,3	57,1	52,2	39,2
Famille/amis	10,6	8,1	12,9	10,4	14,4	12,6	9,8	3,6	17,4	29,7
Réorientation	27,1	30,2	24,2	22,2	22,1	31,6	32,2	35,7	30,4	25,7
Justice	9,2	9,2	3,6	10,1	23,1	1,7	1,6	3,6	0,0	4,1
Autre	0,5	0,6	0,2	0,6	1,4	0,9	1,0	0,0	0,0	1,4
<i>non-réponses (n)</i>	<i>103</i>	<i>34</i>	<i>32</i>	<i>7</i>	<i>7</i>	<i>9</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>1</i>
Logement (%)										
Domicile fixe	56,5	56,7	48,7	58,0	70,6	85,9	86,2	71,4	89,6	85,3
Logements variables	10,0	8,6	10,3	12,8	9,8	5,4	5,2	10,7	0,0	5,3
Dans la rue	17,6	17,0	25,3	14,0	10,7	3,4	3,0	0,0	4,2	6,7
Institution	11,1	13,0	11,4	8,9	3,7	4,9	5,3	14,3	4,2	2,7
Prison	4,8	4,7	4,2	6,0	5,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Autre	0,1	0,0	0,2	0,3	0,0	0,3	0,1	3,6	2,1	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	<i>48</i>	<i>19</i>	<i>11</i>	<i>9</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Tableau 18 : (suite)

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Situation de cohabitation (%)										
Seul	50,2	56,4	49,3	45,6	37,6	45,2	46,6	50,0	47,8	34,7
En couple	22,5	21,5	25,2	25,4	17,5	32,7	35,2	29,2	21,7	23,6
Avec parents/famille	18,2	14,3	14,2	18,0	40,2	16,5	13,2	12,5	26,1	37,5
Avec amis	8,8	7,7	11,2	10,2	4,6	4,8	4,2	8,3	4,3	4,2
Autre	0,3	0,2	0,0	0,7	0,0	0,9	0,8	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	94	42	19	12	2	7	3	1	0	1
Scolarité (%)										
Non scolarisé	3,6	3,4	4,3	2,1	2,7	2,8	2,2	7,4	4,4	4,1
Primaire	27,0	24,6	29,0	23,9	35,2	21,4	16,9	48,1	33,3	37,0
Secondaire	51,2	48,1	53,6	56,1	50,0	43,7	44,3	37,0	48,9	43,8
Supérieur	17,0	23,0	11,2	16,8	11,5	31,5	35,8	7,4	13,3	15,1
Autre	1,3	0,9	1,9	1,1	0,5	0,6	0,8	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses(n)</i>	478	207	117	60	33	66	43	2	3	2
Source de revenu (%)										
Salaire/revenu de travail	15,6	13,0	13,9	21,3	19,8	21,1	23,3	0,0	14,6	13,7
Allocation de chômage	9,8	8,3	8,3	13,8	11,5	10,8	10,1	3,6	12,5	20,5
Bourse d'études	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,3	0,0	0,0	2,7
Indemnité pour maladie ou invalidité	28,8	34,5	23,6	26,6	19,8	39,9	40,4	50,0	47,9	21,9
Revenu minimum ou CPAS	19,2	22,2	19,6	12,9	18,2	13,6	11,2	39,3	16,7	23,3
Allocations familiales	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	1,2	0,9	0,0	0,0	6,8
Pension de retraite ou de survie	1,3	3,0	0,2	0,9	0,0	7,8	9,7	0,0	2,1	0,0
Aucun revenu propre	24,5	18,3	33,9	23,5	29,2	3,5	1,9	7,1	6,3	9,6
Autre	0,7	0,6	0,6	0,9	1,0	1,6	2,1	0,0	0,0	1,4
<i>non-réponses (n)</i>	205	84	41	26	23	16	7	1	0	2
Traitement antérieur (%)										
Oui	67,7	61,8	87,2	62,2	40,5	62,0	64,3	81,5	72,9	40,5
Non	32,3	38,2	12,8	37,8	59,5	38,0	35,7	18,5	27,1	59,5
<i>non-réponses (n)</i>	484	190	101	94	52	21	13	2	0	1
Traitement de substitution (%)										
Oui	44,0	22,0	84,0	27,0	16,0	21,0	20,0	69,0	27,0	10,0
Non	66,0	78,0	16,0	73,0	84,0	79,0	80,0	31,0	73,0	90,0
<i>non-réponses (n)</i>	920	349	218	173	91	80	50	5	5	5
Comportement d'injection (%)										
Jamais	80,6	93,1	55,7	81,3	95,5	93,0	94,0	76,9	87,2	95,5
Oui, les 30 derniers jours	4,8	0,5	14,5	2,5	0,0	1,2	0,6	7,7	2,6	0,0
Oui, les 12 derniers mois	1,5	0,7	3,3	0,7	0,0	0,6	0,5	0,0	0,0	0,0
Oui, il y a plus de 12 mois	5,5	2,8	11,2	3,9	2,3	4,4	4,1	11,5	7,7	4,5
Oui, non précisé	7,7	3,0	15,2	11,7	2,3	0,8	0,8	3,8	2,6	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	393	152	83	62	38	81	45	3	9	8
Polyconsommation problématique (%)										
Oui	48,1	33,9	58,3	63,8	49,3	33,7	23,9	82,8	79,2	46,7
Non	51,9	66,1	41,7	36,2	50,7	66,3	76,1	17,2	20,8	53,3

Source : WIV-ISP

Description des patients avec et sans antécédents thérapeutiques par produit principal

Les tableaux 19 et 20 permettent de contraster le profil sociodémographique et de consommation des patients avec et sans antécédents thérapeutiques pour un usage problématique d'alcool ou de drogues. Nous présentons brièvement quelques aspects saillants de cette comparaison.

Proportionnellement, les patients primo-demandeurs sont plus fréquemment en traitement pour un usage problématique de cannabis que les patients avec antécédents thérapeutiques, en particulier dans les services spécialisés (19 % *versus* 6,2 %). Ces derniers y sont à l'inverse plus fréquemment en traitement pour un usage problématique d'opiacés que les patients primo-demandeurs (35,5 % *versus* 11 %). Dans les hôpitaux, les différences entre patients primo-demandeurs et patients avec antécédents thérapeutiques sont nettement moins marquées au niveau du produit à l'origine de la demande de traitement.

Les patients avec des antécédents thérapeutiques sont plus fréquemment pris en charge dans les services spécialisés à bas seuil d'accès que les patients sans antécédents thérapeutiques, lesquels sont davantage pris en charge dans les structures ambulatoires.

Le traitement a plus fréquemment été initié sur base d'une initiative propre pour les patients avec antécédents thérapeutiques que pour les patients primo-demandeurs, mais cette différence est beaucoup plus marquée dans les services spécialisés (55,7 % *versus* 21,9 %) que dans les hôpitaux (57,8 % *versus* 45,9 %). À l'inverse, les demandes de traitement des patients primo-demandeurs émanent plus fréquemment du secteur de la justice ou de l'entourage (famille, amis) qu'en cas d'antécédents thérapeutiques.

Les patients primo-demandeurs sont un peu moins concernés par la précarité économique et de logement que les patients avec antécédents thérapeutiques. Cette différence est plus marquée dans les services spécialisés que dans les hôpitaux.

Enfin, les patients avec antécédents thérapeutiques sont proportionnellement plus nombreux à avoir déjà eu recours à l'injection et à déclarer une polyconsommation problématique que ceux sans antécédents thérapeutiques, tant dans les services spécialisés que dans les hôpitaux.

Tableau 19 : Profil des patients avec antécédents thérapeutiques ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux de la Région bruxelloise, 2016

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	1.070	352	380	156	66	567	427	22	35	30
% des patients	100	32,9	35,5	14,6	6,2	100	75,3	3,9	6,2	5,3
Sexe (%)										
Hommes	79,7	74,9	85,8	75,6	86,4	63,0	63,0	86,4	71,4	50,0
Femmes	20,3	25,1	14,2	24,4	13,6	37,0	37,0	13,6	28,6	50,0
<i>non-réponses (n)</i>	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Âge										
Moyenne	39,3	41,8	38,8	37,0	35,6	45,2	46,6	42,7	38,9	34,6
Médiane	39	42	39	35	35	45	46	44	37	33
<i>non-réponses (n)</i>	12	4	2	2	1	0	0	0	0	0
Type de traitement (%)										
Bas seuil	38,6	23,3	56,8	36,5	42,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambulatoire	44,4	56,5	27,6	50,0	45,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Résidentiel	17	20,2	15,5	13,5	12,1	100	100	100	100	100
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	55,7	55,9	56,7	58,2	58,7	57,8	59,2	59,1	51,5	53,3
Famille/amis	8,6	6,9	12,0	6,5	6,3	8,3	6,8	0,0	12,1	20,0
Réorientation	29,9	31,2	27,9	26,1	25,4	31,6	31,2	40,9	36,4	23,3
Justice	5,2	5,7	3,1	7,8	7,9	1,4	1,6	0,0	0,0	3,3
Autre	0,5	0,3	0,3	1,3	1,6	0,9	1,2	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	38	3	22	3	3	3	1	0	2	0

Tableau 19 : (suite)

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Logement (%)										
Domicile fixe	58,2	60,7	53,0	57,7	71,2	82,3	84,0	61,9	85,7	80,0
Logements variables	9,6	9,2	8,6	12,2	12,1	6,7	6,1	14,3	0,0	10,0
Dans la rue	14,0	12,0	20,4	10,9	6,1	3,9	3,1	0,0	5,7	6,7
Institution	13,9	14,0	13,7	14,1	4,5	6,4	6,3	19,0	5,7	3,3
Prison	4,2	4,0	4,0	5,1	6,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
Autre	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,5	0,2	4,8	2,9	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	12	3	8	0	0	2	1	1	0	0
Situation de cohabitation (%)										
Seul	50,6	56,3	46,7	50,0	45,8	51,0	50,9	47,1	60,6	35,7
En couple	22,8	20,1	27,0	19,8	18,6	30,6	32,0	23,5	21,2	35,7
Avec parents/famille	16,8	15,1	15,0	19,0	30,5	13,1	12,3	17,6	12,1	28,6
Avec amis	9,6	8,6	11,3	10,3	5,1	4,2	3,8	11,8	6,1	0,0
Autre	0,1	0,0	0,0	0,8	0,0	1,1	1,0	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	28	10	14	0	0	4	2	1	0	1
Scolarité (%)										
Non scolarisé	3,1	2,5	4,5	0,7	0,0	2,5	1,8	5,0	3,1	3,4
Primaire	28,4	24,7	31,7	27,2	24,1	24,5	19,8	45,0	37,5	44,8
Secondaire	52,4	50,2	53,4	53,7	62,1	43,7	44,5	45,0	46,9	41,4
Supérieur	15,1	21,5	9,4	16,9	12,1	28,7	33,2	5,0	12,5	10,3
Autre	1,0	1,1	1,0	1,5	1,7	0,6	0,8	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses(n)</i>	203	73	71	20	8	41	29	2	3	1
Source de revenu (%)										
Salaire/revenu de travail	12,2	8,4	15,5	12,6	17,7	16,4	18,4	0,0	8,6	16,7
Allocation de chômage	9,0	6,0	9,6	11,9	12,9	9,4	10,1	0,0	11,4	3,3
Bourse d'études	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Indemnité pour maladie ou invalidité	37,8	46,3	28,2	39,7	35,5	47,1	46,5	52,4	54,3	36,7
Revenu minimum ou CPAS	21,8	25,1	20,6	17,9	17,7	14,8	11,6	47,6	17,1	33,3
Allocations familiales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	3,3
Pension de retraite ou de survie	1,0	2,4	0,3	0,7	0,0	7,3	9,0	0,0	2,9	0,0
Aucun revenu propre	17,9	11	25,7	17,2	16,1	3,0	2,1	0,0	5,7	6,7
Autre	0,2	0,6	0,0	0,0	0,0	1,4	1,9	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	61	17	26	5	4	6	3	1	0	0
Traitement de substitution (%)										
Oui	65,0	35,2	96,6	44,2	40,7	34,3	32,1	84,2	40,0	23,1
Non	35,0	64,8	3,4	55,8	59,3	65,7	67,9	15,8	60,0	76,9
<i>non-réponses (n)</i>	436	159	117	79	39	59	37	3	5	4
Comportement d'injection (%)										
Jamais	70,9	87,2	50,9	70,7	89,3	89,6	90,9	70,0	82,1	96,3
Oui, les 30 derniers jours	7,5	0,7	16,8	4,9	0,0	1,7	1,0	10,0	3,6	0,0
Oui, les 12 derniers mois	2,8	1,5	4,7	1,6	0,0	0,8	0,8	0,0	0,0	0,0
Oui, il y a plus de 12 mois	9,7	5,9	14,6	8,1	5,4	6,6	6,1	15,0	10,7	3,7
Oui, non précisé	9,0	4,8	13,0	14,6	5,4	1,4	1,3	5,0	3,6	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	217	79	64	33	10	50	31	2	7	3
Polyconsommation problématique (%)										
Oui	49,3	36,4	55,8	59,6	59,1	38,6	28,1	81,8	80,0	63,3
Non	50,7	63,6	44,2	40,4	40,9	61,4	71,9	18,2	20,0	36,7

Source : WIV-ISP

Tableau 20 : Profil des patients primo-demandeurs ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux de la Région bruxelloise, 2016

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	511	218	56	95	97	347	237	5	13	44
% des patients	100	42,7	11,0	18,6	19,0	100	68,3	1,4	3,7	12,6
Sexe (%)										
Hommes	85,3	83,0	87,5	85,3	88,7	56,2	58,2	40,0	69,2	54,5
Femmes	14,7	17,0	12,5	14,7	11,3	43,8	41,8	60,0	30,8	45,5
<i>non-réponses (n)</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Âge										
Moyenne	36,2	41,3	35,8	33,5	27,9	43,1	46,8	39,6	31,2	28,0
Médiane	35	39	36	32	25	43	48	43	31	28
<i>non-réponses (n)</i>	6	3	0	1	0	0	0	0	0	0
Type de traitement (%)										
Bas seuil	11,7	0,5	73,2	10,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambulatoire	69,7	72,9	14,3	75,8	91,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Résidentiel	18,6	26,6	12,5	13,7	8,2	100	100	100	100	100
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	21,9	23,8	14,8	26,1	14,7	45,9	49,2	40,0	53,8	30,2
Famille/amis	21,3	13,9	38,9	25,0	23,2	20,1	15,7	20,0	30,8	37,2
Réorientation	36,4	42,6	35,2	35,9	26,3	32,3	33,9	20,0	15,4	27,9
Justice	19,3	18,3	11,1	13,0	33,7	1,2	0,8	20,0	0,0	2,3
Autre	1,0	1,5	0,0	0,0	2,1	0,6	0,4	0,0	0,0	2,3
<i>non-réponses (n)</i>	28	16	2	3	2	3	1	0	0	1
Logement (%)										
Domicile fixe	73,3	74,2	48,2	80,0	83,5	91,6	90,3	100	100	88,6
Logements variables	7,3	6,1	8,9	7,4	8,2	2,9	3,4	0,0	0,0	2,3
Dans la rue	6,9	5,2	21,4	3,2	2,1	2,6	2,5	0,0	0,0	6,8
Institution	6,5	8,0	12,5	3,2	3,1	2,9	3,8	0,0	0,0	2,3
Prison	5,9	6,6	8,9	6,3	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Situation de cohabitation (%)										
Seul	38,8	43,8	46,5	32,9	24,4	36,6	39,5	80,0	15,4	34,9
En couple	28,1	30,1	20,9	40,0	21,1	35,7	40,8	20,0	23,1	16,3
Avec parents/famille	24,9	17,6	16,3	20,0	52,2	21,4	14,0	0,0	61,5	41,9
Avec amis	7,2	8,0	16,3	5,9	2,2	5,7	5,3	0,0	0,0	7,0
Autre	0,9	0,6	0,0	1,2	0,0	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	18	11	1	1	1	1	0	0	0	0
Scolarité (%)										
Non scolarisé	5,1	4,5	11,1	3,7	6,0	3,0	2,7	20,0	7,7	4,5
Primaire	28,5	25,8	25,0	22,0	42,9	15,9	11,1	60,0	23,1	31,8
Secondaire	40,3	36,8	41,7	48,8	38,1	44,2	44,7	0,0	53,8	45,5
Supérieur	26,2	32,9	22,2	25,6	13,1	36,3	40,7	20,0	15,4	18,2
Autre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,9	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses(n)</i>	121	63	20	13	13	19	11	0	0	0

Tableau 20 : (suite)

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Source de revenu (%)										
Salaire/revenu de travail	31,2	27,9	12,0	47,7	29,9	29,9	33,0	0,0	30,8	11,6
Allocation de chômage	13,1	13,7	6,0	14,0	13,8	12,7	9,4	20,0	15,4	32,6
Bourse d'études	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,9	0,0	0,0	4,7
Indemnité pour maladie ou invalidité	16,4	21,1	8,0	14,0	9,2	27,5	29,2	40,0	30,8	11,6
Revenu minimum ou CPAS	13,7	16,8	16,0	5,8	17,2	12,1	11,2	20,0	15,4	16,3
Allocations familiales	0,2	0,0	0,0	0,0	1,1	2,4	1,7	0,0	0,0	9,3
Pension de retraite ou de survie	2,9	5,8	0,0	2,3	0,0	8,3	10,7	0,0	0,0	0,0
Aucun revenu propre	21,9	14,7	5,6	16,3	26,4	3,8	1,3	20,0	7,7	11,6
Autre	0,7	0,0	2,0	0,0	2,3	2,1	2,6	0,0	0,0	2,3
<i>non-réponses (n)</i>	59	28	6	9	10	9	4	0	0	1
Comportement d'injection (%)										
Jamais	94,2	98,9	62,2	97,6	98,8	98,5	99,1	100	100	94,9
Oui, les 30 derniers jours	3,5	0,5	26,7	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oui, les 12 derniers mois	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Oui, il y a plus de 12 mois	1,6	0,0	8,9	1,2	1,2	1,2	0,9	0,0	0,0	5,1
Oui, non précisé	0,5	0,5	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	78	33	11	12	13	24	10	0	2	5
Polyconsommation problématique (%)										
Oui	38,9	22,9	58,9	61,1	40,2	24,2	14,8	80,0	76,9	36,4
Non	61,1	77,1	41,1	38,9	59,8	75,8	85,2	20,0	23,1	63,6

Source : WIV-ISP

TENDANCES ET ÉVOLUTION EN RÉGION BRUXELLOISE

On constate en Région bruxelloise, sur la période 2011-2016, une augmentation des demandes de traitement enregistrées auprès des centres spécialisés en assuétudes ainsi que dans les hôpitaux. Cette augmentation, stabilisée depuis 2015, s'explique essentiellement par une augmentation du nombre de centres participants. Actuellement, il est méthodologiquement difficile d'évaluer les évolutions dans le temps des profils de patients dans la mesure où le protocole TDI a été remanié en 2015 et que la couverture de l'enregistrement a considérablement fluctué ces dernières années. Le lecteur intéressé trouvera néanmoins une analyse partielle de tendances dans le rapport national TDI 2015 (Antoine, 2016).

Tableau 21 : Évolution de la récolte des demandes de traitement en Région bruxelloise, 2011-2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Services spécialisés (N)	9	9	10	13	18	16
N demandes de traitement	481	576	1.389	1.906	2.386	2.387
N patients uniques*	413	540	1.154	1.749	2.112	2.068
<i>Traitement bas seuil</i>	115	191	641	698	714	794
<i>Traitement ambulatoire</i>	123	191	357	769	1.011	961
<i>Traitement résidentiel</i>	175	158	156	282	387	313
Hôpitaux (N)	0	2	1	6	11	11
N demandes de traitement	0	59	143	734	1.048	1.102
N patients uniques*	0	57	132	647	869	935

* après élimination (partielle) des demandes multiples

Source : WIV-ISP

LES DIFFÉRENCES RÉGIONALES MARQUANTES

Les patients ayant introduit une demande de traitement dans un service spécialisé de la Région bruxelloise en 2016 sont globalement un peu plus âgés que ceux ayant introduit une demande de traitement en Wallonie dans un service équivalent (+2,5 ans en moyenne). Cette différence est encore plus marquée au niveau des patients primo-demandeurs (+3,6 ans en moyenne). En revanche, on n'observe aucune différence au niveau des patients pris en charge dans les hôpitaux.

Dans les services spécialisés, les demandes de traitement émanent plus fréquemment d'une initiative propre en Région bruxelloise qu'en Wallonie (52,6 % *versus* 39,4 %). Aucune différence de ce type n'est observée dans les hôpitaux.

Le niveau de scolarité des patients pris en charge dans les services spécialisés de la Wallonie est globalement moins élevé que celui des patients pris en charge dans les services spécialisés de la Région bruxelloise. Cette différence s'observe également au niveau des patients pris en charge dans les hôpitaux, mais de manière moins marquée.

Les patients pris en charge dans les services spécialisés de la Région bruxelloise sont proportionnellement plus touchés par la précarité économique et, corolairement, la précarité de logement que ceux pris en charge dans les services spécialisés de la Wallonie. Aucune différence de ce type n'est observée dans les hôpitaux.

..... Nous renvoyons le lecteur intéressé par une présentation détaillée
 des données TDI en Région bruxelloise et en Wallonie sur la période
 2011-2014 à nos livrets thématiques 2 et 3 disponibles sur notre site
 internet. Le lecteur trouvera également dans le rapport national de
 l'enregistrement TDI (Antoine, 2017) un exposé détaillé (avec une
 ventilation par région) des données TDI récoltées en Belgique en 2016.
 À noter que ce dernier rapport ne porte que sur les patients
 identifiables sur base de leur numéro de registre national.

2.2.2. LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (TSO)

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont une option thérapeutique pharmacologique fréquemment proposée aux usagers d'héroïne. Ils permettent aux usagers dépendants de modifier leur consommation et leurs habitudes de vie afin de recouvrer une meilleure santé et une meilleure qualité de vie. Ils permettent en effet de réduire voire supprimer l'utilisation d'héroïne en prévenant les symptômes de sevrage et en réduisant le craving et l'appétence pour l'héroïne. Ils ont aussi un impact positif sur la réinsertion sociale, entraînent une diminution de la criminalité et de la mortalité liées à l'usage de drogues, ainsi que de la transmission de maladies infectieuses liées à l'injection (Marsch, 1998).

Les TSO sont des médicaments à base d'opiacés, qui agissent sur les mêmes récepteurs neuronaux que l'héroïne. Généralement administrés par voie orale, ils ont une longue durée d'action, ne sont pas associés à un pic au niveau des effets, et ceux-ci sont peu euphorisants. Ils permettent ainsi aux patients de vivre sans éprouver les signes de manque liés à l'arrêt de l'héroïne et sans être soumis à la tyrannie des effets renforçateurs du produit²⁰⁵. Lorsqu'ils sont correctement dosés, les TSO réduisent les effets d'une prise d'héroïne en raison d'une tolérance croisée, facilitant l'abandon progressif de ce produit. Les TSO sont généralement proposés en association avec une prise en charge ou un accompagnement psychosocial ambulatoire, le plus souvent dans le cadre d'un suivi en médecine générale ou dans un centre spécialisé en assuétudes. Ils peuvent être administrés dans le cadre d'un traitement de stabilisation et de maintenance

205 Le peu d'effets euphorisants et renforçateurs des TSO, lesquels effets sont responsables de la prise de plaisir associée à la consommation du produit et façonnent en grande partie la dépendance psychologique, explique aussi, a contrario, pourquoi certains usagers ne parviennent pas à se satisfaire uniquement de ce type de traitement.

ou, plus rarement (en raison de sa faible efficacité dans ces indications), de désintoxication ou de sevrage dégressif avec visée d'abstinence.

Les TSO sont des médicaments pouvant faire l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale, vendus en pharmacie mais soumis à prescription médicale. Les deux TSO employés en Belgique sont à base de méthadone ou de buprénorphine²⁰⁶. La méthadone se présente sous forme de gélules ou de sirop, en préparation magistrale administrable par voie orale une à deux fois par jour. Le pharmacien est tenu d'ajouter un excipient au produit de manière à le rendre insoluble et prévenir ainsi son injection. La buprénorphine se présente sous forme de comprimés à consommer par voie sublinguale, seule (Subutex®) ou en association avec de la naloxone (Suboxone®) de manière à en prévenir l'injection²⁰⁷.

Les premiers TSO ont été délivrés en Belgique à la fin des années 70, en l'absence de cadre légal. Cette pratique clandestine et punissable a ensuite été encadrée par une conférence de consensus en 1994, mais c'est seulement en 2004 que ces traitements ont été officiellement reconnus par la loi. Actuellement, les modalités et conditions de prescription sont régies par l'Arrêté-Royal du 19 mars 2004, modifié par l'Arrêté-Royal du 6 octobre 2006 (Jeanmart, 2009).

L'INDICATEUR

En Belgique, les délivrances de médicaments en officine publique ayant fait l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale sont compilées dans le système Pharmanet de l'INAMI. Ce système permet de comptabiliser le nombre de personnes ayant bénéficié au moins une fois sur une année civile d'une prescription remboursée de méthadone ou de buprénorphine. Toutefois, cet enregistrement ne couvre pas les prescriptions en milieu hospitalier et en milieu carcéral, ni celles qui ne font pas l'objet d'un remboursement par la mutuelle. En outre, 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 ou de soins palliatifs. Il est toutefois généralement admis que ces derniers traitements sont minoritaires.

LES CHIFFRES 2016 EN WALLONIE

Le nombre de patients mutualisés résidant en Wallonie et ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution à la méthadone s'élevait à 8.202 en 2016, contre 1.168 pour la buprénorphine. Au total, 9.026 patients²⁰⁸ ont bénéficié d'un traitement de ce type en 2016. Les traitements à base de méthadone sont donc beaucoup plus fréquemment délivrés que ceux à base de buprénorphine (environ 7 pour 1). Les TSO sont majoritairement prescrits à des hommes (qui sont davantage consommateurs d'héroïne que les femmes), ayant un âge compris entre 25 et 54 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 35-44 ans : près de 39 % des traitements à base de méthadone et 37 % des traitements à base de buprénorphine sont prescrits à des personnes âgées de 35 à 44 ans. Cette classe d'âge est probablement davantage représentée parce qu'il existe un délai important entre l'âge du premier usage d'héroïne (en moyenne vers 21-22 ans) et l'âge du premier traitement (vers 32 ans en moyenne en Wallonie ; Eurotox, 2015a). Cette latence importante s'explique d'une part par la difficulté qu'ont généralement les usagers ayant développé une dépendance à identifier et accepter leur problème de consommation, et d'autre part par la difficulté à passer à l'action et solliciter une aide professionnelle une fois le problème reconnu. La proportion de TSO baisse ensuite fortement après 54 ans, probablement en raison de l'espérance de vie réduite des usagers d'opiacés, mais aussi parce qu'un certain nombre d'entre eux ont pu évoluer vers l'abstinence.

206 La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs opioïdes de type μ , alors que la méthadone en est un agoniste complet. Cette différence fait que la méthadone a des effets davantage dose-dépendant, pouvant entraîner une dépression respiratoire en cas de surdose, alors que les effets de la buprénorphine n'augmentent plus une fois le plateau atteint. Cette dernière substance réduit donc fortement le risque d'overdose chez les personnes dépendantes aux opiacés, tout en provoquant moins d'analgésie et d'euphorie que la méthadone. Par conséquent, elle est moins indiquée chez les usagers fortement dépendants aux opiacés.

207 La naloxone est inactive par voie orale/sublinguale alors qu'en cas d'injection ou de sniff, elle précipitera des symptômes de sevrage en bloquant les effets de la buprénorphine.

208 Un certain nombre de patients (n=344) ont à la fois bénéficié d'un traitement à la méthadone et d'un traitement à la buprénorphine en 2016. Nous ne les avons comptabilisés qu'une seule fois dans le calcul du total.

Tableau 22 : Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes ayant bénéficié d'un traitement à base de méthadone et/ou de buprénorphine en Wallonie, 2016

	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%
Méthadone								
Hommes (n=6.272)	1,3	14,1	30,5	25,6	4,1	0,6	0,2	76,5
Femmes (n=1.930)	0,9	5,7	8,7	6,4	1,1	0,4	0,4	23,5
Total (N=8.202)	2,2	19,8	39,1	32,0	5,2	1,0	0,6	100,0
Buprénorphine								
Hommes (n=844)	2,0	17,3	28,7	20,5	2,8	0,8	0,2	72,3
Femmes (n=324)	1,3	7,4	8,3	7,3	2,5	0,6	0,4	27,7
Total (N=1.168)	3,3	24,7	37,0	27,8	5,3	1,4	0,6	100,0
Total								
Hommes (n=6.851)	1,3	14,2	30,3	25,2	4,1	0,6	0,2	75,9
Femmes (n=2.175)	0,9	5,9	8,7	6,5	1,3	0,4	0,4	24,1
Total (N=9.026)	2,3	20,0	38,9	31,7	5,4	1,0	0,6	100,0

Source : INAMI-Pharmanet

TENDANCES ET ÉVOLUTION EN WALLONIE

Le nombre de patients wallons mutualisés ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution à la méthadone est en diminution progressive depuis 2011, l'inverse étant constaté pour la buprénorphine. Mais cette dernière augmentation ne permet pas de compenser et d'expliquer entièrement la baisse de délivrance de méthadone dans la région. Globalement, on constate essentiellement une baisse de délivrance de traitement de substitution aux opiacés en Wallonie de 2011 à 2014.

Tableau 23 : Évolution du nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement à base de méthadone et/ou de buprénorphine en Wallonie, 2011-2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
N total	9.474	9.336	9.157	8.997	9.062	9.026
N méthadone	8.874	8.708	8.487	8.268	8.288	8.202
N buprénorphine	892	923	957	1041	1.099	1.168

Source : INAMI-Pharmanet

LES CHIFFRES 2016 EN RÉGION BRUXELLOISE

Le nombre de patients mutualisés résidant en Région bruxelloise et ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution à la méthadone s'élevait à 2.165 en 2016, contre 316 pour la buprénorphine. Au total, 2.395 patients²⁰⁹ ont bénéficié d'un traitement de ce type en 2016. Les traitements à base de méthadone sont beaucoup plus fréquemment délivrés que ceux à base de buprénorphine (environ 7 pour 1). Les TSO sont majoritairement prescrits à des personnes ayant un âge compris entre 35 et 54 ans, principalement de sexe masculin (les hommes étant davantage consommateurs d'héroïne que les femmes). Cette tranche d'âge est probablement davantage représentée parce qu'il existe un délai important entre l'âge du premier usage d'héroïne (en moyenne vers 21-22 ans) et l'âge du premier traitement (vers 34 ans en moyenne à Bruxelles ; Eurotox, 2015b). La prévalence des TSO baisse ensuite fortement après 54 ans, probablement en raison de l'espérance de vie réduite des usagers d'opiacés, mais aussi parce qu'un certain nombre d'entre eux ont pu évoluer vers l'abstinence.

209 Certains patients (n=86) ont à la fois bénéficié d'un traitement à la méthadone et d'un traitement à la buprénorphine en 2016. Nous ne les avons comptabilisés qu'une seule fois dans le calcul du total.

Tableau 24 : Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes ayant bénéficié d'un traitement à base de méthadone et/ou de buprénorphine en Région bruxelloise, 2016

	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%
Méthadone								
Hommes (n=1.729)	0,8	8,0	20,6	39,7	9,8	0,8	0,1	79,9
Femmes (n=436)	0,3	3,0	4,7	8,4	3,2	0,4	0,2	20,1
Total (N=2.165)	1,1	10,9	25,3	48,1	13,1	1,2	0,3	100,0
Buprénorphine								
Hommes (n=254)	1,3	13,3	29,1	29,1	6,0	1,6	0,0	80,4
Femmes (n=62)	0,9	4,1	5,4	7,6	1,6	0,0	0,0	19,6
Total (N=316)	2,2	17,4	34,5	36,7	7,6	1,6	0,0	100,0
Total								
Hommes (n=1.910)	0,8	8,4	21,4	38,7	9,5	1,0	0,1	79,7
Femmes (n=485)	0,4	3,0	4,8	8,4	3,1	0,4	0,2	20,3
Total (N=2.395)	1,2	11,4	26,2	47,1	12,7	1,3	0,3	100,0

Source : INAMI-Pharmanet

TENDANCES ET ÉVOLUTION EN RÉGION BRUXELLOISE

Le nombre de patients bruxellois mutualisés ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution à la méthadone ou à la buprénorphine est relativement stable dans le temps, quoiqu'en légère diminution en ce qui concerne les traitements à la méthadone. Les traitements à la buprénorphine ont augmenté de 19 % entre 2015 et 2016.

Tableau 25 : Évolution du nombre de patients de 15 ans et + ayant bénéficié d'un traitement à base de méthadone et/ou de buprénorphine en Région bruxelloise, 2011-2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
N total	2.566	2.535	2.525	2.497	2.431	2.395
N méthadone	2.354	2.333	2.309	2.280	2.220	2.165
N buprénorphine	261	251	267	272	265	316

Source : INAMI-Pharmanet

LES DIFFÉRENCES RÉGIONALES MARQUANTES

On observe une baisse de délivrance de traitement de substitution aux opiacés en Wallonie et en Région bruxelloise ces dernières années, cette diminution étant dans l'absolu plus marquée en Wallonie. Par comparaison, la délivrance de buprénorphine est peu fréquente en Wallonie et à Bruxelles, alors qu'elle est beaucoup plus plébiscitée en Flandre (1 TSO sur 4). En outre, proportionnellement aux tailles des populations régionales, on prescrit nettement moins de TSO en Flandre que dans les deux autres régions du pays. Ce double constat pourrait s'expliquer par des différences régionales au niveau des objectifs thérapeutiques poursuivis. En effet, une enquête réalisée dans le cadre d'une recherche BELSPO a montré que l'objectif d'abstinence est davantage poursuivi en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles (Pelc et al., 2005).

ESTIMATION INDIRECTE DU NOMBRE D'USAGERS D'HÉROÏNE

La prévalence de la consommation d'héroïne est un phénomène qui n'est pas facile à estimer parce qu'une grande partie des consommateurs «échappent» aux estimations fournies par les enquêtes classiques telles que l'enquête de santé par interview (HIS). Le registre des traitements de substitution aux opiacés peut être utilisé pour fournir une estimation indirecte du nombre de consommateurs d'héroïne. En 2016, environ 16.800 patients ont suivi un traitement de substitution de ce type sur l'ensemble de la Belgique, dont près de 2.400 en Région bruxelloise et environ 9.000 en Wallonie.

Si les personnes qui suivent un tel traitement ont été consommatrices d'opiacés illégaux (principalement d'héroïne) à un moment de leur vie, tous les consommateurs d'opiacés illégaux ne suivent pas forcément un traitement de ce type. Par conséquent, ce registre constitue une sous-estimation du nombre de consommateurs d'héroïne sur le territoire. L'ampleur de sous-estimation peut être estimée sur base des données récoltées auprès d'usagers de drogues lors d'opérations Boule-de-Neige (voir chapitre 3), puisqu'une question porte sur les traitements de substitution aux opiacés. Selon ces données, 35,9 % des usagers d'héroïne interrogés sur la période 2009-2015 en Région bruxelloise (N=368) et 28,5 % en Wallonie (N=1.546) n'ont jamais suivi de traitement de substitution aux opiacés. Si on croise cette information avec le nombre d'usagers en TSO, on peut grossièrement estimer le nombre d'usagers d'héroïne à environ 3.250²¹⁰ en Région bruxelloise, et à environ de 11.600²¹¹ en Wallonie.

Il ne s'agit là que d'une extrapolation, dans la mesure où les usagers d'héroïne rencontrés lors d'opérations Boule-de-Neige ne sont pas forcément représentatifs de l'ensemble des usagers d'héroïne, d'une part parce que ces opérations sont menées sans méthode d'échantillonnage et auprès d'un public précarisé, et d'autre part parce que l'information porte sur le fait d'avoir suivi un traitement de substitution au cours de la vie et non au cours de l'année (comme c'est le cas pour les données Pharmanet).

2.2.3. LA MORBIDITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES

L'INFECTION AU VIH ET AUX HÉPATITES B ET C

L'usage de drogues est directement responsable de la propagation de certaines maladies infectieuses en raison de l'occurrence de comportements à risque liés aux modes d'administration de certains produits, et indirectement responsable en raison des pratiques sexuelles à risque que l'effet des drogues peut favoriser. L'épidémie du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI) dans les années 90 est à l'origine du développement des premiers dispositifs de réduction des risques. En ce qui concerne le VIH, ceux-ci ont clairement porté leurs fruits puisque l'on observe depuis leur implantation une diminution quasi continue du pourcentage d'infections au VIH liées à l'injection de drogues par voie intraveineuse (ce pourcentage passant d'environ 8 % au début de l'épidémie à actuellement 2 % ; voir Sasse, Deblonde, Jamine, Ost, & Van Beckhoven, 2017).

En revanche, en ce qui concerne le VHC, la population d'UDI est clairement considérée comme exposée à une épidémie. Différentes études entreprises dans les années 90 ont montré que la prévalence du VHC pouvait avoisiner les 80 % chez les UDI dans certains pays occidentaux (e.g. Garfein, Galai, Doherty & Nelson, 1996 ; Thomas et al., 1995). En Belgique, elle varierait de 47 à 85 %, selon les estimations (Matheï, Robaey, Van Ranst, Van Damme & Buntinx, 2005). 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 s'explique par les modes de transmission du virus²¹², sa résistance exceptionnelle au contact de l'air (environ 3 semaines), son pouvoir de contamination (10 fois supérieur à celui du VIH), l'absence actuelle de vaccin préventif, mais surtout par le partage du matériel connexe d'injection usagé (cuillère, filtre, eau), qui peut être contaminé par le sang d'un patient infecté, et dont les risques de transmission sont moins connus par les usagers (voir Hagan et al., 2001 ; Médecins du Monde, 2009 ; Thorpe et al., 2002). En outre, il existe aussi un risque de transmission en cas de partage du matériel de consommation par voie nasale (paille, billet, etc.), car les lésions nasales sont assez fréquentes chez les usagers réguliers (voir Martinez & Talal, 2008 ; Tortu, McMahon, Pouget & Hamid, 2004). Enfin, de récentes

210 2.395 + 35,9 % de 2.395.

211 9.026 + 28,5 % de 9.026.

212 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). Les rapports sexuels non protégés restent les modes de transmission les plus fréquents du VIH et du VHB. Mais les transmissions sexuelle et verticale du VHC restent relativement rares puisqu'elles ne peuvent avoir lieu qu'en cas d'échange sanguin. Néanmoins, certaines pratiques sexuelles (rapports brutaux, sodomie, fisting) augmentent clairement le risque d'infection au VHC en cas de rapports non protégés.

études suggèrent qu'une contamination peut aussi se produire en cas de partage du matériel d'inhalation, en particulier chez les consommateurs de crack, souvent sujets aux lésions bucco-labiales (Macías et al., 2008 ; Tortu et al., 2004).

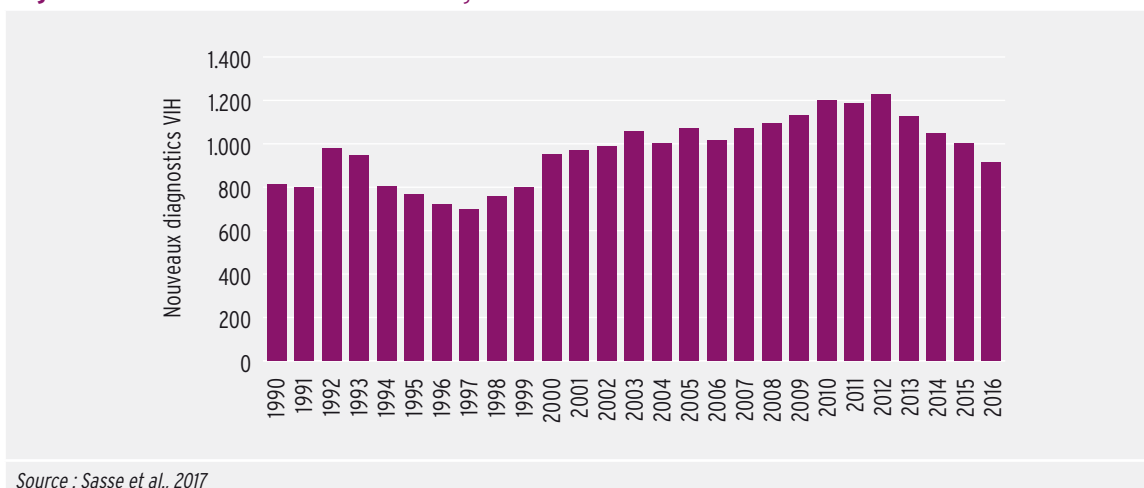
En Belgique, et à fortiori dans les deux régions francophones du pays, il existe quelques sources de données permettant d'étudier ce lien entre usage de drogues et maladies infectieuses.

Le 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 et al., 2017), depuis le début de l'épidémie et jusqu'au 31 décembre 2016, 29.864 personnes ont été diagnostiquées séropositives au VIH en Belgique²¹³. Comme le montre la figure 7, après avoir diminué régulièrement de 1992 à 1997, l'incidence de l'infection au VIH a fortement augmenté au cours de la période 1997-2003 (+47 %). Une nouvelle augmentation lente mais régulière est à nouveau constatée depuis 2006²¹⁴. On notera que la plus haute incidence depuis le début de l'épidémie a été observée en 2012, avec 1.229 nouveaux cas diagnostiqués. En 2016, 915 nouveaux cas ont été diagnostiqués.

Figure 7 : Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH : 1990-2016



Source : Sasse et al., 2017

En 2016, parmi les modes de transmission les plus fréquemment impliqués dans l'infection, on retrouve²¹⁵ les rapports homosexuels (52 %) et les rapports hétérosexuels (45 %), alors que l'injection de drogues par voie intraveineuse n'est impliquée que dans 0,5 % (n=3) des nouveaux cas d'infection. L'importance de ces modes de transmission dans l'évolution de l'épidémie varie toutefois en fonction de la nationalité, de l'âge ou encore du sexe des patients.

On peut voir dans la figure 8 que jusqu'à 2015, environ une dizaine de cas d'infection par année semblent encore liés aux pratiques d'injection pour les deux régions francophones du pays. En 2016, ce nombre a particulièrement chuté. Néanmoins, toutes les personnes porteuses du virus ne sont bien entendu pas

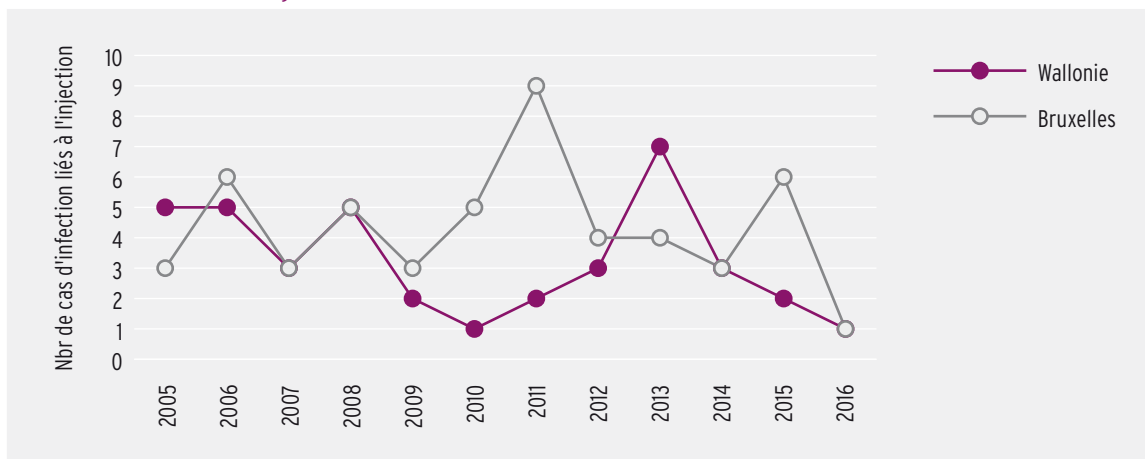
213 Parmi ces personnes séropositives, un total de 4.646 personnes ont été diagnostiquées malades du sida, et 2.493 personnes étaient décédées des suites de la maladie à la fin de l'année 2015.

214 Pour information, les nombres d'infections au VIH identifiées de 2000 à 2016 sont : 953 (2000), 970 (2001), 987 (2002), 1.058 (2003), 1.003 (2004), 1.070 (2005), 1.018 (2006), 1.072 (2007), 1.093 (2008), 1.132 (2009), 1.199 (2010), 1.185 (2011), 1.229 (2012), 1.126 (2013), 1.050 (2014), 1.001 (2015) et 915 (2016). Ces nombres subissent chaque année une mise à jour rétrospective, notamment 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.

215 Il s'agit du mode probable d'infection, déterminé sur base de l'anamnèse du patient. En 2016, cette information a pu être récoltée chez 71 % des patients diagnostiqués.

diagnostiquées. Selon les auteurs, il y aurait actuellement 2.873²¹⁶ [2.210-3.733] personnes vivant avec le VIH sans être diagnostiquées, dont 47 [24-105] UDI.

Figure 8 : Évolution du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH probablement liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse, Wallonie et Région bruxelloise, 2005-2016



Source : Sasse et al., 2016

De manière générale, ces données confirment que l'infection au VIH est difficile à éradiquer et que certains groupes de personnes (définis sur base 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 et qu'ils soient régulièrement renforcés au niveau des populations les plus à risques.

La prévalence des maladies infectieuses chez les usagers de drogues

Dans notre rapport 2013-2014, nous présentions en détail les données de prévalence chez les patients en traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés dans le traitement des assuétudes en Wallonie qui ont participé au TDI sur la période 2006-2011. Ces analyses ont montré que 25,2 % d'entre eux étaient porteurs du VHC, 10,3 % du VHB et 2,6 % du VIH²¹⁷. Ces patients avaient pour la plupart des antécédents de consommation par injection.

Les données issues du projet Lama²¹⁸ (Vanderwaeren, 2017) permettent de se faire une idée de la prévalence des maladies infectieuses chez les usagers de drogues en Région bruxelloise. Elles indiquent que sur les 799 patients composant la file active en septembre 2016, 63 % ont réalisé un dépistage de l'hépatite C. Parmi les patients dépistés, 40 % étaient séropositifs (présence d'anticorps anti-VHC). Et parmi les patients dont le dépistage a révélé les traces d'une infection au VHC, 60 % avaient une charge virale (PCR) positive et ont donc développé une hépatite C chronique, les rendant par ailleurs contagieux. Le dépistage au VIH a quant à lui été réalisé chez 42,5 % de la file active, et le test s'est révélé positif pour 5,6 % d'entre eux (n=17). Ces données ne permettent pas de mise en relation avec les comportements d'injection ni avec les autres modes de contamination possibles.

L'étude nationale DRID (*Drug-Related Infectious Disease*) financée par le SPF Santé a récemment été réalisée par le WIV-ISP afin d'estimer spécifiquement la prévalence de l'infection au VIH et aux hépatites chez les usagers de drogues par injection vivant en Belgique (voir Bollaerts & Van Busse, 2013). Cette étude a montré que chez les UDI (N=180) fréquentant majoritairement les Maisons d'accueil socio-

216 Dont 633 [469-860] en Wallonie et 736 [583-924] à Bruxelles.

217 L'échantillon de patients testés était toutefois réduit et non représentatif de l'ensemble des patients fréquentant les centres spécialisés en assuétudes de la Wallonie. En outre, il s'agissait en grande partie d'informations auto-rapportées par les patients. Pour une présentation détaillée de ces données, nous renvoyons le lecteur à notre rapport 2013-2014 (pages 99-102).

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

sanitaires (MASS), la prévalence de l'hépatite C est de 43,3 % (95 % IC : 34,3 %-52,4 %) ²¹⁹ 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. 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. Les résultats de cette étude, qui décrivent également les patterns de polyconsommation par injection, les comportements à risque, la morbidité somatique ou encore la comorbidité psychiatrique, sont rapportés plus en détail dans notre rapport 2013-2014 (pages 102-104).

Perspectives

Ces données confirment qu'en Wallonie et à Bruxelles, comme dans la plupart des pays européens (voir EMCDDA, 2016), la prévalence de l'infection au VIH est en baisse chez les UDI par rapport à ce que l'on observait il y a 10 ans et plus. En revanche, la prévalence de l'hépatite C est très élevée dans cette population. Il est donc nécessaire de renforcer les programmes de sensibilisation, de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues. En effet, même si les risques liés au partage de seringues sont généralement mieux connus des usagers, et les prises de risque moins fréquentes, un nombre encore élevé de ceux-ci ne sait pas que le partage du matériel connexe d'injection (cuillère, filtre, coton, eau, et même garrot) comporte également des risques de contamination. Ceci concerne en particulier les groupes qui sont peu en contact avec les services d'aide et d'accompagnement, tels que les jeunes, les femmes et les migrants (voir par exemple Sacré et al., 2010). En outre, une proportion non négligeable d'usagers est susceptible d'adopter des comportements alors qu'ils connaissent les risques encourus, par exemple parce qu'ils sont en situation de manque et donc pressés, ou sous l'effet d'un produit susceptible de biaiser leur jugement et leur prise de décision. Certaines études neuropsychologiques suggèrent même que la consommation chronique de certains produits engendre un dysfonctionnement dans les prises de décision (en particulier dans l'appréciation des conséquences) lorsque des récompenses immédiates (argent, drogue, sexe, etc.) sont disponibles. Ces déficits s'observent même lorsque les usagers ne sont pas sous l'effet du produit ou en situation de manque, et peuvent persister lorsqu'ils sont abstinents. On parle à ce sujet 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 que ces biais sont impliqués dans le maintien des comportements addictifs, et sont responsables des difficultés qu'éprouvent les usagers à résister à l'appel du «craving» (envie irrésistible de consommer le produit). Ces processus décisionnels déficitaires ont pu être mis en relation avec un dysfonctionnement au niveau de certaines régions du cortex préfrontal (Bechara et al., 2001; Bolla et al., 2003).

Les conduites à risque chez les UDI peuvent également être motivées par des déterminants psychologiques (auto-destruction ou indifférence/fatalisme par rapport aux maladies infectieuses ; Magura et al., 1989) ou sociaux/environnementaux (influence de la norme sociale du groupe d'appartenance, risques perçus liés à la fréquentation des services mettant à disposition du matériel stérile d'injection, etc. ; Wagner et al., 2010), qui peuvent être renforcés en cas de faible accessibilité du matériel stérile d'injection. Nous le verrons plus en détail dans le chapitre 3, mais le dispositif d'accessibilité au matériel d'injection souffre en Wallonie et à Bruxelles d'un sous-financement et d'un manque de couverture géographique et horaire, pouvant «encourager» les usagers à réutiliser de matériel usagé. Les déterminants de l'épidémie du VHC chez les UDI sont donc multiples et il conviendra d'agir conjointement sur tous ces facteurs si on espère pouvoir un jour la juguler.

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

²¹⁹ 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 de dépistage, dont la spécificité et la sensibilité diagnostiques ne sont pas parfaites.

latente à une tuberculose active peut être précipité par différents facteurs «favorisants», généralement liés aux conditions de vie.

La tuberculose pulmonaire reste la forme la plus fréquente (70,9 % des cas en Belgique pour l'année 2015), notamment en raison de son caractère hautement contagieux (transmission par voie aérienne). Actuellement, la tuberculose survient de manière préférentielle dans les groupes 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 personnes en situation illégale). Cette maladie se concentre plus particulièrement dans les grandes villes, où ces populations à risques sont majoritairement rassemblées.

En Belgique, 988 cas de tuberculose ont été déclarés en 2015 (dont 304 en Région bruxelloise et 265 en Wallonie), ce qui correspond à une incidence de 8,8 cas par 100.000 habitants. On a pu identifier chez certains de ces patients (15,1 % des cas en Région bruxelloise et 27,5 % en Wallonie) un ou plusieurs facteurs ayant pu favoriser la déclaration de la maladie suite à l'infection. Selon le registre belge de la tuberculose (FARES, 2017)²²⁰, les facteurs favorisants les plus fréquemment cités en 2015 sont (voir tableau 26) : la dénutrition, l'alcoolisme chronique et l'infection au VIH. La toxicomanie par injection n'est quant à elle citée que pour 0,4 % des cas en Région bruxelloise et 2 % en Wallonie.

Tableau 26 : Patients présentant au moins un facteur favorisant le développement de la tuberculose en Wallonie et en Région bruxelloise, 2015

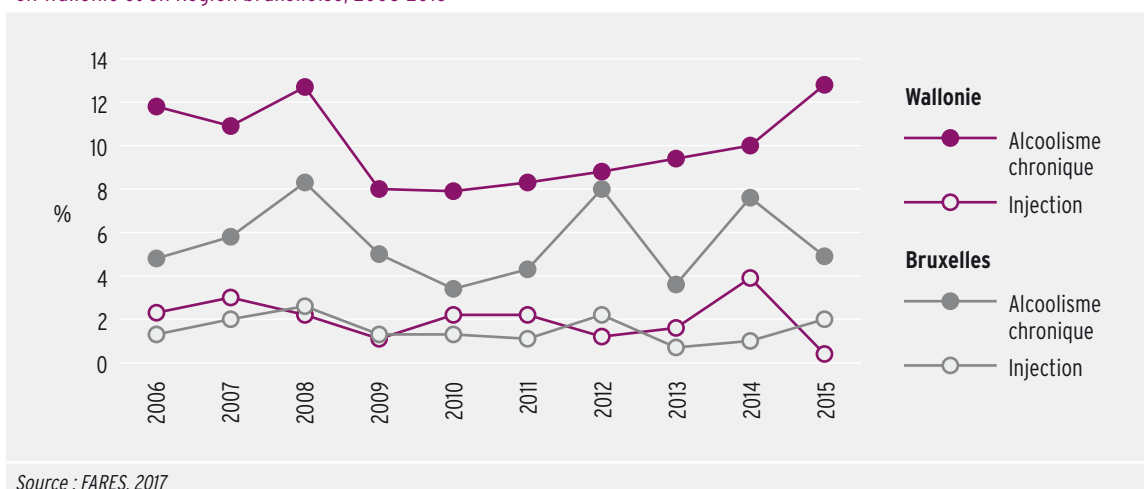
	Bruxelles		Wallonie	
	n	%	n	%
VIH+ (séropositifs)	11	3,6	5	1,9
Toxicomanie IV (par voie intraveineuse)	6	2,0	1	0,4
Alcoolisme chronique	15	4,9	34	12,8
Dénutrition	36	11,8	58	21,9
Total des facteurs favorisants mentionnés	103		179	
Total des patients avec au moins 1 facteur favorisant	73	24,0	110	41,5
Total des patients déclarés tuberculeux	304		265	

Source : FARES, 2017

Dans la figure 9, nous présentons l'évolution des pourcentages de cas de tuberculose active ayant pu être mis en relation avec un alcoolisme chronique ou avec l'usage de drogues par injection en Wallonie et en Région bruxelloise sur la période 2006-2015. On peut remarquer que les cas en lien avec l'alcoolisme chronique sont relativement plus fréquents en Wallonie qu'à Bruxelles, et que les cas en lien avec l'alcoolisme chronique semblent être en augmentation en Wallonie.

220 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 «favorisants» la déclaration de la tuberculose (après qu'elle ait infecté le patient) peuvent coexister chez un même patient. Ces facteurs favorisants 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 l'on ne peut bien entendu pas prouver que ces facteurs favorisants ont effectivement contribué au développement de la maladie chez les personnes infectées.

Figure 9 : Évolution des pourcentages de cas de tuberculose en lien avec l'alcoolisme chronique ou l'injection de drogues en Wallonie et en Région bruxelloise, 2006-2015



PRISES EN CHARGE PSYCHIATRIQUES ET DOUBLE DIAGNOSTIC CHEZ LES USAGERS D'ALCOOL, DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES : LE RÉSUMÉ PSYCHIATRIQUE MINIMUM

L'usage de substances psychoactives peut favoriser ou être favorisé par des états psychiques variés (stress, insomnie, agressivité, tristesse...) pouvant être les symptômes de différents troubles psychopathologiques (troubles dépressifs, anxieux, psychotiques, de la personnalité, de déficit de l'attention, etc.). Qu'une personne entre en consultation pour un problème de santé mentale ou pour un problème de consommation de substances psychoactives, la recherche et l'identification d'un éventuel **double diagnostic**²²¹ constituent un enjeu majeur par rapport à la prise en charge. En effet, cette cooccurrence de troubles entraîne souvent une aggravation des deux tableaux cliniques ainsi qu'une moins bonne adhésion du patient au traitement proposé. Elle peut aussi favoriser l'émergence de comportements à risque et de conduites déviantes, ainsi que la marginalisation sociale en cas de troubles sévères et persistants (Crawford, Crome & Clancy, 2003). La prise en compte des deux problématiques est donc un déterminant essentiel de l'efficacité de la prise en charge (voir par exemple Judd, Thomas, Schwartz, Outcalt & Hough, 2003). Elle correspond d'ailleurs aux recommandations du modèle bio-psycho-social, selon lequel il faut appréhender la personne dans sa globalité.

Les estimations de la prévalence des doubles diagnostics sont très variables selon les études, en raison de nombreuses différences entre les méthodologies d'estimation : population sélectionnée (population générale, population psychiatrique, usagers de drogues, usagers en traitement...), niveau de prévalence pris en compte (prévalence sur la vie, sur l'année, au moment de l'étude...), méthodes d'échantillonnage, critères et niveaux de précision/validité des outils diagnostiques. Les cas de double diagnostic semblent toutefois fréquents chez les usagers problématiques de substances psychoactives (Torrens, Mestre-Pintó & Domingo-Salvany, 2015), y compris en Belgique (Bollaerts & Van Bussel, 2013). Les troubles thymiques sont les plus fréquents, mais la prévalence de chaque trouble peut varier en fonction du type d'addiction. Par exemple, les troubles dépressifs sont particulièrement fréquents chez les personnes dépendantes à l'alcool, aux médicaments psychotropes ou aux opiacés, alors que l'on retrouve assez régulièrement des troubles de la personnalité chez les personnes ayant une dépendance aux opiacés. De même, si la prévalence de la schizophrénie est relativement faible chez les usagers de cannabis, un usage problématique de cannabis est à l'inverse très fréquent chez les personnes atteintes de schizophrénie.

221 Dans le domaine des assuétudes, la notion de double diagnostic renvoie à une coexistence, chez une même personne, d'un trouble psychiatrique et d'un trouble lié à l'usage d'une ou plusieurs substances psychoactives (OMS, 1995).

Plusieurs hypothèses et modèles ont été formulés pour expliquer cette fréquente comorbidité (voir par exemple Mueser, Drake & Wallach, 1998). Sans entrer dans le détail de ces conceptions, il est généralement admis que l'usage d'une substance psychoactive peut causer des troubles psychiatriques (aigus ou chroniques) ou aggraver des symptômes préexistants. Inversement, certaines pathologies psychiatriques peuvent favoriser le mésusage de substances psychoactives, notamment dans une démarche de *coping* ou d'automédication. Enfin, les troubles psychiatriques et ceux liés à l'usage d'une substance peuvent être la résultante d'un facteur commun d'origine biologique et/ou environnementale, voire être totalement indépendants sur le plan étiologique. Dans les faits, l'étiologie de cette cooccurrence de troubles variera d'un patient à l'autre. Dans la pratique clinique, il ne sera pas toujours possible d'identifier le(s) facteur(s) explicatif(s) et la chronologie précise d'apparition des troubles, les symptômes des troubles mentaux ainsi que ceux des troubles liés à l'usage de substances psychoactives interagissant et s'influençant mutuellement.

L'indicateur

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, permettant d'une part de comptabiliser les séjours pour lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances a pu être posé, et d'autre part d'estimer la prévalence des doubles diagnostics.

Le volet du diagnostic psychiatrique peut être considéré comme exhaustif puisqu'il est complété sur base d'une évaluation de tous les axes DSM-IV²²². Les données enregistrées comprennent les informations sociodémographiques du patient, le(s) diagnostic(s) et les problèmes identifiés à l'admission, les données de traitement, et enfin le(s) diagnostic(s) et les problèmes résiduels à la sortie. L'unité d'enregistrement de ce registre et des analyses subséquentes n'est pas le patient mais le séjour, certains patients pouvant avoir été admis à plusieurs reprises au cours d'une même année.

Les analyses suivantes portent sur les séjours clôturés dans les unités psychiatriques de la Wallonie et de la Région bruxelloise sur la période 2005-2013. Dans un premier temps, nous présenterons l'ensemble des séjours pour lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances a été posé, en diagnostic principal ou secondaire, et quel que soit le motif de la prise en charge. Dans un second temps, nous aborderons les séjours lors desquels un double diagnostic a pu être posé à l'admission.

Les chiffres 2005-2013 en Wallonie

Sur les 9 années à l'étude, un total de 252.458 séjours (tous diagnostics confondus) ont été clôturés en Wallonie dans les services offrant une prise en charge psychiatrique, dont 86.008 séjours (34,1 %) ont débouché sur un **diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances**, en diagnostic principal ou secondaire. L'alcool est fréquemment identifié comme substance problématique lors des séjours dans les établissements de prise en charge psychiatrique en Wallonie, quel que soit le motif d'admission. En effet, un diagnostic principal ou secondaire d'abus ou de dépendance à l'alcool a été posé dans 22,5 % des séjours comptabilisés sur la période 2005-2013²²³. Un diagnostic d'abus ou de dépendance à une seule drogue illicite²²⁴ ou à plusieurs produits (polyconsommation)²²⁵ a été posé dans 9,8 % des séjours enregistrés sur la période 2005-2013, les diagnostics de polyconsommation problématique étant plus fréquemment posés que ceux liés à l'usage d'une seule drogue (6,4 % *versus* 3,4 %). Enfin, un

222 Le DSM-IV est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux utilisé pour établir les diagnostics psychopathologiques et catégoriser les patients sur base des manifestations cliniques.

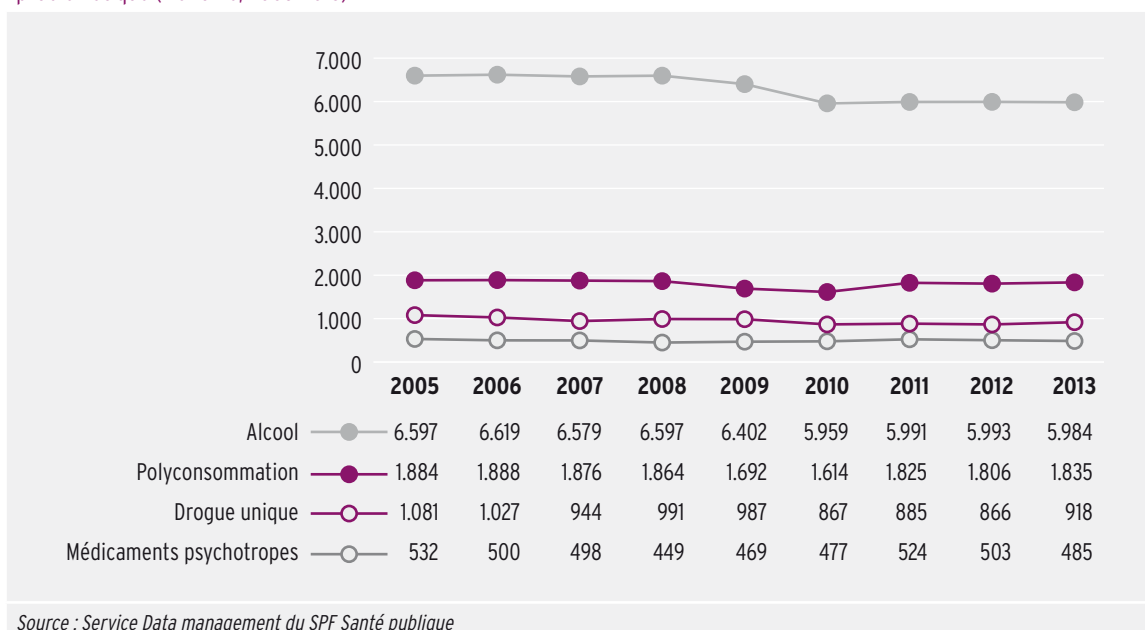
223 Sur cette période, un total de 252.458 séjours clôturés (tous diagnostics confondus) ont été enregistrés en Wallonie dans les services offrant une prise en charge psychiatrique : 28.404 (2005), 28.732 (2006), 27.847 (2007), 28.292 (2008), 28.273 (2009), 27.019 (2010), 27.929 (2011), 28.303 (2012), 27.655 (2013).

224 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.

225 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 (alcool compris), ainsi que les cas de diagnostic de dépendance à plusieurs substances tel que défini par le code 304.80 du DSM IV. Ce diagnostic est posé lorsqu'une personne présente une dépendance à au moins trois substances (alcool compris ; à l'exception de la caféine et de la nicotine). Par facilité, ces cas ont été regroupés sous la même appellation «diagnostic de polyconsommation».

diagnostic pour un problème en lien avec l'usage de médicaments psychotropes a été posé dans 1,8 % des séjours enregistrés en Wallonie sur la période 2005-2013.

Figure 10 : Nombre de séjours clôturés dans les services psychiatriques en fonction du type de diagnostic d'usage problématique (Wallonie, 2005-2013)



En ce qui concerne la **prévalence des doubles diagnostics**, les troubles dépressifs (22,7 %) ainsi que, dans une moindre mesure, les troubles de la personnalité (13,5 %) ont fréquemment été établis lors des séjours où un diagnostic d'abus ou de dépendance à un ou plusieurs produits a été posé. Ce niveau de prévalence est similaire à ce qui est observé sur ce type de population dans la plupart des pays européens (Torrens et al., 2015). On observe néanmoins une prévalence différenciée en fonction des produits. Ainsi, les troubles dépressifs, les troubles bipolaires, ainsi que les troubles anxieux sont plus fréquents lors d'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 lors d'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 lors d'un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue unique que pour les autres types de diagnostics d'usage problématique d'une ou plusieurs substances. On observe également que la survenue de troubles dépressifs, de troubles de la personnalité, ainsi que de troubles de l'adaptation, est nettement plus fréquente lorsqu'un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances a été posé que lorsqu'aucun diagnostic d'abus ou de dépendance n'a pu être établi.

Tableau 27 : Prévalence des doubles diagnostics lors des séjours dans les services psychiatriques de la Wallonie, selon le type de diagnostic, 2005-2013

	Alcool	Drogue unique	Médicaments psychotropes	Poly-consommation	Total toute substance
Nombre de séjours clôturés 2005-2013	56.721	8.566	4.437	16.284	86.008
	%	%	%	%	%
Troubles dépressifs	24,7	19,0	35,8	11,5	22,7
Troubles de la personnalité	14,7	15,8	13,8	9,8	13,5
Troubles de l'adaptation	7,7	9,4	15,0	4,8	9,2
Schizophrénie	1,9	12,7	2,2	4,1	5,2
Troubles psychotiques	2,1	9,7	2,8	3,5	4,5
Troubles bipolaires	3,9	4,0	5,9	2,2	4,0
Troubles anxieux	3,2	3,6	8,5	1,7	4,3
Troubles du contrôle des impulsions	1,1	1,8	0,9	0,9	1,2
Troubles relationnels ou autistiques	0,3	0,5	0,3	0,2	0,3
Troubles des conduites alimentaires	0,3	0,5	0,7	0,2	0,4
Troubles de déficit de l'attention/hyperactivité	0,1	0,7	0,0	0,1	0,3
Aucun diagnostic secondaire	28,4	19,6	10,9	6,8	22,5

Source : Service Data management du SPF Santé publique

Les chiffres 2005-2013 en Région bruxelloise

Sur les 9 années à l'étude, un total de 78.872 séjours²²⁶ (tous diagnostics confondus) ont été clôturés en Région bruxelloise dans les services offrant une prise en charge psychiatrique, parmi lesquels 24.551 séjours (31,1 %) ont débouché sur un **diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances**, en diagnostic principal ou secondaire. L'alcool est fréquemment identifié comme substance problématique lors des séjours dans les établissements de prise en charge psychiatrique en Région bruxelloise, quel que soit le motif d'admission. En effet, un diagnostic principal ou secondaire d'abus ou de dépendance à l'alcool a été posé dans 18,4 % des séjours comptabilisés sur la période 2005-2013. Un diagnostic d'abus ou de dépendance à une seule drogue ou à plusieurs produits (polyconsommation) a été posé dans 11,1 % des séjours enregistrés sur la période 2005-2013, les diagnostics de polyconsommation problématique étant plus fréquemment posés que ceux liés à l'usage d'une seule drogue (6,5 % *versus* 4,6 %). Enfin, un diagnostic pour un problème en lien avec l'usage de médicaments psychotropes a été posé dans 1,6 % des séjours enregistrés en Région bruxelloise sur la période 2005-2013.

226 Plus précisément, 8.917 (2005), 8.759 (2006), 8.690 (2007), 8.550 (2008), 8.687 (2009), 8.991 (2010), 9.000 (2011), 8.851 (2012), 8.427 (2013).

Figure 11 : Nombre de séjours clôturés dans les services psychiatriques en fonction du type de diagnostic d'usage problématique (Région bruxelloise, 2005-2013)

En ce qui concerne la **prévalence des doubles diagnostics**, les troubles dépressifs (23,1 %) ainsi que, dans une moindre mesure, les troubles de la personnalité (14,9 %) ont fréquemment été établis lors des séjours où un diagnostic d'abus ou de dépendance à un ou plusieurs produits a été posé. Ce niveau de prévalence est similaire à ce qui est observé sur ce type de population dans la plupart des pays européens (Torrens et al., 2015). On observe néanmoins une prévalence différenciée en fonction des produits. Ainsi, les troubles dépressifs, les troubles bipolaires, ainsi que les troubles anxieux sont plus fréquents lors d'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 lors d'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 lors d'un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue unique que pour les autres types de diagnostic d'usage problématique d'une ou plusieurs substances.

Tableau 28 : Prévalence des doubles diagnostics lors des séjours dans les services psychiatriques de la Région bruxelloise, selon le type de diagnostic, 2005-2013

	Alcool	Drogue unique	Médicaments psychotropes	Poly-consommation	Total
Nombre de séjours clôturés 2005-2013	14.527	3.625	1.266	5.133	24.551
	%	%	%	%	%
Troubles dépressifs	27,8	14,5	38,2	12,3	23,1
Troubles de la personnalité	16,8	12,6	16,9	10,8	14,9
Troubles de l'adaptation	4,7	5,3	7,0	3,0	4,5
Schizophrénie	4,0	25,5	3,8	8,7	8,1
Troubles psychotiques	4,5	18,3	5,8	7,0	7,1
Troubles bipolaires	4,1	3,6	6,5	1,9	3,7
Troubles anxieux	3,5	2,2	9,0	1,7	3,2
Troubles du contrôle des impulsions	0,4	0,6	0,2	0,3	0,4
Troubles relationnels ou autistiques	0,4	0,6	1,1	0,3	0,4
Troubles des conduites alimentaires	0,4	0,5	0,9	0,2	0,4
Troubles de déficit de l'attention/hyperactivité	0,0	0,6	0,0	0,2	0,2
Aucun diagnostic secondaire	27,8	14,1	12,1	6,2	20,4

Source : Service Data management du SPF Santé publique

Les différences régionales marquantes

Les proportions de diagnostics d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances établis dans les services offrant une prise en charge psychiatrique sont relativement similaires dans les deux régions francophones du pays. Néanmoins, on enregistre proportionnellement un peu plus de diagnostics d'usage problématique d'alcool en Wallonie qu'à Bruxelles (22,5 % *versus* 18,4 %).

En ce qui concerne les doubles diagnostics, on constate que ceux impliquant la schizophrénie et les troubles psychotiques sont plus fréquemment posés lors des séjours dans les services psychiatriques de la Région bruxelloise que dans ceux de la Wallonie, en particulier en cas de problèmes d'usage de drogue unique. L'inverse est observé pour les troubles de l'adaptation, plus fréquemment associés à un trouble de l'usage d'une ou plusieurs substances en Wallonie qu'en Région bruxelloise, en particulier en association avec un trouble lié à l'usage de médicaments psychotropes. Nous n'avons pas d'explication à donner à ces différences régionales.

LES NOUVEAU-NÉS PRIS EN CHARGE SUITE À UNE EXPOSITION PRÉNATALE 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. Le classement régional est effectué sur base du code postal des parents des nouveau-nés. Depuis 2016, les données sont encodées sur base des critères diagnostic de l'ICD-10 et non plus sur base de l'ICD-9, ce qui rend plus difficile les comparaisons avec les données récoltées antérieurement.

L'exposition prénatale et, dans une moindre mesure, l'exposition périnatale à l'alcool ainsi qu'à certaines drogues ou médicaments psychotropes peut occasionner, au même titre que de nombreux médicaments et produits d'usage commun, 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. Les effets tératogènes de certaines substances psychoactives sur le développement du cerveau peuvent être particulièrement marqués, et engendrer des difficultés variées sur le plan clinique (Thompson, Levitt & Stanwood, 2009).

Comme le rapporte le tableau 29, le nombre de nouveau-nés pris en charge pour une exposition à l'alcool ou aux drogues/médicaments psychotropes concerne un peu plus d'une centaine de cas par an pour les deux régions francophones du pays. Le fait que les chiffres soient plus élevés en Wallonie qu'à Bruxelles n'est pas uniquement dû au fait que la population est plus importante dans la première région que dans la deuxième. Car si on rapporte ces chiffres aux nombres de nouveau-nés enregistrés dans les deux régions en 2016, on relève 6,4 cas pour 10.000 naissances en Région bruxelloise contre 26,8 cas pour 10.000 naissances en Wallonie. Une hypothèse pour expliquer cette différence pourrait être que les situations à risques sont mieux diagnostiquées et suivies au cours de la grossesse en Région bruxelloise qu'en Wallonie.

Tableau 29 : Nouveau-nés pris en charge dans un service de néonatalogie suite à un problème d'exposition à l'alcool ou aux drogues. Résumé Infirmier Minimum 2016

	Wallonie	Bruxelles
	n	n
Nouveau-né affecté par une anesthésie et par une analgésie au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement (médicaments opioïdes)	15	7
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'autres médicaments	17	2
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'alcool	17	3
Nouveau-né affecté par un usage maternel de cocaïne	7	1
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'une autre drogue	21	2
Nouveau-né ayant présenté des symptômes de sevrage à un usage maternel de drogue	16	1
Total	93	16
Nombre total de naissances	34.639	24.841

Source : Service Data management du SPF Santé publique

ACCIDENTS DE LA CIRCULATION SOUS L'INFLUENCE D'ALCOOL

L'alcool a la particularité d'agir indistinctement sur la plupart des systèmes de neurotransmission, principalement en accentuant la neurotransmission inhibitrice en en diminuant la neurotransmission excitatrice (Valenzuela, 1997). Cette action inhibitrice massive sur le cerveau explique pourquoi l'imprégnation éthylique altère l'ensemble des fonctions cognitives et motrices, biaise la lucidité et la capacité de jugement, et expose ainsi davantage l'individu à la prise de risques durant l'imprégnation. L'alcool altère ainsi, même en faible quantité, les capacités de conduite une automobile, et est une cause relativement fréquente d'accidents. Le risque d'accident mortel augmente de manière exponentielle avec la concentration d'alcool dans le sang, en particulier chez les jeunes conducteurs, moins expérimentés (Keall, Frith, & Patterson, 2004).

L'institut Vias (ancien 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. 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 roulage²²⁷. Ces statistiques, qui sont fournies par la police, 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. Dans ce cas, ce sont des analyses sanguines qui sont effectuées en vue d'objectiver l'éventuelle implication d'une substance, mais la police n'est pas informée des résultats d'analyse. 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 test n'est pas encore systématiquement réalisé chez les conducteurs indemnes ou légèrement blessés (62,1 % d'entre eux y ont été soumis en 2013 en Wallonie, et 56,8 % en Région bruxelloise).

Les chiffres 2005-2016 en Wallonie

On peut constater dans le tableau 30 qu'en Wallonie, le pourcentage de conducteurs²²⁸ impliqués dans un accident corporel pour lequel un test d'haleine a été effectué est en augmentation progressive sur la période 2005-2013, ce qui pourrait correspondre à une application progressive de la directive de 2006. Entre 2005 et 2009, le pourcentage de conducteurs sous influence de l'alcool a augmenté légèrement,

227 Actuellement, il n'existe pas de procédure similaire pour le dépistage de conduite sous influence de drogues. Les tests salivaires ne sont en effet imposés aux conducteurs qu'en cas de suspicion d'usage (voir 2.3.2).

228 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.

peut-être en raison de l'augmentation des contrôles²²⁹. On observe depuis lors une tendance à la diminution, surtout en 2016. À noter que les données 2014 et 2015 ne sont actuellement pas disponibles.

Tableau 30 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Wallonie, 2005-2016

	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence d'alcool	% conducteurs testés	% conducteurs sous influence d'alcool
2005	24.591	9.491	1.184	38,6 %	12,5 %
2006	24.004	11.022	1.328	45,9 %	12,1 %
2007	24.376	11.404	1.372	46,8 %	12,0 %
2008	23.804	13.206	1.765	55,5 %	13,4 %
2009	23.973	13.968	2.124	58,3 %	15,2 %
2010	23.034	13.943	2.068	60,5 %	14,8 %
2011	23.952	14.149	2.052	59,1 %	14,5 %
2012	22.125	12.981	1.891	58,7 %	14,6 %
2013	20.501	12.728	1.811	62,1 %	14,2 %
2016	20.494	13.286	1.648	64,8 %	12,4 %

Source : Focant, 2017 (d'après SPF Economie DG Statistique)

Le détail par type de «conducteurs» est présenté dans le tableau 31 pour l'année 2016. 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 (69,9 %), qu'ils sont majoritairement testés (70 %), et que près de 14 % d'entre eux se sont avérés être sous l'influence de l'alcool.

Tableau 31 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Wallonie, par types de conducteurs, 2016

	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence	% conducteurs testés	% conducteurs sous influence
Piétons	1.460	385	24	26 %	6,2 %
Cyclistes	727	294	14	40 %	4,8 %
Cyclomotoristes	816	514	64	63 %	12,5 %
Motocyclistes	973	585	41	60 %	7,0 %
Voitures	14.327	10.088	1.407	70 %	13,9 %
Camionnettes	873	638	69	73 %	10,8 %
Poids-lourds	138	114	2	83 %	1,8 %
Autobus/autocars	569	474	7	83 %	1,5 %
Autre	141	96	7	68 %	7,3 %
Inconnu	470	98	13	21 %	13,3 %
Total	20.494	13.286	1.648	65 %	12,4 %

Source : Focant, 2017 (d'après SPF Economie DG Statistique)

229 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, ces derniers étant considérés comme positifs et sanctionnés de la même manière.

Enfin, le tableau 32 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 1.000 accidents) est également moins élevé qu'il y a une décennie.

Tableau 32 : 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 Wallonie, 2005-2016

	Nbr accidents corporels	Victimes			Décédés 30 jours	Gravité
		Total	Blessés légers	Blessés graves		
2005	1.152	1.679	1.488	167	24	20,8
2006	1.293	1.829	1.672	134	24	18,6
2007	1.340	1.953	1.771	156	26	19,4
2008	1.718	2.442	2.215	198	29	16,9
2009	2.076	2.928	2.665	244	18	8,7
2010	2.007	2.836	2.608	203	25	12,5
2011	2.002	2.779	2.543	214	23	11,5
2012	1.846	2.556	2.384	152	20	10,8
2013	1.766	2.476	2.321	138	17	9,6
2016	1.588	2.222	2.111	93	18	11,3

Source : Focant, 2017 (d'après SPF Economie DG Statistique)

Les chiffres 2005-2016 en Région bruxelloise

Comme en Wallonie, le pourcentage de conducteurs impliqués dans un accident corporel pour lequel un test d'haleine a été effectué est en augmentation progressive sur la période 2005-2013, ce qui pourrait à nouveau correspondre à une application progressive de la directive de 2006. Malgré cette augmentation des contrôles, le pourcentage de conducteurs sous influence de l'alcool est en diminution depuis 2009 (-3,8 %). À noter que les données 2014 et 2015 ne sont actuellement pas disponibles.

Tableau 33 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Région bruxelloise, 2005-2016

	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence d'alcool	% conducteurs testés	% conducteurs sous influence d'alcool
2005	8004	1134	149	14,2 %	13,2 %
2006	8.113	1.535	160	18,9 %	10,4 %
2007	8.368	1.811	215	21,6 %	11,9 %
2008	8.131	2.633	259	32,4 %	9,8 %
2009	8.371	3.349	378	40,0 %	11,3 %
2010	7.761	3.462	405	44,6 %	11,7 %
2011	8.116	3.781	355	46,6 %	9,4 %
2012	8.082	4.068	370	50,3 %	9,1 %
2013	7.393	4.198	369	56,8 %	8,8 %
2016	7.898	4.528	341	57,3 %	7,5 %

Source : Focant, 2017 (d'après SPF Economie DG Statistique)

Le détail par type de «conducteurs» est présenté dans le tableau 34 pour l'année 2016. On constate que les conducteurs de voitures sont aussi ceux qui sont les plus fréquemment impliqués dans les accidents corporels de la circulation (57 %) mais moins dans une moindre mesure qu'en Wallonie²³⁰, qu'ils sont majoritairement testés (67 %), et que près de 1 sur 10 parmi ces derniers s'est avéré être sous l'influence de l'alcool.

Tableau 34 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Région bruxelloise, par types de conducteurs, 2016

	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence	% conducteurs testés	% conducteurs sous influence
Piétons	1.170	235	14	20 %	6,0 %
Cyclistes	766	366	18	48 %	4,9 %
Cyclomotoristes	205	121	8	59 %	6,6 %
Motocyclistes	534	347	8	65 %	2,3 %
Voitures	4.503	3.038	273	67 %	9,0 %
Camionnettes	241	160	16	66 %	10,0 %
Poids-lourds	128	101	1	79 %	1,0 %
Autobus/autocars	96	72	0	75 %	0,0 %
Autre	137	77	1	56 %	1,3 %
Inconnu	118	11	2	9 %	18,2 %
Total	7.898	4.528	341	57 %	7,5 %

Source : Focant, 2017 (d'après SPF Economie DG Statistique)

Enfin, le tableau 35 montre que le nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous l'influence de l'alcool est relativement stable depuis 2009, quoiqu'en diminution en 2016. À noter que l'indice de gravité (établi sur base du nombre de décès enregistrés sur 1.000 accidents) ne peut être calculé en Région bruxelloise en raison du trop petit nombre de blessés décédés dans les 30 jours.

Tableau 35 : Nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous influence de l'alcool et nombre de victimes en Région bruxelloise, 2005-2016

	Nbr accidents corporels	Victimes			Décédés 30 jours
		Total	Blessés légers	Blessés graves	
2005	147	217	211	6	0
2006	157	244	236	6	3
2007	209	273	261	8	4
2008	254	351	329	20	1
2009	366	482	467	11	3
2010	388	540	505	33	2
2011	345	447	428	19	0
2012	354	470	445	22	3
2013	359	461	437	24	1
2016	308	388	377	9	2

Source : Focant, 2017 (d'après SPF Economie DG Statistique)

230 Cette différence est probablement due au caractère exclusivement urbain de la région de Bruxelles-Capitale, qui favorise l'utilisation de moyens de locomotion alternatifs à la voiture (vélos, motocyclettes, etc.).

Les différences régionales marquantes

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 parmi ceux impliqués dans un accident de roulage en Wallonie (-2,8 %) mais surtout en Région bruxelloise (-3,8 %). Corolairement, on observe une diminution du nombre d'accidents corporels et de victimes impliquant une personne alcoolisée, mais essentiellement en Wallonie (à Bruxelles, cela ne s'observe que depuis 2016). 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 ou de contrôle. Néanmoins, malgré cette évolution, l'alcool reste encore trop souvent impliqué dans les accidents de la route avec dégâts corporels. La proportion de conducteurs impliqués dans un accident de roulage s'étant révélés être sous influence d'alcool est moins élevée en Région bruxelloise qu'en Wallonie (en 2016, 7,5 % *versus* 12,4 %).

2.2.4. LA MORTALITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Le décès peut être une conséquence directe ou indirecte, immédiate ou différée, de l'usage d'alcool et de drogues. Il peut ainsi être occasionné par une overdose pouvant affecter certaines fonctions vitales (respiration, etc.), ou être la conséquence d'une pathologie physique causée par un usage aigu ou chronique (cirrhose, hépatite alcoolique, hépatite virale, VIH, ...). Enfin, il peut être la conséquence d'un état psychologique, transitoire ou permanent, induit par la consommation du produit et favorisant certains comportements à risque ou le passage à l'acte suicidaire. L'usage d'alcool et drogues peut également contribuer à l'évolution fatale d'un état morbide préexistant.

La mortalité liée à l'usage d'alcool et de drogues est un indicateur important de l'impact de cet usage sur la santé publique. Selon l'OMS, le mésusage d'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes. Il serait la cause de près de 6 % des décès à l'échelle mondiale (soit plus de 3 millions de personnes par année), ce qui en fait un des principaux facteurs de risque de morbidité, de mortalité et d'invalidité (WHO, 2014). L'usage de drogues serait quant à lui responsable d'un peu moins de 200 milles décès par année (UNODC 2015). Les décès liés à l'usage de drogues sont en bonne partie la conséquence d'une overdose, principalement consécutive à un usage d'opiacés.

L'INDICATEUR

Les données de mortalité sont centralisées sur base des déclarations de décès complétées par les médecins qui en font le constat. Les décès peuvent être filtrés sur base de la cause initiale²³¹ et des causes associées²³², identifiées sur base du système de classification internationale des maladies (CIM-10). Dans la partie suivante, nous nous intéresserons aux décès liés à l'usage de drogues, d'alcool et de médicaments psychotropes en cause initiale. 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 n'inclut que les cas dont la cause initiale est une maladie ou une complication spécifiquement due à la consommation d'alcool (e.g. pancréatite chronique alcoolique, gastrite alcoolique) et non les cas dont la cause initiale est une maladie dans laquelle l'alcool joue un rôle prépondérant mais non exclusif (en l'occurrence certains cancers des voies aérodigestives 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.

231 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».

232 Les causes associées sont définies comme «les états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué».

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 causés par l'usage d'un produit, 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).

Il est généralement admis que les décès liés aux drogues illégales font l'objet d'une sous-déclaration, et ce pour deux raisons. D'une part, parce que les médecins qui en font le constat choisissent parfois de ne pas mentionner une cause «drogue illégale» afin de préserver les familles. En effet, les décès liés aux drogues sont considérés comme des morts violentes, ce qui déclenche une procédure judiciaire qui peut être péniblement vécue en période de deuil et qui bloque la possibilité d'inhumation immédiate. D'autre part, établir la cause des décès est une procédure qui peut s'avérer complexe. Hors un examen médico-légal ainsi que des analyses toxicologiques ne sont pas systématiquement entrepris pour identifier précisément la cause du décès. Nous ne sommes actuellement pas en mesure de quantifier l'ampleur de la sous-estimation des décès liés aux drogues sur base du registre de la mortalité.

À noter que les données de chaque région ne couvrent pas parfaitement la même population : d'un côté il s'agit des personnes dont le décès a été constaté sur le territoire wallon (indépendamment du lieu de résidence), alors que de l'autre, il est question des décès enregistrés parmi les résidents de la Région bruxelloise (indépendamment du lieu de décès).

Les chiffres 2013 en Wallonie

En 2013, l'alcool serait directement responsable d'environ 1,3 % des décès en Wallonie, et les drogues de 0,15 %. La mortalité directement liée à l'alcool est donc environ 9 fois plus élevée que celle liée aux drogues illégales en Wallonie. La mortalité liée à l'alcool et aux drogues est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, mais le ratio homme-femme est plus important pour les drogues (4,09 pour 1) que pour l'alcool (2,13 pour 1). Les décès directement liés à l'alcool surviennent principalement entre 45 et 74 ans (81,5 % des cas), alors que ceux liés aux drogues sont essentiellement concernent des personnes âgées de 25 à 54 ans (85,7 % des cas). En 2013, aucun décès directement lié à l'usage de médicaments psychotropes n'a été enregistré sur le territoire wallon.

Le fait que les décès liés aux drogues et à l'alcool sont globalement plus nombreux chez les hommes que chez les femmes s'explique par le fait que les hommes sont plus enclins que les femmes à consommer des substances psychoactives et à développer un usage problématique (Lynch, Roth & Carroll, 2002 ; OEDT, 2016). Les hommes sont donc forcément plus exposés que les femmes aux risques de mortalité associés.

Tableau 36 : Décès directement liés à l'usage de drogues et d'alcool en Wallonie, par âge et par sexe, 2013

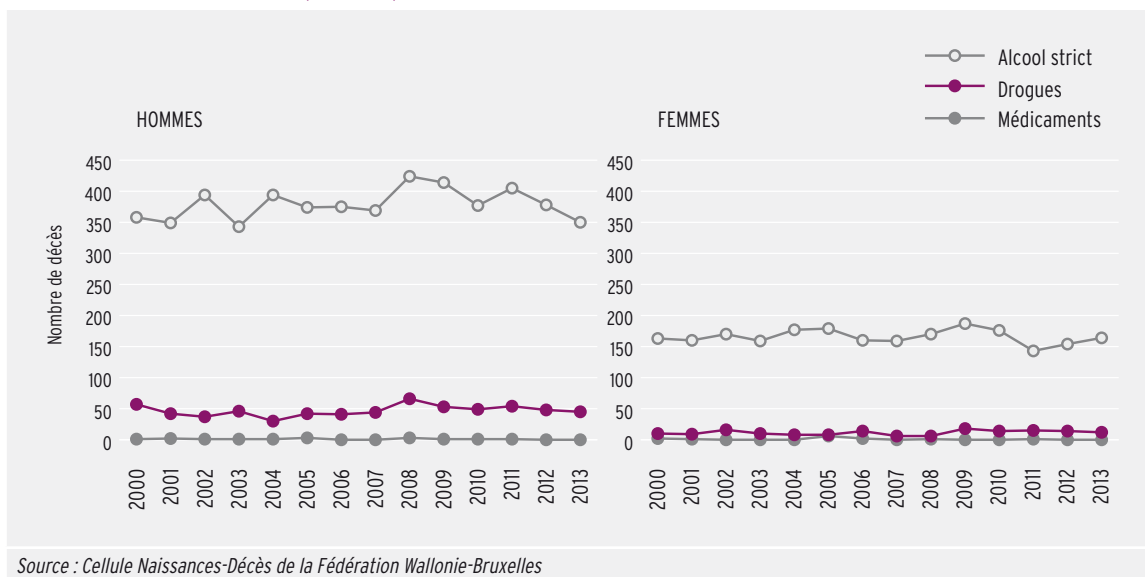
	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	Total
Nombre de décès liés à l'alcool								
Hommes	1	5	24	89	122	71	38	350
Femmes	0	2	11	42	65	30	14	164
Total	1	7	35	131	187	101	52	514
Nombre de décès liés aux drogues								
Hommes	1	13	13	15	1	1	1	45
Femmes	0	3	4	0	0	0	4	11
Total	1	16	17	15	1	1	5	56

Source : Cellule Naissance-Décès de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Tendances et évolution en Wallonie

Les décès liés aux différents types de produits sont relativement stables dans le temps, tant chez les hommes que chez les femmes, mais ils subissent de légères variations en dents de scie. On constate ces deux dernières années une diminution du nombre de décès directement liés à l'alcool chez les hommes, alors que la tendance inverse s'observe chez les femmes.

Figure 12 : 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, 2000-2013



Les chiffres 2014 en Région bruxelloise

En 2014, l'alcool serait directement responsable de 1,5 % des décès parmi les Bruxellois, les drogues 0,18 % et les médicaments psychotropes 0,12 %. La mortalité directement liée à l'alcool est environ 8 fois plus élevée que celle liée aux drogues illégales dans la population bruxelloise. La mortalité liée à l'alcool et aux drogues est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, mais le ratio homme-femme est plus important pour les drogues (4,3 pour 1) que pour l'alcool (2,17 pour 1). Les décès directement liés à l'alcool surviennent principalement entre 45 et 74 ans (79,7 % des cas), alors que ceux liés aux drogues concernent essentiellement des personnes âgées de 25 à 54 ans (75 % des cas).

Le fait que les décès liés aux drogues et à l'alcool sont globalement plus nombreux chez les hommes que chez les femmes est à nouveau à mettre en relation avec le fait que les hommes sont plus enclins que les femmes à consommer des substances psychoactives et à développer un usage problématique, ce qui les expose davantage aux risques de mortalité. Toutefois, la situation s'inverse en ce qui concerne les décès liés aux médicaments psychotropes, probablement parce que les femmes en sont de plus grandes consommatrices que les hommes (voir 2.1.4). Ce pattern pourrait aussi en partie s'expliquer par le fait que les femmes ont davantage tendance que les hommes à avoir recours à ce type de produits lorsqu'elles envisagent de mettre un terme à leur existence (e.g. Raja & Azzoni, 2004 ; Rhodes et al., 2008 ; Värnik et al., 2008). Les décès liés aux médicaments psychotropes concernent majoritairement des personnes âgées de 55 à 74 ans (72,7 %).

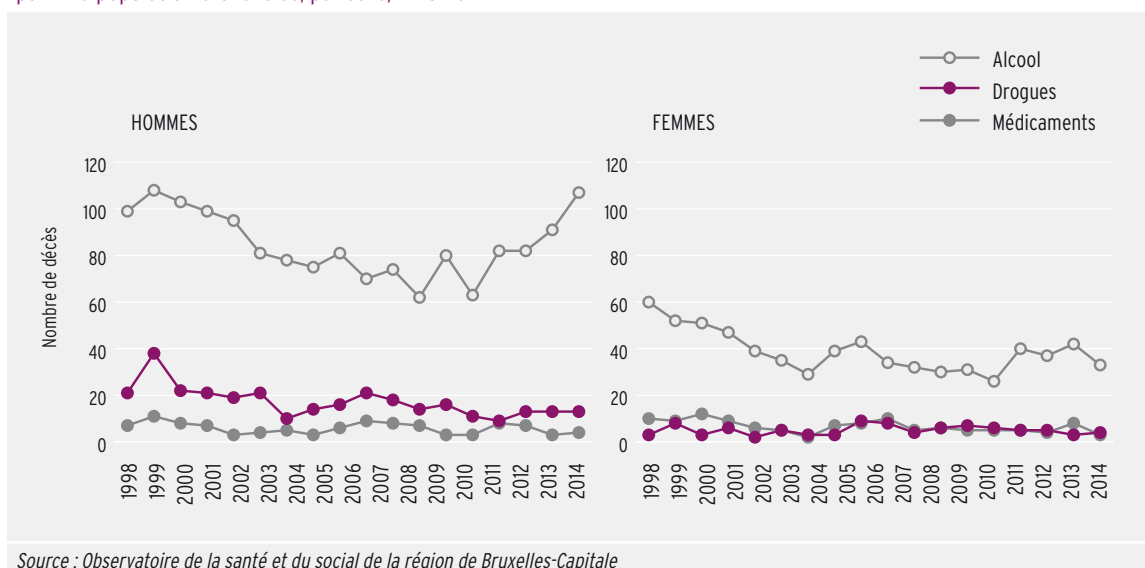
Tableau 37 : Décès directement liés à l'usage de drogues, de médicaments psychotropes et d'alcool parmi la population bruxelloise, par âge et par sexe, 2014

	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	Total
Nombre de décès liés à l'alcool								
Hommes	0	0	7	16	33	23	12	91
Femmes	0	0	5	7	13	14	3	42
Total	0	0	12	23	46	37	15	133
Nombre de décès liés aux drogues								
Hommes	1	3	2	5	2	0	0	13
Femmes	0	0	0	2	0	0	1	3
Total	1	3	2	7	2	0	1	16
Nombre de décès liés aux médicaments psychotropes								
Hommes	0	1	0	0	0	2	0	3
Femmes	0	1	0	0	3	3	1	8
Total	0	2	0	0	3	5	1	11

Source : Observatoire de la santé et du social de la région de Bruxelles-Capitale

Tendances et évolution en Région bruxelloise

Les décès liés aux drogues illégales et aux médicaments psychotropes sont relativement stables dans le temps, tant chez les hommes²³³ que chez les femmes, mais ils subissent de légères variations en dents de scie. En revanche, on observe une diminution progressive du nombre de décès liés à l'alcool enregistrés chez les Bruxellois sur la période étudiée, quoiqu'une importante augmentation du nombre de cas est observée depuis 2012.

Figure 13 : Évolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues illégales, de médicaments psychotropes et d'alcool parmi la population bruxelloise, par sexe, 1998-2014

233 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 dangereux, héroïne anormalement pure, etc.).

2.3. LES CONSÉQUENCES SOCIALES

2.3.1. DONNÉES RECUEILLIES PAR LES FORCES DE L'ORDRE

Les données concernant la criminalité enregistrées sur le territoire belge en lien avec les drogues 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 le tableau 38). 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 réelles de certaines formes de criminalité, elles peuvent aussi être le reflet d'autres facteurs tels que des modifications de la politique de sécurité au niveau fédéral, régional ou local, ou des moyens alloués à la répression spécifique de ce type de criminalité. Elles peuvent aussi être en partie le reflet d'un changement au niveau de la disposition de la population à signaler ces infractions. Enfin, ces fluctuations peuvent également dépendre directement de la qualité de l'enregistrement (sous-encodage, doublons...) ainsi que d'une modification de la nomenclature d'enregistrement²³⁴. Ce tableau 38 illustre clairement que le nombre d'infractions annuelles liées aux drogues illégales peut varier considérablement d'une année à l'autre, tant au niveau national que régional²³⁵.

Tableau 38 : Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national et par région sur la période 2002-2016

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Belgique	42.508	41.885	45.295	45.267	46.360	51.210	53.112	54.518	48.510	48.142	44.271	48.449	55.124	52.368	54.421
Bruxelles	3.676	4.164	4.882	4.425	4.162	4.348	5.118	5.666	4.953	5.956	5.978	7.636	8.647	7.954	8.336
Wallonie	14.191	13.707	14.616	13.678	13.850	15.892	14.794	15.581	14.263	13.673	11.639	13.291	14.342	14.234	14.690

Source : Police fédérale

Afin de pouvoir comparer les infractions au niveau régional, nous avons calculé, pour chaque année, un ratio entre le nombre d'infractions enregistrées et la taille de la population. Ce ratio a ensuite été multiplié par 100.000 afin de fournir une estimation du nombre d'infractions enregistrées par tranche de 100.000 habitants. On constate sur la figure 14 que le nombre d'infractions par 100.000 habitants a fortement augmenté en Région bruxelloise sur la période 2011-2014, mais une diminution est observée en 2015. Il est beaucoup plus élevé que ce que l'on constate au niveau national ainsi qu'en Région wallonne. En outre, la différence entre régions était nettement moins marquée auparavant. On remarque également que le nombre d'infractions pour 100.000 habitants est en augmentation ces dernières années en Région wallonne ainsi qu'au niveau national, alors que l'on avait pu constater une tendance à la diminution de 2010 à 2012.

Ces comparaisons doivent être considérées avec prudence pour plusieurs raisons. Tout d'abord, même si ce ratio permet de contrôler l'impact de la taille de la population sur le nombre d'infractions commises sur chaque territoire, les infractions constatées sur un territoire peuvent aussi avoir été commises par des non-résidents de ce territoire. Ensuite, il faut garder à l'esprit que la Région bruxelloise est un territoire exclusivement urbain, alors que la Wallonie est à la fois composée de zones rurales et urbaines. Or il est habituel de constater davantage de criminalité dans les zones urbaines que dans les zones rurales (e.g. Wells & Weisheit, 2004). Enfin, rappelons que ces chiffres sont susceptibles d'être impactés par des modifications du système d'enregistrement ainsi que par le reflet des moyens alloués à la répression spécifique de ce type d'infraction, qui peuvent varier dans l'espace (et donc d'une région à l'autre) et dans le temps (en fonction des sensibilités politiques).

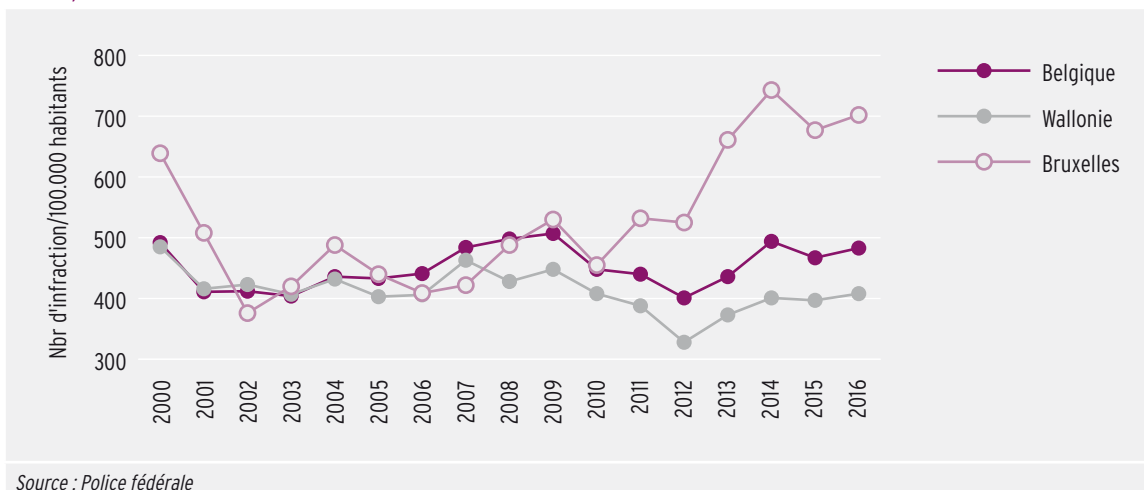
234 Par exemple, la baisse brutale d'infractions constatées en 2010 serait due, selon la police fédérale, à un changement dans la pratique d'enregistrement. En effet, avant cette période un même fait pouvait à la fois être enregistré comme «usage de drogue» et comme «détention», l'usage impliquant la détention, alors que depuis 2010 ces faits sont enregistrés uniquement sous l'étiquette «détention de drogue».

235 Les infractions pour détention de moins de 3g de cannabis, qui font généralement l'objet d'un procès-verbal simplifié en l'absence de circonstances aggravantes, sont également comptabilisées dans les chiffres que nous exposons ici.

Plus précisément et afin d'illustrer ce propos, il apparaît que l'augmentation des infractions liées aux drogues, observées en 2013 et 2014 tant en Région bruxelloise qu'en Wallonie et au niveau national, s'explique en grande partie par une augmentation des infractions pour détention de cannabis. Si cette augmentation des infractions ne semble pas correspondre à une augmentation de la consommation d'après les estimations en la matière (voir chapitre 2), elle pourrait en revanche être la conséquence d'une plus grande volonté politique de réprimer la consommation dans l'espace public (rappelons en effet que la consommation est depuis 2010 enregistrée comme un délit de détention, conformément à la loi belge qui réprime spécifiquement la détention et non l'usage de cannabis). Cette volonté s'est d'ailleurs clairement formalisée dans la déclaration gouvernementale du Premier ministre Charles Michel prononcée le 14 octobre 2014 et a été réaffirmée dans la Note-Cadre de Sécurité intégrale 2016-2019 du Gouvernement fédéral : «*Par ailleurs, la consommation de drogues dans l'espace public ne pourra pas faire l'objet d'une tolérance, conformément au prescrit légal.*»

On constate également une augmentation des infractions liées à la production et au commerce de cannabis, tant au niveau régional que national. Si cette augmentation pourrait également être la conséquence d'une amélioration des moyens alloués à la répression de ce type de criminalité, il est toutefois aussi possible que ce type de criminalité soit effectivement en augmentation sur notre territoire suite au changement de législation survenu en mai 2012 aux Pays-Bas, restreignant l'accès aux coffee-shops aux seuls résidents du pays, ce changement étant en effet une opportunité pour le marché illégal de produire et écouler davantage de cannabis sur notre territoire.

Figure 14 : Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées pour 100.000 habitants au niveau national et par région sur la période 2000-2016



Dans le tableau suivant, on constate que la majorité (plus de 70 %) des infractions enregistrées au niveau national et régional en 2016 concernait des faits de détention de drogues. Le commerce et l'importation/exportation totalisent quant à eux près de 20 % des infractions. Rappelons à nouveau que les variations régionales (qui sont ici peu marquées) peuvent être dues à des différences régionales/locales au niveau de la mise en œuvre de la politique répressive fédérale.

Tableau 39 : Types d'infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national et régional en 2016

	Belgique		Bruxelles		Wallonie	
	N	%	N	%	N	%
Détention	39.274	72,2	6.260	75,1	10.388	70,7
Facilitation de l'usage	734	1,3	53	0,6	239	1,6
Incitation à l'usage	269	0,6	125	1,5	42	0,3
Commerce	7.914	14,5	1.203	14,4	2.254	15,3
Importation et exportation	2.516	4,6	330	4,0	840	5,7
Fabrication	1.905	3,5	92	1,1	515	3,5
Autres ²³⁶	1.406	2,6	255	3,1	366	2,5
Désordre, scandale ou danger dans un espace public	400	0,7	18	0,2	46	0,3
Non précisé	3	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	54.421	100,0	8.336	100	14.690	100

Source : Police fédérale

Le tableau suivant montre qu'en 2016, en Wallonie comme en Région bruxelloise, le type de drogues le plus fréquemment lié aux infractions répertoriées est le cannabis, quel que soit le type d'infraction, suivi de loin par la cocaïne/coca, les opiacés et l'ecstasy/amphétamines. Les autres types de produits sont moins fréquemment impliqués dans les infractions constatées. Alors que l'on sait que la majeure partie du budget national consacré aux drogues est allouée au pilier répression/sécurité (Vander Laenen, De Ruyver, Christiaens, & Lievens, 2011 ; voir aussi Hogge & Stévenot, 2017), il serait intéressant de déterminer quelle proportion de l'enveloppe budgétaire liée à ce pilier concerne des infractions exclusivement en lien avec le cannabis.

Tableau 40 : Nombre d'infractions par type de faits et type de drogues enregistrées au niveau régional en 2016

	Bruxelles				Wallonie			
	Détention	Commerce	Import/Export	Fabrication	Détention	Commerce	Import/Export	Fabrication
Cannabis	5.626	745	194	58	8.684	1.346	437	343
XTC/amphétamines	95	41	10	1	373	145	59	3
Opiacés	189	155	39	0	614	269	88	0
Coca/cocaïne	318	285	79	3	703	478	124	3
Hallucinogènes	13	4	1	0	52	22	45	3
Médicaments*	21	11	3	1	84	37	7	0
Précurseurs	4	2	1	0	19	12	3	0
Autres**	159	85	21	6	783	273	146	38

Source : Police fédérale

* Médicaments contrôlés et classés comme stupéfiants qui ont été détournés de leur usage médical (méthadone, morphine, kétamine, etc.)

** GHB, Khat, etc.

2.3.2. CONDUITE SOUS L'INFLUENCE DE DROGUES

L'utilisation de test salivaire afin de détecter plus efficacement une récente consommation de drogues illégales auprès des conducteurs belges est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2010²³⁷. Cette technique a été mise en place afin de remplacer le screening via des tests psychomoteurs et urinaires, jugés peu fiables et inadaptés au 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

236 Cette catégorie reprend principalement les infractions en lien avec les médicaments contrôlés (méthadone, morphine, etc.) : délivrance illégale, falsification de prescriptions médicales, etc.

237 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.

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. Tout refus est d'emblée considéré 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 41, 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 positifs²³⁸ est d'environ 10 % chaque année, ce qui veut dire qu'un certain nombre de 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 (74,8 % en 2016) impliquait une seule substance, le cannabis étant la substance la plus fréquemment identifiée (53,6 % en 2016). Toujours en 2016, les amphétamines ont été détectées dans 12,4 % des échantillons, et la cocaïne dans 7,8 % d'entre eux, les opiacés étant plus rarement impliqués (1 %). Enfin, 14 % des analyses effectuées par l'INCC en 2016 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. Corolairement, ces chiffres surestiment le nombre de conducteurs qui étaient effectivement sous l'influence de drogues au moment du contrôle, bien que l'on ne soit pas en mesure de déterminer l'ampleur de la surestimation.

Tableau 41 : Détection de drogues dans les prélèvements de sang faisant suite à un test salivaire positif en Belgique, 2011-2016

	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cannabis	726	52,5	777	45,2	956	48,2	1.455	54,3	1.889	55,3	2.062	53,6
Amphétamine	202	14,6	261	15,2	274	13,8	333	12,4	385	11,3	477	12,4
Cocaïne	124	9,0	181	10,5	203	10,2	204	7,6	264	7,7	301	7,8
Opiacés	31	2,2	38	2,2	35	1,8	36	1,3	35	1,0	38	1,0
Deux produits ou +	186	13,4	238	13,9	315	17,0	442	16,4	578	16,9	535	13,9
Faux positifs	115	8,3	223	13,0	179	9,0	210	7,8	267	7,8	436	11,3
Total	1.384	100	1.718	100	1.962	100	2.680	100	3.418	100	3.849	100

Source : Institut National de Criminologie et de Criminologie (fourni par le WIV-ISP)

238 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».

2.3.3. 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'institut Vias (anciennement nommé IBSR), en collaboration avec les forces de police locale et fédérale. En 2015, 154 zones de polices ont participé à l'opération, qui a duré environ un mois et demi. Concrètement, les contrôles, réalisés à l'aide d'alcootest (test d'haleine) ont été effectués sur des routes et durant des plages horaires sélectionnées de manière aléatoire. Neuf unités de police de la route ont, quant à elles, effectué des 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 et de camionnettes²³⁹ (exclusion donc des véhicules tels que les camions, car, minibus, etc.).

En 2015, 11.163 automobilistes ont été contrôlés dans le cadre de cette opération (voir Focant, 2016). Il ressort des analyses que 2,7 % 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 supérieure à la limite légale). Le pourcentage de contrôles positifs est deux fois plus important en Wallonie qu'en Flandre. Le nombre de contrôles effectués en Région bruxelloise est trop faible pour en permettre une utilisation statistique.

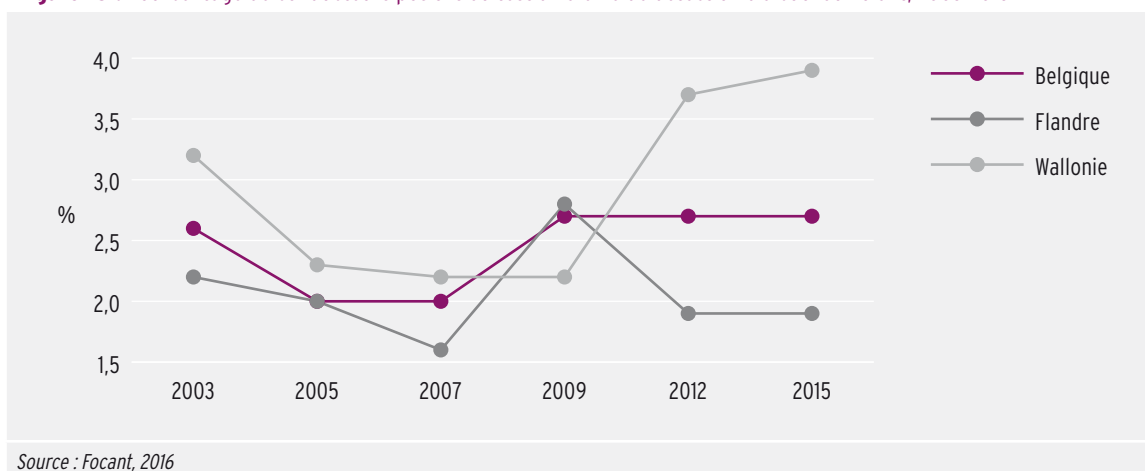
Tableau 42 : Conduite sous influence d'alcool chez les automobilistes en Belgique, 2015

	Wallonie	Bruxelles	Flandre	Belgique
Nbr de contrôles	240	5	345	590
Nbr d'automobilistes contrôlés	3.867	105	7.191	11.163
Positif : $\geq 0,22$ et $< 0,35$ mg/l	1,2 %	/	0,6 %	0,9 %
Positif : $\geq 0,35$ mg/l	2,7 %	/	1,3 %	1,9 %
Positif total	3,9 %	/	1,9 %	2,74 %

Source : Focant, 2016

La figure 15 présente l'évolution du pourcentage de contrôles positifs enregistrés lors des opérations menées de 2003 à 2015, par région²⁴⁰ et sur l'ensemble du territoire belge. On constate que ce pourcentage est en augmentation en Wallonie depuis 2012, et qu'il est depuis lors plus important qu'en Flandre. Cette augmentation ne semble pas pouvoir s'expliquer par une évolution des caractéristiques de l'échantillon (provenance, âge, sexe).

Figure 15 : Pourcentage de conducteurs positifs au test d'haleine de détection d'alcool au volant, 2003-2015



239 Lors de l'opération 2015, 1.123 conducteurs de camionnette ont également été contrôlés, mais nous n'en rapportons pas les résultats.

240 Les données récoltées en Région bruxelloise 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 rendant difficile la participation à ces opérations de contrôle.

2.3.4. DISPONIBILITÉ ET OFFRE

LES SAISIES EN BELGIQUE

Le tableau 43 présente le nombre de saisies (ainsi que les quantités associées, exprimées en kilogrammes ou en nombre de pilules/cartons dans le tableau 44) enregistrées annuellement par la Police Fédérale Belge sur le territoire belge, sur base des procès-verbaux encodés²⁴¹. Ces données fournissent une indication partielle sur la disponibilité de ces substances sur le territoire. 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». Pour des raisons méthodologiques, il n'est pas possible de ventiler ces données par région. À noter que les quantités saisies sont clairement sous-estimées dans cet enregistrement, dans la mesure où il n'inclut que les saisies d'au moins 500gr ou 100 comprimés.

Tableau 43 : Nombre de saisies opérées en Belgique, 2007-2016

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cannabis résine	5.870	4.921	6.206	5.048	5.622	4.818	5.529	5.233	5.221	5.706
Cannabis herbe	19.196	16.831	22.274	21.485	23.155	21.075	23.900	26.915	25.306	26.587
Cannabis plants	466	666	732	979	1.070	1.111	1.212	1.227	1.257	1.046
Héroïne	2.850	2.307	3.054	3.433	2.930	2.507	2.431	1.823	2.321	2.098
Cocaïne	3.656	3.345	4.021	3.448	3.777	3.859	3.653	3.966	3.930	4.369
Amphétamines	2.767	2.646	2.944	2.912	3.079	2.830	2.978	2.906	2.777	2.675
Métamphétamine	\	\	\	64	99	102	107	144	142	158
Ecstasy	1.798	1.412	921	650	919	1.098	1.338	1.609	1.644	1.692
LSD	1	\	\	59	85	49	76	82	118	117
GHB	\	\	473	503	605	550	546	464	429	475
Khat	\	\	49	51	87	70	54	37	33	17

Source : Police fédérale

Tableau 44 : Quantité des saisies opérées en Belgique, 2007-2016

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cannabis résine (kg)	58.544	1.529	18.659	3.153	5.020	1.338	4.274	841	7.045	723
Cannabis herbe (kg)	12.732	4.891	4.486	5.208	6.095	5.635	14.882	10.744	764	686
Cannabis (n de plants)*	148.251	177.190	272.714	312.528	337.955	330.675	396.758	356.378	350.403	328.611
Héroïne (kg)	548	63	275	386	140	112	1.182	149	121	99
Cocaïne (kg)	2.470	3.851	4.605	6.844	7.999	19.178	6.486	9.293	17.487	30.295
Amphétamines (kg)	483	411	49	362	112	54	178	199 ²⁴²	69	29 ²⁴³
Métamphétamine (kg)	\	\	\	39	2	3	38	9	4	14
Ecstasy (n de pilules)	541.245	162.821	31.025	32.954	64.384	26.874	37.152	44.422	59.696	179.393
LSD (n de cartons)	1	\	\	3.924	838	225	121	410 ²⁴⁴	210 ²⁴⁵	1.418
GHB (litre)	\	\	104	24	82	76	45	56	30	\
Khat (kg)	\	\	1.685	1.018	1.128	1.298	1.149	2.032	941	1.460

Source : Police fédérale

* L'importante augmentation du nombre de plants de cannabis saisis à partir de 2009 par rapport aux années antérieures s'explique par un changement dans le mode d'estimation des saisies. En effet, avant 2009, seules les plantes effectivement saisies étaient comptabilisées alors que, depuis 2009, 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.

241 En ce qui concerne les plants de cannabis, le nombre de saisies ne correspond pas au nombre de procès-verbaux dressés mais au nombre total de plantes saisies.

242 Ainsi que 200 litres d'huile d'amphétamine.

243 Ainsi que 140 litres d'huile d'amphétamine.

244 Ainsi que 3kg de LSD liquide.

245 Ainsi que 1kg de LSD liquide.

LE PRIX DES DROGUES EN BELGIQUE

Chaque année, l'OEDT 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.)²⁴⁶. 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'OEDT) 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.

A) Le prix des drogues estimé à partir des saisies policières

Le tableau 45 montre l'évolution des prix des drogues tels qu'estimés à partir des saisies effectuées par la Police Fédérale²⁴⁷. 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.

246 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.

247 Pour les données antérieures, nous renvoyons le lecteur au rapport Eurotox 2009.

Tableau 45 : Évolution du prix moyen en euros des drogues en Belgique (prix estimés à partir des saisies policières), 2005- 2016

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cannabis résine (euro/g)	6 (2,5-20)	6,65 (2-18,7)	6,53 (2-12)	7,35 (3-15)	6,96 (4-12)	7,2 (3-12,5)	7,0 (2-25)	8,9 (2,5-18,4)	8,4 (1,8-20)	9,1 (4-25)	8,2 (3,2-20)	8,1 (2,8-20)
Cannabis herbe (euro/g)	5,75 (2,5-17)	5,38 (1-13)	5,97 (2-12,5)	6,98 (2,6-25)	7,15 (3-12,5)	7,47 (2,8-12,5)	7,9 (2,5-16,7)	8,7 (1,8-25)	8,7 (2-20)	8,7 (2,9-16,7)	8,8 (3-20)	8,7 (2-35)
Héroïne* (euro/g)	24,7 (9-50)	26,1 (6,7-60)	25 (10-60)	24,6 (5-50)	23,5 (10-50)	24,6 (8-62,5)	28,7 (7-100)	27,4 (6-100)	27,7 (7,4-125)	24,8 (7,7-66,7)	22,1 (6,4-66,7)	23,4 (7,7-100)
Cocaïne (euro/g)	50,32 (25-100)	48,04 (20-75)	48,23 (20-100)	49,28 (5-87)	50,86 (10-100)	50,1 (30-100)	54,2 (20-100)	55,3 (20-125)	52,4 (14,4-133)	57,0 (25-200)	53,5 (20-117)	60,7 (22,2-125)
Amphétamines (euro/g)	9,85 (5-20)	8,53 (3,6-20)	10,52 (3-25)	7,61 (1,5-20)	9,84 (2,8-25)	8,1 (2,5-15)	7,6 (3-16,7)	8,9 (3-25)	8,0 (3-20)	9,5 (4-20)	8,8 (2,5-20)	10,0 (5-30)
Ecstasy (euro/comprimé)	4,21 (0,3-20)	3,31 (0,5-10)	4,01 (1-10)	3,62 (1,1-10)	3,80 (1-10)	4,1 (1-10)	4,8 (1-10)	6,5 (1-10)	5,2 (1,5-10)	4,9 (1,8-10)	5,7 (1-10)	6,8 (1-15)
LSD (euro/carton)	/	6,5 (2-10)	8,33 (5-10)	8,25 (6,5-10)	10 (10-10)	12 (12-12)	11,8 (7-15)	6,5 (3-10)	10,4 (10-12)	9,2 (5-12)	9,4 (7,5-10)	5 (5-5)
GHB (euro/25ml)	/	/	/	/	/	15,4 (7-25)	18,0 (9-30)	15,0 (5-25)	30,0 (30-30)	14,2 (1-25)	21,4 (4,8-50)	20,0 (20-20)
Kétamine (euro/gramme)	/	/	/	/	/	30,8 (10-50)	30,0 (29-30)	25,0 (8,8-50)	27,7 (23-35)	27,6 (23-30)	29,1 (8-60)	32,5 (20-45)
Méthamphétamine (euro/g)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	170 (150-200)

Note : Les prix sont exprimés en euros. À titre indicatif, nous avons également indiqué 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.

Source : Police fédérale

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 généralement moins élevé. 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 le prix de la cocaïne a augmenté en 2016 (environ 61 euros/gramme), quoique le prix moyen belge soit parmi les plus bas du marché mondial (la moyenne mondiale étant de 66 euros par gramme, selon la Global Drug Survey 2016). On notera aussi que le prix du cannabis semble enfin s'être stabilisé, après avoir considérablement augmenté ces dernières années. Enfin, le prix des amphétamines, de l'héroïne celui des pilules d'ecstasy ont légèrement augmenté en 2016.

B) Le prix des drogues en rue

Depuis 2004, 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 2016, nous avons compilé les informations fournies par 137 usagers interrogés par 12 partenaires : 6 à Bruxelles, 2 dans le Hainaut, 2 dans le Luxembourg, 1 à Liège et 1 à Namur.

Comme on peut le voir dans le tableau 46, 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 dernières années, et il avoisine actuellement le prix de 10 euros le gramme. 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 a restreint l'accès à un grand nombre de coffee-shops des Pays-Bas aux seuls résidents du pays (via l'introduction de la fameuse carte cannabis ou «wiet pass»). En effet, de nombreux 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.

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 l'augmentation (depuis 2007-2008) de la production d'opium en Afghanistan, qui reste le principal pays producteur.

En ce qui concerne le **prix** des psychostimulants, le prix de la **cocaïne** est particulièrement stable ces dernières années (aux alentours de 50 euros le gramme). En revanche, le prix des pilules d'**ecstasy** semble avoir augmenté en 2016, peut-être en raison de l'augmentation de la pureté des pilules en circulation. Le prix des **amphétamines** fluctue en dents de scie d'année en année, autour de 10 euros le gramme, et le prix moyen de la **méthamphétamine** est actuellement de 165 euros le gramme.

Finalement, le **prix du LSD** se situe aux alentours de 8 euros le carton depuis plusieurs années, et celui de la **méthadone** vendue au marché noir aux alentours de 3 euros la gélule.

Tableau 46 : Évolution du prix des drogues en rue en FWB, 2005-2016

	2005	2006-2017	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cannabis résine (euro/g)	5,5 (2.8-10)	6,8 (1.5-20)	8,7 (0.6-16)	8,2 (1.5-20)	7,7 (2-20)	8 (2-25)	9,5 (2-28)	9,7 (2-25)	9,6 (3-25)	10,2 (3-36)	9,4 (1-25)
Cannabis herbe (euro/g)	5,7 (2-10)	6,3 (2-15)	9,2 (1-20)	8,1 (3-15)	8,2 (3-20)	8,1 (2-25)	9,8 (2-20)	9,9 (2-25)	9,7 (2-30)	10,8 (5-36)	10,3 (1-20)
Héroïne brune (euro/g)	28,7 (10-50)	33,2 (10-75)	24,6 (10-52)	26,4 (10-50)	23,4 (8-70)	24,5 (6-75)	24,7 (6-100)	25,3 (7-80)	24,9 (6-90)	22,7 (5-50)	21,8 (5-70)
Cocaïne (euro/g)	50,5 (35-125)	48,4 (20-75)	49,9 (25-81)	53 (25-120)	49,7 (20-100)	49,9 (20-100)	49,4 (15-150)	48,6 (10-100)	49,5 (10-200)	52,3 (10-180)	48,2 (15-150)
Amphétamines (euro/g)	7,8 (1-12)	10,9 (5-30)	9,5 (3-20)	11,6 (2-40)	9,6 (2-40)	8,2 (2-25)	11,2 (4-25)	9,8 (2-15)	12,0 (2-25)	8,1 (3-30)	9,0 (2-25)
Ecstasy (euro/comprimé)	5,2 (3-10)	6,2 (1-20)	6,1 (2-20)	6,2 (1-25)	4,7 (1-15)	5,1 (1-15)	5,6 (0.4-20)	5,0 (1-15)	5,8 (1-20)	6,1 (2-20)	7,9 (2-20)
LSD (euro/carton)	8,8 (1.5-17.5)	8,9 (5-15)	10,5 (4-30)	9,5 (1-25)	9,6 (5-30)	8 (2-18)	8,8 (2-15)	8,3 (2-20)	7,7 (3-15)	7,4 (1-20)	8,7 (2-15)
Méthadone (euro/gélule)	/	/	/	/	/	2,9 (1-10)	2,8 (1-10)	3,0 (1-10)	3,8 (1-12)	2,3 (0,6-1)	3,4 (1-10)
Méthamphétamine (euro/g)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	157,5 (100-250)	165 (150-200)

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).

Source : Eurotox

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 est de petite taille (n=137 en 2016). 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 des 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 achetés en grande quantité, probablement pour la revente.

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. En plus des modalités de fabrication qui peuvent différer et aboutir à des produits de qualité et pureté variables, différents intermédiaires entre le producteur et l'utilisateur sont aussi 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 sa santé. Nous rapportons ici la concentration en principe actif d'échantillons de drogues analysés au niveau belge. La section suivante portera quant à elle sur les produits de coupe actifs au niveau pharmacologique.

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 au niveau d'importateurs/grossistes, de dealers

ou de simples usagers. Tous les produits saisis ne sont toutefois pas systématiquement analysés : lors d'une saisie, la police a habituellement recours à un test colorimétrique (test du Marquis) et une analyse plus précise n'est effectuée que lorsque celle-ci a un doute sur la composition du produit saisi. Mais certaines analyses proviennent aussi d'usagers qui ont soumis leur(s) produit(s) au service de testing mis en place par l'asbl Modus Vivendi. Cette multiplicité des sources de prélèvement explique l'importante hétérogénéité de pureté observée entre les échantillons d'un même produit. Corolairement, pour les produits susceptibles d'être coupés après fabrication/importation (héroïne, cocaïne, speed/amphétamine), les données reprises ici surestiment la concentration moyenne des produits qui finissent dans la poche des usagers, puisqu'il n'est actuellement pas possible d'isoler spécifiquement ceux analysés à l'échelle des petits dealers et des usagers²⁴⁸.

Comme le montre la figure 16, 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. Une augmentation lente et progressive est depuis lors constatée (à l'exception de l'importante augmentation observée en 2015). Actuellement, la concentration moyenne en THC des échantillons analysés est de 12,1 % (herbe) et 16,7 % (résine). Ces valeurs sont supérieures à celles observées dans la majorité des pays de l'Union Européenne (voir Tables PPP-5 et PPP-6 du bulletin statistique 2016 de l'EMCDDA). Indépendamment de sa concentration en THC, 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. En outre, la résine de cannabis est très souvent coupée avec des excipients (cellulose, paraffine, henné, etc.), et l'herbe de cannabis est également quelquefois frelatée (sable, microbilles de verre, etc.) afin d'en augmenter le poids. Ces produits de coupe peuvent aussi avoir un effet délétère sur la santé du consommateur.

La concentration en amphétamine des échantillons de speed analysés sur la période 2002-2016 a subi d'importantes fluctuations autour de la valeur centrale de 20 %. De 2010 à 2013, la concentration moyenne est passée de 31,6 % à 16,6 %, ce qui peut en partie s'expliquer par la contamination du speed belge avec de la 4-MA, un dérivé synthétique d'amphétamine qui appartient à la famille des phénéthylamines. La présence de ce produit dans le speed a occasionné en 2011 et 2012 une série d'intoxications sévères ainsi que plusieurs décès, y compris en Belgique²⁴⁹. Depuis lors, la concentration moyenne des échantillons d'amphétamine analysés a fortement augmenté, celle-ci étant de 32 % en 2016.

La pureté des échantillons de cocaïne analysés en Belgique est particulièrement élevée, la concentration moyenne étant de 68,9 % en 2016. Cette valeur est largement supérieure à celles observées dans les échantillons analysés dans la majorité des pays européens (voir Table PPP-8 du bulletin statistique 2016 de l'EMCDDA), ainsi qu'à celles observées en France lors des saisies effectuées dans la rue, pour lesquelles la concentration moyenne en cocaïne était de 46 % (Cadet-Tairou et al., 2016). Il s'agit d'une surestimation due au fait que toutes les saisies effectuées à l'aéroport de Bruxelles-National font systématiquement l'objet d'analyses toxicologiques. Or, ces saisies portent généralement sur des produits très purs, destinés à être coupés avant d'être revendus.

Les échantillons d'héroïne²⁵⁰ avaient une concentration moyenne de 21,3 % en 2015, une valeur nettement en hausse par rapport à l'importante chute de pureté constatée en 2012, et désormais supérieure à celles rapportées dans la plupart des pays européens (EMCDDA, 2016). Cette pureté élevée peut à nouveau s'expliquer par la présence parmi les échantillons analysés de produits interceptés avant d'être recoupés pour la vente au détail.

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 de nombreuses reprises au lancement d'alertes précoces (voir

248 Pour plus de détails (nombre d'analyses et valeur médiane par produit), nous renvoyons le lecteur au site Internet du BEWSD (<https://ewsd.wiv-isp.be/default.aspx>).

249 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).

250 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. Toutefois, en Belgique, l'héroïne qui circule sur le marché noir est généralement brune.

chapitre 4). Cette augmentation de la pureté s'explique par l'utilisation par les trafiquants d'un nouveau précurseur chimique non-contrôlé au niveau de l'UE (le PMK glycidate²⁵¹), qui peut être plus facilement importé depuis la Chine afin de réaliser la synthèse de MDMA dans des laboratoires clandestins, alors que les précurseurs conventionnels contrôlés, tels que le safrole ou le PMK restent plus difficiles à obtenir (Gandilhon, 2014).

Figure 16 : Concentration (% ou mg) en principe actif des échantillons de drogues analysés en Belgique, 2002-2016



251 Cette substance est en fait un précurseur du PMK, qui est lui-même précurseur de la MDMA. On parle alors parfois de pré-précurseur pour désigner ces nouvelles molécules utilisées dans la fabrication de drogues de synthèse.

PRODUITS DE COUPE DANS LES ÉCHANTILLONS DE POUDRE SAISIS

Dans la section précédente, nous avons 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 bénéfices. Généralement, le produit de coupe est une substance ayant une action pharmacologique similaire à celle de la drogue qu'il frelate, quoique souvent moins puissante, mais plus facile à obtenir et pour un prix d'achat souvent dérisoire.

Certains produits de coupe sont 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.). Ces produits de coupe inactifs sont principalement ajoutés par les petits dealers de manière à augmenter les profits ; ils ne sont malheureusement pas identifiés lors des analyses que nous rapportons ici.

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 en raison du mode de consommation utilisé (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 47, nous détaillons les produits de coupe pharmacologiquement actifs²⁵² identifiés dans les échantillons d'amphétamine, de cocaïne et d'héroïne analysés après saisies en Belgique de 2013 à 2016, ainsi que leur concentration moyenne. Le nombre d'échantillons analysés ainsi que le pourcentage d'échantillons contaminés est uniquement fourni pour l'année 2016. On constatera sans étonnement que les conséquences néfastes de la prohibition sont clairement observables au niveau des drogues illégales circulant sur notre territoire, celles-ci étant régulièrement adultérées avec des produits de coupe dangereux.

La caféine est le produit le plus fréquemment utilisé pour couper le speed, puisqu'on en retrouve dans un grand nombre d'échantillons analysés en 2016, avec une concentration moyenne de 55 %. En 2016, comme en 2015, on ne retrouve plus de 4-MA dans les échantillons de speed analysés en Belgique, alors qu'on en retrouvait dans 12 % des échantillons analysés en 2013²⁵³.

Les échantillons de cocaïne sont souvent coupés avec du lévamisole (55 % des échantillons en 2016), 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), et compose à environ 10 % les échantillons de cocaïne analysés en Belgique qui en contenaient. La cocaïne belge est aussi parfois coupée avec de la caféine, dont la concentration a augmenté ces dernières années, ou de la phénacétine. 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 cancérigène. Parmi les autres

252 Pour des raisons de coûts, les analyses toxicologiques réalisées par les laboratoires ne permettent malheureusement pas d'identifier les produits de coupe pharmacologiquement inactifs, ni les éventuelles contaminations bactériennes ou fongiques, qui peuvent pourtant être également dommageables sur le plan sanitaire.

253 En 2011, cette substance a été impliquée dans au moins 6 décès en Belgique (voir section précédente). Sa présence dans les échantillons de speed peut s'expliquer par le fait que le précurseur de la synthèse d'amphétamine (le BMK) a parfois été contaminé ou confondu avec un autre précurseur (le 4-méthyl-BMK ; Blanckaert et al., 2013) qui mène à la synthèse de 4-MA et qui, jusque très récemment, ne faisait pas l'objet d'une interdiction internationale et pouvait être acheté facilement sur Internet. La diminution du pourcentage d'échantillons de speed contenant de la 4-MA pourrait donc être une conséquence du contrôle de son précurseur. Ces dernières années, quelques échantillons de speed contenaient également de la 4-FA (4-fluoro-amphétamine ou 4-FMP), une phénéthylamine aux propriétés stimulantes moins marquées que celles de l'amphétamine mais ayant également un effet empathogène au même titre que la MDMA. Cette NDS, apparue à la fin des années 2000 sur le marché des drogues, est aussi parfois retrouvée dans des pilules d'ecstasy.

produits parfois utilisés pour couper la cocaïne, on retrouve notamment la phénacétine (14,4 %), la caféine (7,4 %) et la lidocaïne (7 %).

Enfin, les échantillons d'héroïne analysés de 2013 à 2016 étaient majoritairement coupés avec de la caféine, du paracétamol, du 6-MAM (la monoacétylmorphine est un produit de l'acétylation de la morphine, au même titre que l'héroïne), de la noscapine (un alcaloïde proche de la codéine), ou de la papavérine (un alcaloïde déjà présent dans le latex utilisé pour fabriquer l'opium). Le produit de coupe dont la concentration est la plus élevée est le paracétamol (qui compose les échantillons à environ 40 %). Contrairement à la caféine et au paracétamol, qui sont des adjuvants volontairement ajoutés à l'héroïne après sa fabrication, ces trois dernières molécules sont soit des produits intermédiaires de la synthèse d'héroïne à partir de l'opium (6-MAM), soit des alcaloïdes déjà présents dans l'opium (noscapine²⁵⁴ et papavérine). Les produits intermédiaires de synthèse ainsi que les alcaloïdes naturellement présents dans la matière première végétale ne sont pas des adjuvants. Leur présence et leur concentration varient en fonction de la méthode de synthèse et de l'efficacité des procédures utilisées.

Tableau 47 : Produits de coupe dans les échantillons de poudre saisis en 2013-2016

Type de drogue	Produit de coupe	n	% des échantillons	2016	2015	2014	2013
				Concentration moyenne du produit de coupe (%)			
Amphétamine	Caféine	26	55,3	35,2	58,1	54,6	53,0
	4-MA	0	/	/	0,0	1,6	1,9
	4-FA	1	0,9	N/A	2,2	5,1	3,3
	mCPP	3	2,7	N/A	0,0	8,1	10,7
	Paracétamol	4	3,6	N/A	/	/	/
Cocaïne	Lévamisole	126	55,0	8,2	11,8	12,9	9,0
	Phénacétine	33	14,4	15,7	25,9	20,0	27,0
	Paracétamol	10	4,4	5,1			
	Caféine	17	7,4	11,9	17,3	14,1	6,7
	Hydroxyzine	8	3,5	5,1	0,3	2,0	4,0
	Lidocaïne	12	5,2	7,7	8,0	5,1	4,5
	Diltiazem	2	0,9	1,0	0,0	0,8	2,0
Héroïne	Caféine	97	89,0	19,3	25,1	23,2	20,0
	6-MAM	108	99,1	5,1	7,2	4,6	8,8
	Noscapine	103	94,5	10,2	10,1	7,5	9,0
	Papavérine	98	89,9	0,7	1,1	1,0	0,8
	Paracétamol	88	80,7	40,3	42,1	43,0	40,0

Source : WIV-ISP (Point focal national belge ; données non publiées).

254 La noscapine peut toutefois également être synthétisée et volontairement utilisée comme adjuvant (Klemenc, 2000).

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 à l'échelle régionale sont peu nombreuses. Elles ne portent généralement pas *spécifiquement* sur l'usage de drogues, et 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 est très précieux, d'autant plus qu'il permet d'appréhender l'usage de drogues dans des groupes sociaux à hauts risques.

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. En outre, les actions durant lesquelles ces données sont récoltées ciblent spécifiquement les usagers de drogue, de sorte qu'elles ne peuvent pas être généralisées à la population rencontrée dans les milieux de vie où elles sont menées. Par conséquent, les résultats de ce type de récoltes doivent être interprétés avec prudence et ne constituent pas une estimation de la prévalence d'usage de drogues dans ces groupes spécifiques. Ils peuvent en revanche être considérés comme une première indication sur la problématique de l'usage de drogues dans ces groupes, 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. Ces données seront systématiquement présentées par région, de manière à fournir un éclairage spécifique pour la Wallonie et pour Bruxelles. Nous invitons le lecteur à ne pas céder à la tentation des comparaisons outrancières, car les différences régionales sont difficilement interprétables en raison de l'absence de standardisation de l'échantillonnage et des conditions de passation des questionnaires. 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 et par le Centre Antipoisons.

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. De 1989 à 2012, cette ligne était accessible 24h/24, et ce 7j/7, mais depuis juillet 2013 elle est ouverte du lundi au vendredi de 8h à 22h et le samedi de 10h à 14h. 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 des demandes formulées via le service d'e-permanence²⁵⁵.

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

255 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.

les appelants, recevoir les personnes lors de demandes 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».

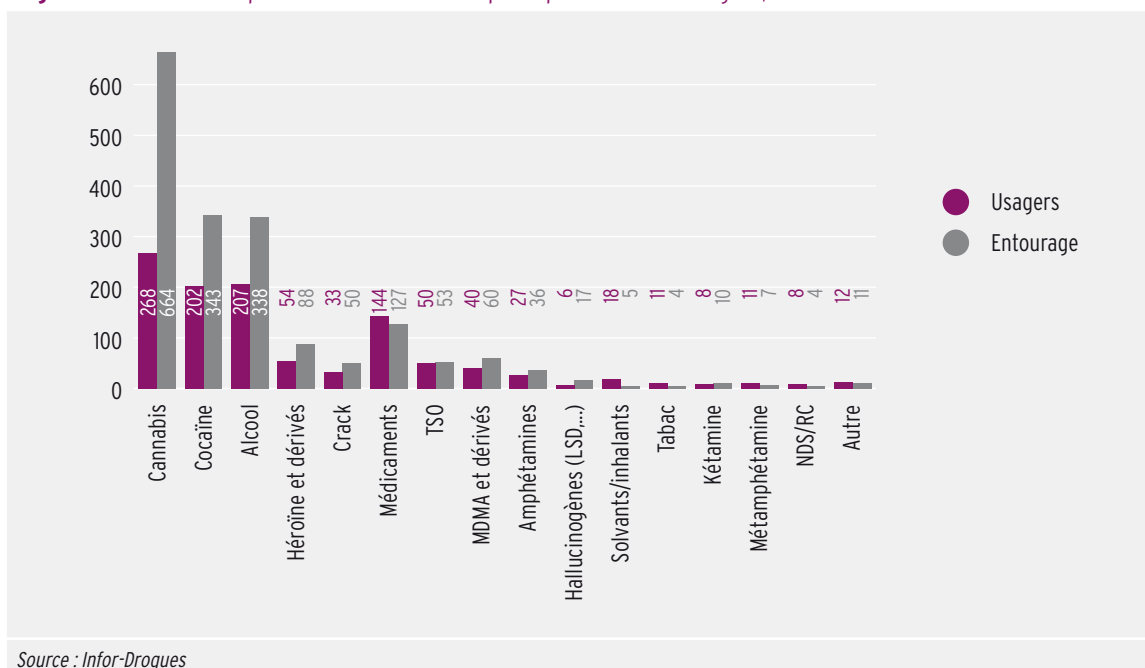
En ce qui concerne **la ligne téléphonique**, Infor-Drogues choisit à dessein de comptabiliser les produits «évoqués» plutôt que déclarés comme étant «consommés». En effet, la majorité des contacts ont lieu avec des personnes se déclarant non-consommatrices (entourage, professionnels). Il est donc logique 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 2016, 3001 appels (soit 480 de plus qu'en 2015) d'une durée moyenne de 17 minutes ont été réceptionnés par la permanence téléphonique. Les appels sont émis par cinq catégories de personnes : les usagers (35 % des appels en 2016), l'entourage (47 %), les professionnels (9 %)²⁵⁶, les étudiants à la recherche d'informations dans le cadre de leurs études (3 %) et la catégorie «autres» (6 %). En ce qui concerne les usagers, les appelants sont davantage des hommes que des femmes (70,1 % *versus* 22,6 %)²⁵⁷. Les usagers ont majoritairement entre 26 et 35 ans, tant chez les hommes (45 %) que chez les femmes (38 %), mais on observe une proportion relativement importante d'usagers de 36 à 50 ans (31,2 % des hommes et 31,2 % des femmes)²⁵⁸.

En ce qui concerne **l'e-permanence**, 169 personnes (39,5 % de consommateurs) y ont fait appel en 2016.

La figure 17 détaille les différents produits évoqués lors des appels émis par les usagers et leur entourage (plusieurs produits pouvant être évoqués par une même personne). Le cannabis vient en tête des évocations, suivi par la cocaïne et l'alcool.

Figure 17 : Produits évoqués lors des contacts téléphoniques avec Infor-Drogues, 2016



256 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.

257 Le sexe était inconnu pour 110 appelants, et 2 appelants se définissaient comme transgenre.

258 L'âge était inconnu pour 154 hommes et 64 femmes.

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 2016, le centre a enregistré 47.568 appels en lien avec une exposition à un ou plusieurs produits, parmi lesquels 328 appels faisaient état d'une exposition à une substance d'abus²⁵⁹ chez les personnes âgées de plus de 14 ans.

De manière générale, moins de 1 % des appels émis en 2016 concernaient une exposition à une ou plusieurs substances d'abus. En 2016, 61 % des appels de ce type (N=328) faisaient mention d'une exposition à une seule substance, alors que 39 % des appels impliquaient plusieurs produits. Au total, comme l'indique le tableau 48, les produits les plus fréquemment mentionnés en 2016 lors des appels en lien avec une exposition à une ou plusieurs substances d'abus sont, par ordre d'importance, les médicaments du système nerveux central (27,4 %), l'alcool éthylique (24,3 %), le cannabis (14,9 %), les stimulants (14 %), et la cocaïne (14,3 %). À noter que 5 appels (1,5 %) faisaient mention d'une exposition à une nouvelle drogue de synthèse, dont 2 pour une cathinone de synthèse, 2 pour de la 4-fluoroamphétamine et 1 pour de la Methiopropamine. Signalons aussi que 2 appels, parmi les 18 enregistrés qui impliquaient un produit inhalant, concernaient une exposition au protoxyde d'azote (gaz hilarant), dont il a été question à plusieurs reprises dans les médias ces derniers temps en raison de consommation de ce produit sur la voie publique par des jeunes bruxellois.

Tableau 48 : Substances impliquées dans les appels (N=328) adressés au Centre Antipoisons pour une exposition à une ou plusieurs substances d'abus chez les personnes 15 ans et plus, Belgique, 2016

	n	%
Médicaments du système nerveux central*	90	27,4
Alcool éthylique	80	24,3
Stimulants du système nerveux central (amphétamine, MDMA,...)	46	14,0
Cannabis	49	14,9
Cocaïne	47	14,3
Médicaments analgésiques	21	6,4
Solvant/inhalant	18	5,5
GHB/GBL	12	3,6
Hallucinogènes (LSD, Kétamine, plantes/champignons hallucinogènes,...)	27	8,2
Héroïne/méthadone	19	5,8
Nouvelles drogues de synthèse	5	1,5
Autre	20	6,1
Produit inconnu	27	8,2

Source : Centre Antipoisons
 * Cette catégorie reprend principalement les médicaments hypnotiques, sédatifs ou anxiolytiques ainsi que les antidépresseurs et les neuroleptiques.

En 2016, le Centre Antipoisons a également reçu 25 appels en lien avec une exposition à une ou plusieurs substances d'abus chez des enfants de moins de 15 ans, dont 10 pour une exposition au cannabis, 4 à la MDMA, 2 à la méthadone, 1 à des amphétamines et 1 à du cannabis de synthèse.

259 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».

3.3. L'USAGE DE DROGUES EN MILIEU FESTIF

Des données relatives à l'usage de drogues en milieu festif sont récoltées annuellement en Wallonie et à Bruxelles lors d'actions de réduction des risques en milieu festif menées par l'asbl Modus Vivendi dans le cadre du projet «Drogues Risquer Moins». Ces données sont obtenues à l'aide d'un questionnaire auto-administré servant de prise de contact avec le public cible (les consommateurs, mais également des proches d'usagers ou toute personne en demande d'information)²⁶⁰. Elles ne sont pas représentatives de l'ensemble du public fréquentant ces milieux festifs, puisque le questionnaire est rempli uniquement par des personnes (principalement des usagers) qui ont été en contact avec l'équipe de RdR, sans qu'il y ait de sélection aléatoire des répondants dans les lieux festifs où les actions sont menées. Pour ces mêmes raisons, les différences régionales doivent être appréhendées avec précaution.

L'USAGE DE DROGUES EN MILIEU FESTIF EN WALLONIE

Sur la période 2013-2016, 3.001 questionnaires ont été récoltés lors d'événements festifs ayant eu lieu chaque année en Wallonie (principalement de grands festivals de musique depuis 2014). La consommation de psychotropes en milieu festif par le public touché par les actions de RdR a été évaluée selon deux dimensions : d'une part la consommation lors de l'événement²⁶¹ 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»). Les personnes interrogées sont autant représentées par des hommes (53 %) que par des femmes (47 %), la majorité ayant un âge compris entre 18 et 25 ans (69,2 % ; moyenne=22,7 ans). Plus de trois quarts d'entre eux (78,6 %) sortent plusieurs fois par mois. Au total, 31,7 % des répondants n'avaient consommé aucun produit au moment où ils ont été interrogés.

En ce qui concerne les produits consommés **au cours de l'événement**, le tableau suivant indique 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 62,7 %, 52,7 % et 43,2 % des répondants. La MDMA/XTC a été consommée par environ une personne sur cinq. Les produits stimulants tels que le speed/amphétamines et la cocaïne ont été cités par environ 1 personne sur 10 (15 % et 12,2 %, respectivement). Enfin, les autres produits (kétamine, LSD, GHB, *Research Chemicals*, etc.) ont été consommés lors de l'événement par moins d'une personne sur dix.

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 (64,7 % et 53,9 %, respectivement). Le cannabis est également souvent consommé par un peu moins d'un tiers des répondants (31,9 %). Les produits stimulants tels que le speed/amphétamines, la MDMA/XTC et la cocaïne sont habituellement consommés en sortie par environ 6 personnes sur 100. L'usage habituel des autres produits est en revanche moins courant. On notera aussi que 9,3 % des répondants consomment parfois ou souvent en sortie des *research chemicals* (c'est-à-dire des nouvelles drogues de synthèse ou nouveaux produits de synthèse), ce qui suggère qu'il y a effectivement en Wallonie un public de consommateurs de ces nouvelles substances, proposées de manière à contourner la législation sur les drogues, et dont certaines peuvent s'avérer particulièrement dangereuses pour la santé.

260 Le questionnaire comprend également différents *items* permettant d'identifier : a) certains comportements à risque (partage de matériel usagé, rapports sexuels non protégés, 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 et la réalisation de tests de dépistage du VIH/sida et de l'hépatite C. 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.

261 Ces résultats sous-estiment potentiellement la consommation ayant réellement eu cours lors de l'événement. 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'événement). Or, il est possible que certaines personnes aient rempli le questionnaire avant de commencer à consommer. 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'événement.

Tableau 49 : Produits consommés en sortie par les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Wallonie, 2013-2016

	Consommation au cours de l'événement (N=3.001)		Consommation habituelle en sortie (N= 3.001)		
	n	%	Jamais (%)	Parfois (%)	Souvent (%)
Alcool	1.881	62,7	12,9	22,4	64,7
Tabac	1.581	52,7	30,0	16,2	53,9
Cannabis (marijuana, hasch)	1.296	43,2	40,3	27,8	31,9
MDMA/XTC	621	20,7	65,1	27,3	7,6
Speed, amphétamines	451	15,0	72,4	21,8	5,8
Cocaïne	365	12,2	74,2	20,2	5,6
Médicaments psychoactifs	146	4,9	88,7	8,8	2,6
Kétamine	215	7,2	85,4	10,2	4,4
Champignons hallucinogènes	176	5,9	76,0	21,9	2,1
LSD	192	6,4	82,4	14,6	3,0
<i>Research chemicals</i>	87	2,9	90,7	7,6	1,7
GHB	48	1,6	95,8	3,3	0,9
Héroïne, opium et dérivés...	51	1,7	96,4	2,7	0,9
Colles, solvants, etc.	108	3,6	89,6	8,6	1,8
Méthadone	42	1,4	97,9	1,1	1,0
Crack, free-base	65	2,2	93,9	4,6	1,5
Autre	37	1,2	96,7	2,6	0,7

Source : Modus Vivendi

Polyconsommation et modes de consommation à risque

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 polyconsommation²⁶², 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 suivant, la consommation de plusieurs produits (hors tabac) au cours de l'événement est relativement fréquente puisqu'elle concerne 49,8 % des personnes interrogées. Plus précisément, 21,4 % d'entre elles y ont consommé deux produits et 28,4 % trois produits ou plus. Si on exclut également l'alcool, la polyconsommation au cours de l'événement concerne alors 29,2 % des personnes interrogées.

Le questionnaire inclut également une question spécifique sur les habitudes de polyconsommation en sortie (présoirées et «afters» compris). Il apparaît que près de la moitié des répondants (48,3 %) consomment habituellement (souvent ou toujours) plusieurs produits (y compris l'alcool) au cours de la même sortie, alors que 30,7 % pratiquent parfois la polyconsommation en sortie et seulement 21 % ne la pratiquent jamais. Ces résultats confirment que le recours à la polyconsommation est un phénomène très marqué au sein du public touché par les interventions de Rdr en milieu festif.

262 Par polyconsommation, nous faisons ici référence à la présence simultanée de plusieurs produits dans l'organisme (produits qui n'ont donc pas forcément été consommés de manière simultanée sous forme d'un «cocktail»). Dans la mesure où le questionnaire ne nous permet que 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 n'en consomment un autre). En revanche, une sous-estimation peut aussi avoir lieu (voir note de bas de page précédente).

Tableau 50 : Polyconsommation au cours de l'événement chez les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif (N=3001), Wallonie, 2013-2016

	N	%
Nombre de produits consommés (<u>alcool compris</u> , hors tabac)		
Aucun produit	952	31,7
Un seul produit	555	18,5
Deux produits	643	21,4
Trois produits ou plus	851	28,4
Nombre de produits consommés (<u>hors alcool</u> et tabac)		
Aucun produit	1.441	48,0
Un seul produit	684	22,8
Deux produits	172	5,7
Trois produits ou plus	704	23,5

Source : Modus Vivendi

Un cinquième des répondants (20,7 %) a déclaré avoir sniffé et moins de 1 % avoir eu recours à l'injection au cours de l'événement. Ces deux modes de consommation à risque sont souvent utilisés lors des sorties (présoirées et «afters» compris) par 13,8 % (sniff) et 0,5 % (injection) des répondants. Plus de la moitié d'entre eux (61,7 %) n'ont jamais pratiqué le sniff en sortie, et la quasi-totalité (98,3 %) n'y ont jamais eu recours à l'injection. Enfin, en dehors des sorties, 8,5 % des répondants ont recours au sniff, et 1 % à l'injection. Le sniff se pratiquerait ainsi plus fréquemment par ce public en sortie qu'en dehors. Enfin, parmi les répondants qui ont recours au sniff lors de leurs sorties, seule une petite moitié (46,3 %) n'a jamais recours au partage de matériel de sniff.

Tableau 51 : Modes de consommation à risque chez les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Wallonie, 2013-2016

	Au cours de l'événement	Habituellement en sortie			Hors sortie
	%	Jamais (%)	Parfois (%)	Souvent (%)	%
Sniff (n=2.798)	20,7	61,7	24,6	13,8	8,5
Injection (n=2.688)	0,7	98,3	1,2	0,5	1,0

Source : Modus Vivendi

L'USAGE DE DROGUES EN MILIEU FESTIF EN RÉGION BRUXELLOISE

Sur la période 2013-2016, 1.224 questionnaires ont été récoltés lors d'une série d'événements festifs ayant eu lieu en Région bruxelloise. Les personnes interrogées sont autant représentées par des hommes (53,2 %) que par des femmes (46,8 %), la majorité ayant un âge compris entre 18 et 25 ans (55,3 % ; moyenne=24,5 ans). Plus de trois quarts d'entre eux (79,3 %) sortent plusieurs fois par mois. Au total, 30,3 % des répondants n'avaient consommé aucun produit au moment où ils ont été interrogés.

En ce qui concerne les produits consommés **au cours de l'événement**, le tableau suivant indique que ce sont l'alcool, le tabac et le cannabis qui ont enregistré les pourcentages de consommations les plus élevés, ces produits ayant été consommés par respectivement 60,7 %, 56,5 % et 36,4 % des répondants. La MDMA/XTC et le speed/amphétamines ont été cités par un peu moins de 2 personnes sur 10 (17,9 % et 17,2 % respectivement), et la cocaïne par 7,4 % des répondants. Enfin, les autres produits (kétamine, LSD, GHB, *Research Chemicals*, etc.) ont été consommés lors de l'événement 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 (61,5 % et 57 %, respectivement). Le cannabis est également souvent consommé par un peu plus d'un tiers des répondants (36,1 %). Les produits stimulants tels que la MDMA/XTC, le speed/amphétamines et la cocaïne sont habituellement consommés en sortie par environ 1

personne sur 10 (13,8 %, 12,2 % et 6,8 %, respectivement). L'usage habituel des autres produits est moins courant, si ce n'est qu'environ 7 personnes sur 100 consomment souvent de la kétamine lors de leur sortie. On notera aussi que 19,5 % des répondants consomment parfois ou souvent des *research chemicals* en sortie (c'est-à-dire des nouvelles drogues de synthèse ou nouveaux produits de synthèse, essentiellement en vente sur Internet), ce qui suggère qu'il y a effectivement à Bruxelles un public qui recherche ces produits.

Tableau 52 : Produits consommés en sortie par les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Région bruxelloise, 2013-2016

	Consommation au cours de l'événement (N=1.224)		Consommation habituelle en sortie (N= 1.224)		
	n	%	Jamais (%)	Parfois (%)	Souvent (%)
Alcool	743	60,7	17,1	21,4	61,5
Tabac	691	56,5	28,7	14,3	57,0
Cannabis (marijuana, hasch)	446	36,4	38,2	25,7	36,1
MDMA/XTC	219	17,9	45,3	40,9	13,8
Speed, amphétamines	210	17,2	57,8	30,0	12,2
Cocaïne	90	7,4	61,7	31,5	6,8
Médicaments psychoactifs	58	4,7	84,9	11,0	4,1
Kétamine	59	4,8	73,7	19,2	7,1
Champignons hallucinogènes	27	2,2	64,6	31,7	3,7
LSD	53	4,3	68,2	26,3	5,5
<i>Research chemicals</i>	27	2,2	80,5	15,9	3,6
GHB	16	1,3	91,7	6,7	1,6
Héroïne, opium et dérivés...	22	1,8	93,7	5,1	1,1
Colles, solvants, etc.	16	1,3	86,8	11,0	2,3
Méthadone	18	1,5	96,7	2,1	1,1
Crack, free-base	20	1,6	88,6	9,6	1,8
Autre	15	1,2	93,6	4,7	1,7

Source : *Modus Vivendi*

Polyconsommation et modes de consommation à risque

Comme on peut l'observer dans le tableau suivant, la consommation de plusieurs produits (hors tabac) au cours de l'événement est relativement fréquente puisqu'elle concerne 46,5 % des personnes interrogées. Plus précisément, 19 % d'entre elles y ont consommé deux produits et 27,5 % trois produits ou plus. Si on exclut également l'alcool, la polyconsommation au cours de l'événement concerne alors 29,4 % des personnes interrogées.

Le questionnaire inclut également une question spécifique sur les habitudes de polyconsommation en sortie. Il apparaît que plus de la moitié des répondants (55,1 %) consomment habituellement (souvent ou toujours) plusieurs produits (y compris l'alcool) au cours de la même sortie, alors que 31,4 % pratiquent parfois la polyconsommation en sortie et seulement 13,5 % ne la pratiquent jamais. Ces résultats confirment que le recours à la polyconsommation est un phénomène très marqué au sein du public interrogé.

Tableau 53 : Polyconsommation au cours de l'événement chez les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif (N=1224), Région bruxelloise, 2013-2016

	N	%
Nombre de produits consommés (alcool compris, hors tabac)		
Aucun produit	371	30,3
Un seul produit	283	23,1
Deux produits	233	19,0
Trois produits ou plus	337	27,5
Nombre de produits consommés (hors alcool et tabac)		
Aucun produit	612	50,0
Un seul produit	252	20,6
Deux produits	123	10,0
Trois produits ou plus	237	19,4

Source : Modus Vivendi

Environ un cinquième des répondants (20,8 %) a déclaré avoir sniffé et 1,4 % avoir eu recours à l'injection au cours de l'événement. Ces deux modes de consommation à risque sont souvent utilisés lors des sorties (présoirée et «after» compris) par 23,3 % (sniff) et 0,9 % (injection) des répondants. Moins de la moitié d'entre eux (44,8 %) n'ont jamais pratiqué le sniff en sortie, et la quasi-totalité (97,2 %) n'y ont jamais eu recours à l'injection. Enfin, en dehors des sorties, 17,8 % des répondants ont recours au sniff, et 1,6 % à l'injection. Le sniff se pratiquerait ainsi plus fréquemment par ce public en sortie qu'en dehors. Enfin, parmi les répondants qui ont recours au sniff lors de leurs sorties, seule une petite moitié (46,8 %) n'a jamais recours au partage de matériel de sniff.

Tableau 54 : Modes de consommation à risque chez les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Région bruxelloise, 2013-2016

	Au cours de l'événement	Habituellement en sortie			Hors sortie
	%	Jamais (%)	Parfois (%)	Souvent (%)	%
Sniff (n=1.132)	20,8	44,8	31,9	23,3	17,8
Injection (n=1.043)	1,4	97,2	1,9	0,9	1,6

Source : Modus Vivendi

3.4. L'USAGE DE DROGUES «EN RUE»²⁶³

Des données relatives à l'usage de drogues dans le milieu de la rue sont également récoltées dans ces deux régions dans le cadre d'opérations «Boule de Neige» (BdN) de prévention par les pairs coordonnées par l'asbl Modus Vivendi. Le principe des opérations BdN consiste à former en plusieurs séances 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 et de RdR adapté à une catégorie de population très peu touchée (en raison de sa marginalité) par les campagnes et actions de prévention plus classiques. Un questionnaire est utilisé comme outil de contact dont l'objectif principal n'est pas la récolte de données mais l'évocation lors de l'entretien de différentes problématiques liées à l'usage de drogues. Les personnes qui répondent au questionnaire ne sont pas sélectionnées aléatoirement, mais proviennent essentiellement du réseau social du jobiste. Ces données ainsi que les comparaisons régionales doivent donc être considérées avec prudence.

LES CHIFFRES 2009-2015 EN WALLONIE

Sur la période 2009-2015, 1.931 questionnaires ont été récoltés auprès d'usagers de drogues²⁶⁴ rencontrés en rue lors d'une trentaine d'opérations Boule-de-Neige (BdN) en Wallonie. Les trois-quarts des usagers sont des hommes (66,9 %). La moyenne d'âge des répondants est de 34,5 ans.

En ce qui concerne le profil de consommation des usagers de rue ayant répondu au questionnaire sur cette période, on peut constater que les produits les plus consommés au cours du dernier mois sont l'héroïne ou dérivés, l'alcool, la cocaïne et le cannabis. La méthadone illégale et les médicaments non-prescrits ont été cités par plus d'un tiers des répondants. On notera finalement que le phénomène de polyconsommation est particulièrement marqué chez ces usagers, les répondants ayant déclaré avoir consommé en moyenne plus de 4 produits différents au cours du dernier mois.

Près de trois quarts des usagers (72,3 %) ont déclaré suivre au moment de l'enquête un traitement de substitution prescrit. Il s'agit généralement d'un traitement de substitution aux opiacés, le plus souvent à base de méthadone (87 % des usagers en substitution). Enfin, environ un quart des répondants (26,6 %) a déclaré avoir déjà fait une overdose, généralement à l'héroïne ou à la cocaïne.

263 Ces analyses sont extraites du Carnet du Risque N°49 publié par Modus Vivendi, relatif aux données récoltées au cours des opérations Boule de Neige menées en Wallonie et en Région bruxelloise sur la période 2009-2015 (voir Hogge, Martin et Béduwé, 2018). Les données 2016 n'étaient que partiellement disponibles au moment d'écrire ces lignes.

264 Toute personne ayant consommé au moins un produit (hors alcool) au cours du dernier mois, parmi les répondants.

Tableau 55 : Profil de consommation au cours du dernier mois des usagers de rue (N=1931), Wallonie, 2009-2015

	n	%
Alcool	1.538	79,6
Héroïne, opium ou dérivé	1.546	80,1
Cocaïne	1.418	73,4
Cannabis	1.178	61,0
Méthadone illégale	818	42,4
Médicaments non prescrits	675	35,0
Ecstasy/MDMA	322	16,7
Crack ²⁶⁵	181	15,2
Speed/Amphétamines	268	13,9
Champignons hallucinogènes	237	12,3
Subutex illégal	219	11,3
LSD	166	8,6
Solvant	80	4,1
Kétamine	70	3,6
GHB	44	2,3
Autre produit	13	0,7
Consommation d'un seul produit (alcool compris)	116	6,0
Consommation de deux produits (alcool compris)	282	14,6
Consommation de trois produits ou + (alcool compris)	1.533	79,4
Moyenne des produits consommés	4,5	

Source : Modus Vivendi

Consommation de drogues par injection

Comme on peut le voir sur le tableau suivant, sur la période 2009-2015, plus de la moitié des personnes touchées par les opérations BdN (62 %) ont déjà eu recours à l'injection au moins une fois au cours de la vie. L'injection au cours des 6 derniers mois concerne environ la moitié des répondants. Environ un tiers des répondants a déclaré avoir eu recours à l'injection au cours du dernier mois. Parmi les UDI, 18,4 % ont utilisé la seringue usagée et 22,9 % le matériel connexe usagé (filtre, cuillère, etc.) d'une autre personne au moins une fois au cours des 6 derniers mois.

Tableau 56 : Usage de drogues par injection parmi les usagers de rue (N=1931), Wallonie, 2009-2015

Injection	n	%
Au cours de la vie*	1.170	62,0
Au cours des 6 derniers mois*	929	49,2
Au cours du dernier mois	664	34,4

* Nombre de non réponses : 44
Source : Modus Vivendi

265 Ce produit n'a été intégré au questionnaire qu'à partir de 2012. Par conséquent, le % a été calculé par rapport à l'effectif de la période 2012-2015 (n=1.189).

En ce qui concerne le profil des usagers de drogues par injection (UDI), environ un tiers des personnes ayant injecté un produit au cours du dernier mois sont des femmes. La moitié des UDI ont 35 ans ou plus. Environ deux tiers d'entre eux sont de nationalité belge. Enfin, trois quarts des UDI sont en ordre de mutuelle et ont été en contact avec un travailleur social ou un médecin au cours des 6 derniers mois.

Si on compare les injecteurs et les non-injecteurs (les UD n'ayant pas eu recours à l'injection au cours du dernier mois), on remarque qu'il n'y a pas de différences significatives entre hommes et femmes au niveau du recours à l'injection, quelles que soient la période de consommation considérées (au cours de la vie, des 6 derniers mois, ou du dernier mois). Autrement dit, les femmes sont tout autant enclines que les hommes à avoir recours à ce comportement à risque. De même, le recours à l'injection ne diffère pas en fonction de la nationalité des répondants. Enfin, ce comportement ne semble pas non plus grandement impacté par l'âge des répondants. Autrement dit, le profil sociodémographique des UDI est sensiblement le même que celui des autres UD. On constate néanmoins que les UDI sont plus enclins à vivre en logement instable que les non-UDI (+10 % environ).

Tableau 57 : Profil démographique des UDI (N=664) et des non-UDI (N=1267) rencontrés en rue lors des opérations boule-de-neige, Wallonie, 2009-2015

	UDI*		Non-UDI**	
	n	%	n	%
Sexe				
Hommes	420	65,9	835	67,4
Femmes	217	34,1	403	32,6
<i>Non précisé</i>	27		29	
Classe d'âge				
Moins de 18 ans	4	0,6	11	0,9
18 - 24 ans	79	12,4	186	14,9
25 - 29 ans	113	17,8	245	19,7
30 - 34 ans	104	16,4	193	15,5
35 - 39 ans	133	20,9	239	19,2
40 ans et +	202	31,8	371	29,8
<i>Non précisé</i>	29		22	
Moyenne d'âge	35,03		34,2	
Nationalité belge	435	69,8	860	71,0
Papiers valides en Belgique	560	87,8	1129	90,3
En ordre de mutuelle	493	76,8	1016	81,9
Contact avec travailleur social/médecin les 6 derniers mois	501	77,9	995	79,6
Logement instable	212	33,1	285	23,1
* Usagers de drogues par injection au cours du dernier mois				
** Usagers de drogues n'ayant pas eu recours à l'injection au cours du dernier mois				
Source : Modus Vivendi				

Les UDI présentent des comportements à risque variés²⁶⁶ (voir tableau 58). La prise de risque la plus courante est la réutilisation de seringue ou de matériel d'injection personnel, déclarée par environ un tiers des UDI wallons. L'utilisation du matériel connexe d'injection usagé appartenant à une autre personne est déclarée par près d'un usager sur quatre, et l'utilisation d'une seringue usagée par près d'un usager sur cinq. Certains UDI ont même recours à l'utilisation de seringue ou de matériel connexe trouvé en rue, même si ces comportements à risque sont moins fréquents (environ 6 %).

266 À noter que ces questions ne renseignent que sur la survenue de ces comportements à risque au cours des 6 derniers mois, sans information relative à leur fréquence.

Tableau 58 : Comportements à risque au cours des 6 derniers mois et connaissance des comptoirs d'échange de seringues chez les UDI (N=664) rencontrés en rue, Wallonie, 2009-2015

Comportements à risque	n	%	Non réponses
Utilisation d'une seringue usagée personnelle	234	35,2	159
Utilisation d'une seringue usagée d'une autre personne	122	18,4	157
Utilisation d'une seringue trouvée en rue	39	5,9	182
Utilisation de matériel usagé personnel	239	36,0	224
Utilisation de matériel usagé d'une autre personne	152	22,9	149
Utilisation de matériel usagé trouvé en rue	39	5,9	183
Prêt d'une seringue usagée à une autre personne	176	26,5	170
Prêt de matériel usagé à une autre personne	217	32,7	171
Connaissance des comptoirs	454	68,4	129
Rapport sexuels en échange d'argent	120	29,6	258
Rapport sexuels en échange de drogues	103	26,7	278
Injection d'un TSO sur la vie	151	31,5	184

Source : *Modus Vivendi*

LES CHIFFRES 2009-2015 EN RÉGION BRUXELLOISE

Sur la période 2009-2015, 538 questionnaires ont été récoltés auprès d'usagers de drogues²⁶⁷ rencontrés en rue lors d'une dizaine d'opérations Boule-de-Neige (BdN) en Région bruxelloise. Les trois-quarts des répondants sont des hommes (74,1 %). La moyenne d'âge des répondants est de 34,2 ans.

En ce qui concerne le profil de consommation des usagers de rue ayant répondu au questionnaire sur la période 2009-2015, on peut constater que les produits les plus consommés au cours du dernier mois sont l'alcool, la cocaïne, l'héroïne ou dérivés et le cannabis. La méthadone illégale et les médicaments non-prescrits ont été cités par environ un tiers des répondants. On notera finalement que le phénomène de polyconsommation est particulièrement marqué chez ces usagers, les répondants ayant déclaré avoir consommé en moyenne plus de 4 produits différents au cours du dernier mois.

Environ deux tiers des répondants (64,7 %) ont déclaré suivre au moment de l'enquête un traitement de substitution prescrit. Il s'agit généralement d'un traitement de substitution aux opiacés, le plus souvent à base de méthadone (86,7 % des usagers en substitution). Enfin, environ un quart des répondants (27,1 %) a déclaré avoir déjà fait une overdose, généralement à l'héroïne ou à la cocaïne.

267 Toute personne ayant consommé au moins un produit (hors alcool) au cours du dernier mois, parmi les répondants.

Tableau 59 : Profil de consommation au cours du dernier mois des usagers de rue (N=538), Région bruxelloise, 2009-2015

	n	%
Alcool	422	78,4
Héroïne, opium ou dérivé	368	68,4
Cocaïne	377	70,1
Cannabis	318	59,1
Méthadone illégale	173	32,2
Médicaments non prescrits	168	31,2
Ecstasy/MDMA	101	18,8
Crack ²⁶⁸	67	36,6
Speed/Amphétamines	123	22,9
Champignons hallucinogènes	63	11,7
Subutex illégal	48	8,9
LSD	52	9,7
Solvant	24	4,5
Kétamine	26	4,8
GHB	16	3,0
Autre produit	2	0,4
Consommation d'un seul produit (alcool compris)	41	7,6
Consommation de deux produits (alcool compris)	107	19,9
Consommation de trois produits ou + (alcool compris)	390	72,5
Moyenne des produits consommés	4,4	

Source : Modus Vivendi

Consommation de drogues par injection

Comme on peut le voir sur le tableau suivant, sur la période 2009-2015, plus de la moitié des personnes touchées par les opérations BdN (63,9 %) ont déjà eu recours à l'injection au moins une fois au cours de la vie. L'injection au cours des 6 derniers mois concerne environ la moitié des répondants. Environ un tiers des répondants a déclaré avoir eu recours à l'injection au cours du dernier mois. Parmi les UDI, 15,9 % ont utilisé la seringue usagée et 24,4 % le matériel connexe usagé (filtre, cuillère, etc.) d'une autre personne au moins une fois au cours des 6 derniers mois.

Tableau 60 : Usage de drogues par injection parmi les usagers de rue (N=538), Région bruxelloise, 2009-2015

	n	%
Au cours de la vie*	328	63,9
Au cours des 6 derniers mois*	272	53,0
Au cours du dernier mois	176	32,7

* Nombre de non réponses : 25
Source : Modus Vivendi

En ce qui concerne le profil des usagers de drogues par injection (UDI), un peu plus d'un quart des personnes ayant injecté un produit au cours du dernier mois sont des femmes. Les UDI ont un âge majoritairement égal ou supérieur à 35 ans (pour environ la moitié). Environ deux tiers d'entre eux sont de nationalité belge. Enfin, environ trois quarts des UDI sont en ordre de mutuelle et ont été en contact avec un travailleur social ou un médecin au cours des 6 derniers mois.

268 Ce produit n'a été intégré au questionnaire qu'à partir de 2012. Par conséquent, le % a été calculé par rapport à l'effectif de la période 2012-2015 (n=183).

Si l'on compare les injecteurs et les non-injecteurs (les UD n'ayant pas eu recours à l'injection au cours du dernier mois), on remarque qu'il n'y a pas de différences significatives entre hommes et femmes au niveau du recours à l'injection, quelles que soient la région et la période de consommation considérées (au cours de la vie, des 6 derniers mois, ou du dernier mois). Autrement dit, les femmes sont tout autant enclines que les hommes à avoir recours à ce comportement à risque. De même, le recours à l'injection ne diffère pas en fonction de la nationalité des répondants. Enfin, ce comportement ne semble pas non plus grandement impacté par l'âge des répondants. Autrement dit, le profil sociodémographique des UDI est sensiblement le même que celui des UD. On constate néanmoins que les UDI sont plus enclins à vivre en logement instable que les non-UDI (+10 % environ) et sont un peu plus en contact avec des intervenants (travailleur social ou médecin) que ceux-ci (+6,9 %).

Tableau 61 : Profil démographique des UDI (N=176) et des non-UDI (N=362) rencontrés en rue lors des opérations boule-de-neige, Région bruxelloise, 2009-2015

	UDI*		Non-UDI**	
	n	%	n	%
Sexe				
Hommes	126	72,8	265	74,6
Femmes	47	27,2	90	25,4
<i>Non précisé</i>	3		7	
Classe d'âge				
Moins de 18 ans	4	2,3	5	1,4
18 - 24 ans	15	8,7	41	11,5
25 - 29 ans	24	14,0	63	17,7
30 - 34 ans	38	22,1	112	31,5
35 - 39 ans	33	19,2	48	13,5
40 ans et +	58	33,7	87	24,4
<i>Non précisé</i>	4		6	
Moyenne d'âge	35,51		33,6	
Nationalité belge	104	61,9	208	60,5
Papiers valides en Belgique	149	87,1	305	85,7
En ordre de mutuelle	131	76,2	277	77,8
Contact avec travailleur social/médecin les 6 derniers mois	144	84,2	276	77,3
Logement instable	65	38,7	104	29,5
* Usagers de drogues par injection au cours du dernier mois				
** Usagers de drogues n'ayant pas eu recours à l'injection au cours du dernier mois				
<i>Source : Modus Vivendi</i>				

Les UDI présentent des comportements à risque variés (voir tableau 62). Comme en Wallonie, la prise de risque la plus courante est la réutilisation de seringue ou de matériel d'injection personnel, déclarée par environ un tiers des UDI bruxellois. L'utilisation du matériel connexe d'injection usagé appartenant à une autre personne est déclarée par un usager sur quatre, et l'utilisation d'une seringue usagée par près d'un usager sur cinq. Certains UDI ont même recours à l'utilisation de seringue ou de matériel connexe trouvé en rue, même si ces comportements à risque sont plus exceptionnels (environ 3 %).

Tableau 62 : Comportements à risque au cours des 6 derniers mois et connaissance des comptoirs d'échange de seringues chez les UDI (N=176) rencontrés en rue, Région bruxelloise, 2009-2015

Comportements à risque	n	%	Non réponses
Utilisation d'une seringue usagée personnelle	61	34,7	37
Utilisation d'une seringue usagée d'une autre personne	28	15,9	36
Utilisation d'une seringue trouvée en rue	4	2,3	40
Utilisation de matériel usagé personnel	50	28,4	47
Utilisation de matériel usagé d'une autre personne	43	24,4	36
Utilisation de matériel usagé trouvé en rue	6	3,4	41
Prêt d'une seringue usagée à une autre personne	34	19,3	50
Prêt de matériel usagé à une autre personne	50	28,4	50
Connaissance des comptoirs	110	62,5	44
Rapport sexuels en échange d'argent	17	15,5	66
Rapport sexuels en échange de drogues	11	10,5	71
Injection d'un TSO sur la vie	40	35,1	62

Source : Modus Vivendi

3.5. DONNÉES ISSUES DU DISPOSITIF D'ACCESSIBILITÉ AU MATÉRIEL D'INJECTION

La propagation de maladies infectieuses telles que le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est observée depuis de nombreuses années chez les usagers de drogues par injection (UDI), en raison de la survenue fréquente du partage de matériel d'injection usagé et de rapports sexuels non protégés (Bollaerts & Van Bussel, 2013 ; Garfein, Galai, Doherty & Nelson, 1996 ; Thomas et al., 1995). Actuellement, les cas d'infection au VIH liés à l'injection sont généralement moins courants dans les pays ayant mis en place des programmes d'accessibilité au matériel stérile d'injection (EMCDDA, 2016). En revanche, l'usage de drogues par voie intraveineuse reste le facteur de risque principal de contraction du VHC, dont la prévalence d'infection est très élevée chez les UDI²⁶⁹. Cette transmission élevée s'explique essentiellement par la résistance exceptionnelle du VHC au contact de l'air (environ 3 semaines), par son pouvoir de contamination (10 fois supérieur à celui du VIH), par l'absence de vaccin préventif, mais aussi par le partage fréquent du matériel connexe d'injection usagé (cuillère, filtre, eau, etc.), qui peut être contaminé par le sang d'un patient infecté (alors que le VIH périrait rapidement au contact de l'air). Les UDI ont en effet une moins bonne connaissance des risques de transmission du VHC que du VIH et sont relativement nombreux à partager du matériel connexe d'injection (voir Hagan et al., 2001 ; Médecins du Monde, 2009).

Les programmes d'échange de seringues font partie du Dispositif d'Accès au Matériel Stérile d'Injection (DAMSI)²⁷⁰ qui vise à réduire les risques liés à l'injection (hépatites, VIH, etc.) chez les UDI. Ils prennent la forme de comptoirs fixes ou mobiles mettant gratuitement à disposition des usagers des conseils de réduction des risques, du matériel stérile ou encore des préservatifs, dans un cadre anonyme et non contraignant. Ils sont aussi un lieu d'accueil, d'écoute et de relais d'éventuelles demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale, et ils peuvent proposer des permanences médicales ainsi que des soins infirmiers. Différentes recherches ont montré qu'ils contribuent à une stratégie efficace ayant un effet préventif sur les comportements à risque entraînant, conséquemment, une diminution de la prévalence et de l'incidence de l'infection au VIH ainsi que, dans une moindre mesure, aux hépatites B et C (pour des revues de littérature, voir Emmanuelli, 1999 ; WHO, 2004). Néanmoins, cette efficacité semble dépendre de la couverture et de l'accessibilité des comptoirs, ainsi que de la présence de dispositifs complémentaires (Strathdee & Vlahov, 2001).

Au niveau mondial, les premiers programmes d'échange de seringues ont été mis en place dans les années 80. En Belgique, ils se sont développés au début des années 90. Il existe actuellement 6 institutions qui effectuent de l'échange de seringues à Bruxelles et 16 en Wallonie. Une même institution peut effectuer de l'échange de seringues en comptoir fixe et/ou mobile, et certaines peuvent disposer d'antennes. Il existe également quelques structures qui effectuent de la distribution de matériel stérile de manière ponctuelle ou à plus petite échelle sans faire partie du dispositif d'accès au matériel stérile d'injection (DAMSI) coordonné par Modus Vivendi (voir Sacré, Daumas & Hogge, 2010).

269 En Belgique, elle varierait de 47 à 85 %, suivant les estimations (Mathei, Robaey, Van Ranst, Van Damme & Buntinx, 2005). Une étude de 2013 la situe à 43 % (Bollaerts & Van Bussel, 2013).

270 En Belgique, les pharmacies font également partie de ce dispositif, et certaines d'entre elles diffusent des pochettes spécifiquement dédiées à l'injection (Stérifix). En 2016, 7.671 pochettes ont été produites et diffusées aux pharmacies partenaires de la Région bruxelloise et de la Wallonie. Chaque pochette est composée de 2 seringues ainsi que du matériel connexe (2 stéricups, 2 flapules d'eau, etc.). Elle est généralement vendue au prix conseillé de 0,5 euro. Enfin, dans certains pays comme la France, l'Allemagne ou les Pays-Bas, le dispositif est complété par des bornes d'échange de seringues permettant aux usagers d'obtenir du matériel près de lieux de consommation 24h/24h.

L'INDICATEUR

Les comptoirs d'échange de seringues du DAMSI renseignent annuellement différentes informations relatives à leur fonctionnement, telles que le nombre de seringues distribuées et récupérées, le matériel connexe distribué (Stéricups²⁷¹, flapules d'eau stérile, tampons alcoolisés, doses d'acide ascorbique²⁷²), leur file active²⁷³, ainsi que le nombre de contacts effectués. Il s'agit d'indicateurs de processus et non d'efficacité, car on ne peut avoir de certitude sur ce qui sera fait de ce matériel. En effet, l'injection n'est pas un acte anodin mais une pratique invasive qui nécessite des précautions d'asepsie rigoureuses. Il s'agit même d'un acte médical qui ne peut être légalement posé que par une personne qualifiée (médecin ou infirmier). Une injection mal opérée (injection dans une artère, dans une zone sensible, etc.), mal préparée (présence de bulles d'air ou de corps solides dans la seringue), ainsi que l'utilisation de matériel non stérile voire usagé peuvent avoir des conséquences graves et parfois fatales. Enfin, rappelons que les comptoirs d'échange de seringues font partie d'un dispositif plus large incluant notamment les pharmacies.

LES CHIFFRES 2016 EN WALLONIE ET EN RÉGION BRUXELLOISE

En 2016, 280.668 seringues ont été distribuées par les 16 points d'accès qui ont effectué de l'échange de seringues en Wallonie dans le cadre du DAMSI, et 116.698 par les 6 points d'accès qui l'ont fait en Région bruxelloise. Ces seringues ont été distribuées à environ 1.800 UDI lors de plus de 23.000 visites en Wallonie, et à quelques 1.000 UDI lors d'environ 7.000 visites en Région bruxelloise. Le matériel connexe est moins diffusé parce que les usagers ont la liberté de choisir ce qu'ils souhaitent emporter (or ils emportent davantage de seringues que de matériel connexe, qu'ils tendent davantage à réutiliser). Il n'est toutefois pas garanti que l'équilibre budgétaire du projet puisse se maintenir en cas de diffusion systématique du matériel connexe avec chaque seringue. Ainsi, si on compare le nombre de Stéricups et le nombre de seringues distribués sur une même année, on avoisine actuellement un rapport de 1 Stéricup pour 2 seringues distribuées (alors qu'idéalement le rapport devrait être de 1 pour 1). Dans ce contexte, il est difficile d'assurer de manière optimale les actions de réduction des risques liés à l'injection, car les usagers sont susceptibles d'échanger ou d'utiliser une cuillère ou un filtre contaminés, même s'ils utilisent une seringue stérile à chaque injection. En outre, le nombre de seringues distribuées est forcément tributaire du nombre de comptoirs présents sur le territoire, lequel est actuellement considéré comme insuffisant. Enfin, rappelons que certains milieux, et notamment le milieu carcéral, ne sont actuellement pas couverts par le DAMSI.

Tableau 63 : Description du DAMSI en Wallonie et en Région bruxelloise, 2016

	Wallonie	Bruxelles
Nombre de points d'accès	16	6
Nombre d'usagers	± 1.800	± 1.000
Seringues	281.426	116.698
Stéricups	149.654	52.138
Flapules d'eau stérile	169.544	63.269
Tampons alcoolisés	324.509	107.597
Sachets d'acide ascorbique	93.886	14.207

Source : Modus Vivendi

271 Une petite cuillère stérile accompagnée d'un filtre.

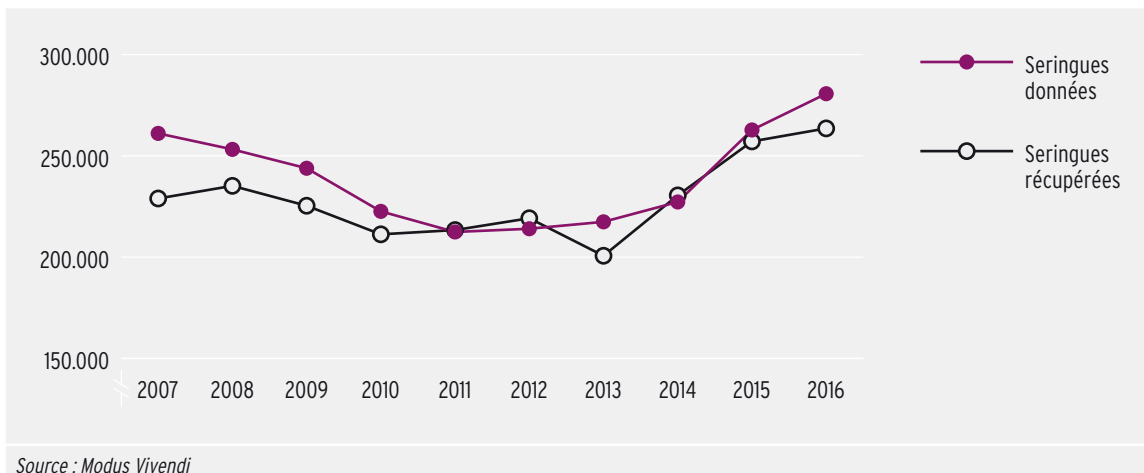
272 Nécessaire pour dissoudre le produit dans l'eau.

273 La file active ne peut être précisément déterminée que de manière intra-institutionnelle, en raison de l'utilisation des systèmes d'enregistrement propres à chaque comptoir. Dès lors, au niveau régional, un usager qui fréquente plusieurs comptoirs est comptabilisé à plusieurs reprises. En outre, il est fréquent qu'un usager se procure des seringues à la fois pour lui-même et pour un proche.

TENDANCES ET ÉVOLUTION EN WALLONIE ET EN RÉGION BRUXELLOISE

Le nombre de seringues distribuées en Wallonie via les comptoirs d'échange a progressivement diminué de 2007 à 2011, probablement en raison d'une réduction des heures d'ouverture de certains comptoirs, mais il a augmenté ces dernières années, apparemment en raison d'une plus grande assiduité des usagers qui constituent la file active. Le nombre de seringues récupérées est généralement légèrement inférieur à celui des seringues distribuées, les deux courbes évoluant de manière relativement parallèle.

Figure 18 : Évolution du nombre de seringues distribuées et récupérées dans les comptoirs d'échange de seringues en Wallonie, 2007-2016



Le nombre de seringues distribuées en Région bruxelloise via les comptoirs d'échange a progressivement augmenté de 2007 à 2012, probablement en raison d'une augmentation des heures d'ouverture de certains comptoirs, mais il a baissé ces dernières années suite à une diminution de la file active d'un des comptoirs. Corollairement, le nombre de seringues récupérées a également fortement diminué. L'augmentation du nombre de seringues distribuées en 2016 à Bruxelles s'explique par un renforcement du budget du DAMSI par la COCOF. Le nombre de seringues distribuées et récupérées en Wallonie est en augmentation progressive ces dernières années et semble témoigner d'une augmentation de la fréquentation du dispositif par les usagers. Enfin, la récupération de seringues paraît moins efficiente en Région bruxelloise qu'en Wallonie. Cette différence s'explique par une pratique plus fréquente de l'échange stricte (i.e. une nouvelle seringue est donnée pour chaque seringue usagée rendue) en Wallonie qu'à Bruxelles.

Figure 19 : Évolution du nombre de seringues distribuées et récupérées dans les comptoirs d'échange de seringues en Région bruxelloise, 2007-2016



ESTIMATION INDIRECTE DE LA PRÉVALENCE DE L'INJECTION

La prévalence des comportements d'injection ne peut évidemment pas être estimée directement à l'aide d'enquêtes par questionnaire dans la population générale, parce que ces usagers sont difficiles à approcher à l'aide des modalités de sélection et de prise de contact classiques. Il est néanmoins possible d'effectuer une estimation indirecte à partir de la méthode multiplicative, qui est une technique d'estimation proportionnelle qui se base sur le croisement de chiffres issus de bases de données distinctes.

Une récente utilisation de cette méthode (voir Ridder, 2015) a permis d'estimer à 25.000 (18.135-34.987) le nombre de personnes ayant déjà eu recours à l'injection sur l'ensemble de la Belgique en 2013. Si on pondère ce nombre en fonction de la taille relative des populations régionales enregistrée en 2013²⁷⁴, on avoisinerait donc les 2.600 personnes (1.886-3.640) ayant déjà eu recours à l'injection en Région bruxelloise, et 8.025 personnes (5.822-11.231) en Wallonie. Il ne s'agit pas d'une estimation du nombre de personnes ayant recours à l'injection à un moment donné, mais des personnes ayant déjà eu recours à ce mode de consommation au cours de leur vie. C'est pourtant le nombre d'UDI actifs qu'il est utile de connaître afin de mieux cerner les besoins en matière de matériel stérile d'injection.

Sur base des données TDI récoltées en 2016²⁷⁵, on sait que 36,4 % des patients ayant déjà eu recours à l'injection et ayant été pris en charge en Région bruxelloise s'injectait encore au moment de l'introduction de la demande de traitement, contre 30,1 % en Wallonie. Si on utilise ce multiplicateur afin d'extrapoler l'estimation proposée par Ridder de manière à estimer le nombre d'UDI actifs, il y aurait $2.600 \times 0,364 = 946$ (687-1.325) personnes ayant eu recours à l'injection au cours des 30 derniers jours en Région bruxelloise, et $8.025 \times 0,301 = 2.416$ (1.752-3.381) en Wallonie. Il ne s'agit là que d'une extrapolation.

274 Au 1^{er} janvier 2013, la population résidant en Belgique s'élevait à 11.099.554 habitants, la population wallonne à 3.563.060 (soit environ 32 % de la population totale) et la population bruxelloise à 1.154.635 (soit environ 10 % de la population totale).

275 Nous avons privilégié le recours aux données TDI 2015 plutôt que celles des années antérieures parce que la couverture s'est fortement améliorée, notamment en raison de l'intégration des demandes de traitement en structures hospitalières. Les multiplicateurs générés sont donc probablement plus proches de la réalité que ceux que l'on peut générer à partir des données antérieures.

4 LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE

4.1. LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU EUROPÉEN

Le système d'alerte précoce sur les drogues (*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» (article modifié par la décision du 10 mai 2005). Il est implémenté au niveau de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), lequel est chargé de centraliser et de valoriser les informations récoltées par les pays membres via l'intermédiaire des points focaux nationaux du réseau REITOX (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies). Ces points focaux ont notamment pour mission de transmettre à l'OEDT des informations relatives aux nouvelles substances psychoactives détectées sur leur territoire (formule chimique, description de l'échantillon, quantités saisies, nombre d'occurrences annuelles, etc.).

Ce système 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 à l'époque le plus souvent dérivées de la MDMA et des amphétamines, et pour lesquelles des informations relatives aux effets et à la dangerosité n'étaient pas disponibles.

Au niveau européen, l'EWS alimente les rapports conjoints développés par l'OEDT et Europol (*EMCDDA-Europol joint reports*) afin de capitaliser les connaissances permettant de décrire au mieux certaines nouvelles substances psychoactives (*objectif d'échange d'informations*). Il permet aussi d'alimenter les procédures d'évaluation des risques enclenchées à la demande du Conseil lorsque certaines substances en libre circulation sont soupçonnées d'engendrer des risques importants pour la santé (*objectif d'évaluation des risques*), cette procédure pouvant *in fine* déboucher sur une interdiction de commercialisation de ces substances à l'échelle de l'Union européenne (*objectif de contrôle*).

Au-delà de ces objectifs officiels, l'EWS fait aussi souvent l'objet d'une réappropriation au niveau national afin de servir de système de veille sanitaire, permettant d'informer les travailleurs de terrain et les usagers de drogues de la circulation de nouvelles substances potentiellement dangereuses, d'échantillons de drogues connues hautement dosés en principe(s) actif(s), ou encore de la présence de produits de coupe présentant un risque important sur le plan sanitaire. Nous allons brièvement illustrer cette réappropriation à partir du système d'alerte précoce belge.

4.2. LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU BELGE

4.2.1. CADRE LÉGAL

L'EWS 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 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 du WIV-ISP, 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, précise 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. Il en va de même pour 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 rapidement et systématiquement les résultats d'analyses lorsqu'une instruction judiciaire est en cours, parce que les laboratoires ou les juges d'instruction ont pour habitude de se réfugier derrière la disposition du secret de l'instruction afin de ne pas avoir à communiquer ces résultats. Légalement, ce refus ne devrait plus être recevable puisque la loi de 1921 a récemment fait l'objet d'un amendement (Moniteur belge du 10/03/2014) afin que l'on ne puisse plus invoquer le secret de l'instruction pour ne pas communiquer d'information dans ce contexte.

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 également les nouvelles drogues en général, les nouveaux modes de consommation ou encore les échantillons fortement concentrés de drogues connues (y compris légales), susceptibles d'entraîner une augmentation des risques pour le consommateur. Ce système est coordonné au niveau national par le WIV-ISP (via le BEWSD), et géré au niveau communautaire par le VAD (*Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen*, pour la Flandre) et Eurotox (pour la Wallonie et la Région bruxelloise). 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 indiqué à la figure 20, 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 ainsi que dans le lieu d'accueil Modus Fiesta à Bruxelles²⁷⁶. Mais il est également alimenté 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 (voir toutefois la réserve émise plus haut) de manière régulière au BEWSD, qui analyse l'information et juge de la pertinence (parfois après consultation du VAD et d'Eurotox, sous-point focaux pour l'OEDT) 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^{ère} ou 2^{ème} 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.

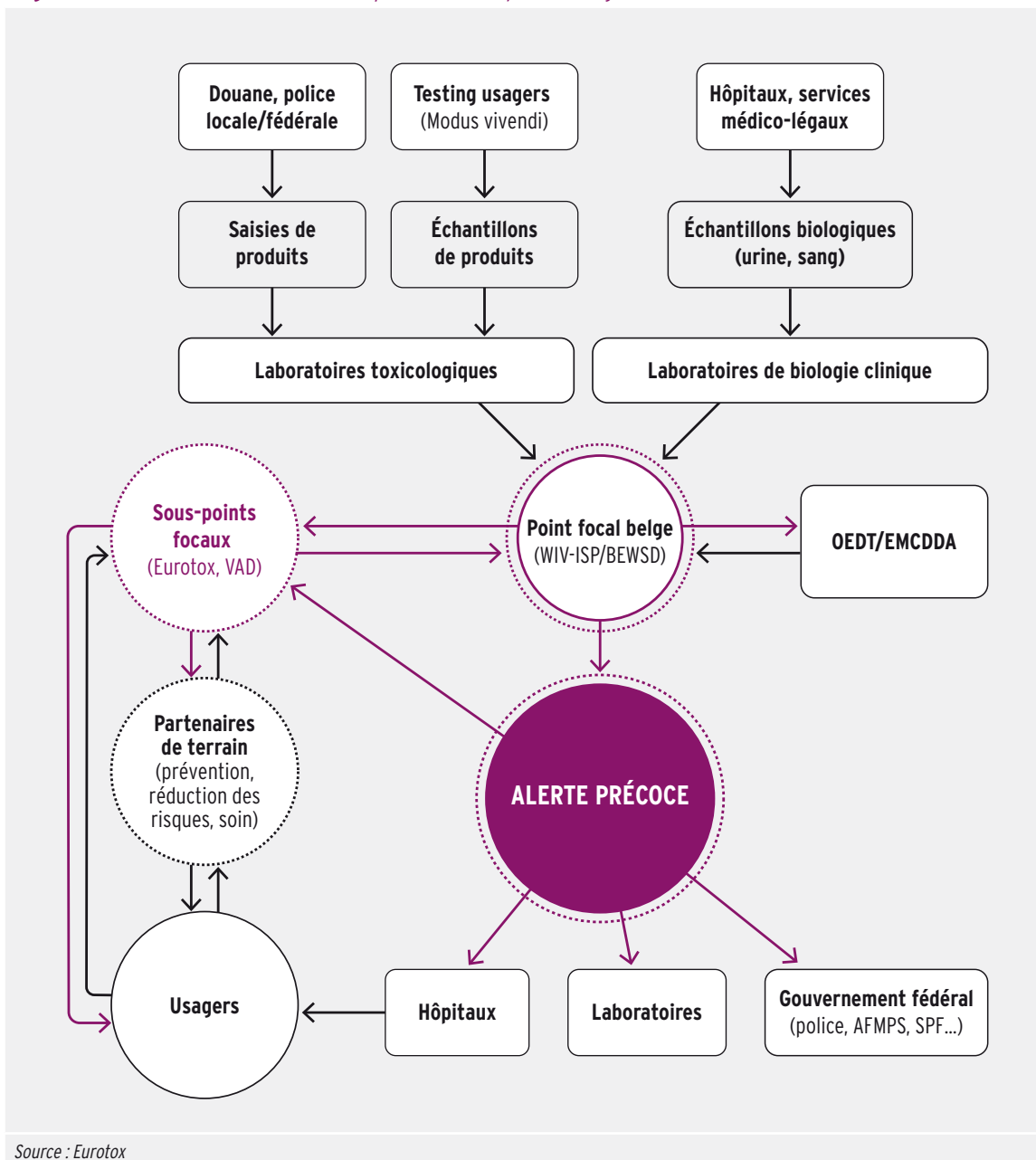
Les informations diffusées à travers l'EWS belge sont de deux types :

- 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 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 de la forme et du contenu) vers des intervenants de terrain et les usagers via différents canaux : mailing liste d'intervenants en prévention, réduction des risques et soins, 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+. Notre mailing liste se compose actuellement de 548 adresses emails. Nous publions également les alertes sur les principaux forums d'usagers francophones (Psychonaut.com et PsychoACTIF.org) afin de les toucher directement.

276 En 2016, 138 demandes d'analyse de produits ont été adressées au lieu d'accueil Modus Fiesta, parmi lesquelles 17 échantillons ont donné lieu au lancement de 7 alertes précoces (Modus Vivendi, 2017).

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, signes distinctifs éventuels), 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 se réserve aussi le droit de ne pas diffuser auprès des usagers certaines alertes lancées par le BEWSD, par exemple lorsque la dangerosité du produit n'est pas avérée mais qu'il s'agit juste de la détection d'un nouveau produit sur le territoire. Dans ce cas, nous avertissons les intervenants de terrain à l'aide un simple message d'information.

Figure 20 : Flux d'information au sein du système d'alerte précoce belge



Source : Eurotox

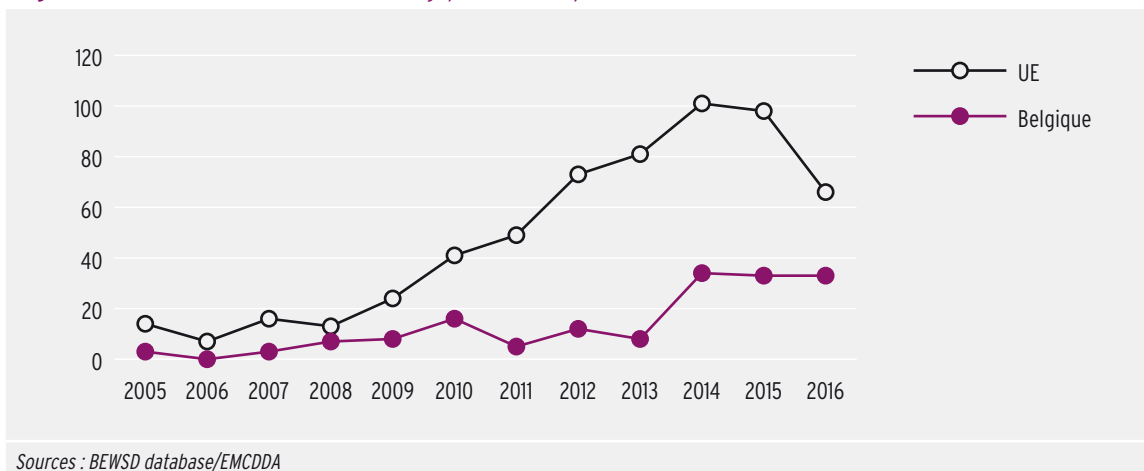
4.3. LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE EN QUELQUES CHIFFRES

Pour rappel, l'EWS a deux fonctions principales : détecter l'apparition de NDS (et en évaluer la dangerosité) 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 2016

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 98 en 2015, et enfin 66 en 2016, ce qui porte le nombre total de nouvelles substances surveillées à plus de 620, comme on peut le voir sur la figure 21. Près de 70 % d'entre elles (soit 423 substances) ont été détectées dans l'UE en 2016, ce qui souligne la grande diversité des substances circulant sur ce marché. 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). En 2015 ainsi qu'en 2016, 33 nouvelles molécules ont été détectées sur notre territoire. De manière générale, la propagation des NDS est un phénomène mondial, quoique particulièrement observé en Europe, peut-être en raison de l'efficacité de l'EWS (UNODC, 2013). Cette augmentation est attribuable au développement du marché des «euphorisants légaux» (*legal highs*) et des *research chemicals*, ces substances généralement de nature synthétique qui sont proposées à la vente sur Internet par des entrepreneurs peu scrupuleux tout en contournant les lois sur les stupéfiants²⁷⁷. L'origine de la diminution du nombre de NPS recensées sur le territoire européen pourrait s'expliquer par trois facteurs : 1) certains pays européens ont pris des mesures afin d'interdire la vente de ces produits sur leur territoire, ce qui diminue leur disponibilité ; 2) la Chine a mis en place des mesures de contrôle/interdiction et de répressions des laboratoires qui produisent ces substances, ce qui diminue la production ; 3) le nombre de nouvelles molécules psychoactives mentionnées dans des publications scientifiques ou issues des travaux d'Alexander Shulgin n'est pas illimité, et s'épuise peu à peu.

277 En effet, dans la plupart des pays, les lois qui régissent l'interdiction d'achat, de détention/usage et de trafic (fabrication, transport et vente/offre) de substances soporifiques ou stupéfiantes s'appliquent à une liste de produits spécifiques, liste principalement dictée par des conventions internationales. Toute molécule qui ne figure pas sur cette liste échappe donc *de facto* au système législatif en vigueur, puisqu'elle n'est pas explicitement prohibée. En outre, les NDS sont systématiquement vendues comme «non-déstinées à la consommation humaine» afin de contourner également la loi sur les substances réglementées telles que les médicaments ou les compléments alimentaires. À noter que la loi belge sur les drogues a été modifiée en février 2014 afin de tenter de contrer ce phénomène : les substances psychoactives peuvent en effet désormais être interdites de manière globale et anticipative sur base de classifications moléculaires génériques, et ce depuis la publication de l'arrêté royal du 26 septembre 2017 qui définit lesdites classifications génériques (voir 1.1.5). Cette approche législative est toutefois jugée peu efficace par certains spécialistes (van Amsterdam, Nutt, & van den Brink, 2013).

Figure 21 : Nombre de NDS détectées en Belgique et en Europe de 2005 à 2016

Les cathinones synthétiques²⁷⁸ représentent environ 21 %, les cannabinoïdes 17 %, les opiacés 14 % et les phénéthylamines²⁷⁹ 9 % des nouvelles substances identifiées en 2016 au niveau européen (EMCDDA, 2017c). En termes de disponibilité sur la marché, en 2015, près de 80.000 saisies de nouvelles substances ont été effectuées à travers l'Europe (soit environ 30.000 saisies de plus qu'en 2014). Les cathinones de synthèse représentent en 2015 33 % des saisies, les cannabinoïdes de synthèse 29 %, les benzodiazépines 11 % et les phénéthylamines 6 % (EMCDDA, 2017c). Le marché des benzodiazépines synthétiques s'est donc particulièrement développé depuis 2014 (+8 % au niveau des saisies). Les opiacés de synthèse restent relativement peu courants (1 % des saisies en 2014 ainsi qu'en 2015), mais on observe ces dernières années une augmentation des produits de ce type : depuis 2009, 25 opiacés de synthèse ont été détectés dans l'UE (18 dérivés de fentanyl), dont 9 en 2016 (8 dérivés de fentanyl). Bien que peu présentes actuellement sur le marché européen, ces substances constituent une menace réelle pour la santé publique en raison de leur puissance, et nous ne sommes pas à l'abri d'un phénomène similaire à celui qui préoccupe en ce moment l'Amérique du Nord, où le nombre d'overdoses liées aux fentanyl a littéralement explosé.

En Belgique comme partout en Europe, la représentativité de ces familles (en termes de saisies mais aussi d'émergence de nouveaux produits) fluctue dans le temps. Ces variations s'expliquent essentiellement par la popularité/succès des NDS auprès des usagers à un moment donné et par l'efficacité du dispositif réglementaire pour les sanctionner (la réactivité du système répressif favorisant l'apparition de molécules dérivées).

Enfin, depuis 1997, au départ des informations récoltées par l'EWS, une procédure d'évaluation des risques a été initiée à la demande du Conseil de l'UE pour 30 molécules : MBDB, 4-MTA, GHB, Ketamine, PMMA, 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, TMA-2, BZP, méphédronne, 4-MA, 5-IT, 25I-NBOMe, AH-7921, MDPV, méthoxetamine, 4,4'-DMAR, MT-45, α -PVP, MDMB-CHMICA, acryloylfentanyl, furanylfentanyl, AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA, 4F-iBF, THF-F, and carfentanil. Ces procédures ont abouti à l'interdiction d'environ deux tiers de ces substances à l'échelle de l'UE. Le décours temporel entre la détection d'une substance, l'évaluation de sa dangerosité, et son éventuelle interdiction est particulièrement longue (deux à trois ans). C'est pour cette raison que le parlement européen avait proposé en septembre 2013 une directive et un règlement de manière à accélérer (voire rendre immédiate dans certains cas) l'interdiction de la commercialisation des nouvelles substances qui présentent un risque important pour la santé. Ces propositions n'ont finalement pas été ratifiées par le Conseil de l'Europe. En revanche, une nouvelle directive a été adoptée en novembre 2017 afin d'accélérer et mieux standardiser les procédures d'évaluation des risques, dans le but de réagir plus efficacement à la circulation de NPS dangereuses sur le plan socio-sanitaire (voir 1.1.6). Les États membres disposent désormais de 6 mois pour

278 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables aux amphétamines.

279 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.

transposer une interdiction européenne dans leur droit national. Il s'agit toutefois de changements minimes par rapport à ce qui était prévu dans le règlement et la directive proposée en 2013.

4.3.2. LES SERVICES DE TESTING DE PRODUITS À DESTINATION DES USAGERS

Les services de testing de produits psychoactifs à destination des usagers sont des dispositifs de réduction des risques permettant aux usagers de connaître de manière anonyme la nature du produit qu'ils envisagent de consommer. Ils permettent plus globalement d'informer, responsabiliser et éventuellement aider les usagers dans une démarche de promotion de la santé. Ils constituent une opportunité d'entrer en relation avec un public qui n'est pas forcément en contact avec les structures d'information et d'aide, afin de l'informer au mieux sur les risques liés à la consommation de drogues et sur les moyens de les réduire, dans un climat de confiance et de non-jugement. Enfin, ce dispositif dépasse la simple réduction des risques individuelle puisqu'il permet aussi d'alimenter l'EWS et donc d'informer plus généralement la communauté des usagers de drogues en cas de circulation d'un produit particulièrement dangereux pour la santé.

Au niveau européen, ce type d'initiative existe depuis plus de 20 ans et s'est initialement développé de manière à réduire les risques liés à la consommation de pilules d'ecstasy en milieu festif (en particulier dans les «scènes» techno et rave), dans le contexte de l'essor de nouveaux produits de synthèse sur le marché des drogues. Le premier dispositif à s'être développé est le réseau DIMS (Drug Information and Monitoring System), instauré aux Pays-Bas en 1992 et qui se compose actuellement de plus d'une vingtaine de sites d'analyse répartis sur le territoire, où les usagers peuvent se rendre afin de connaître la composition de leurs pilules (pour une présentation détaillée du dispositif, voir Brunt & Niesink, 2011). Actuellement, des dispositifs de ce type existent dans plusieurs pays européens : Pays-Bas (DIMS), Espagne (Energy Control), Autriche (Check It), Suisse (Nuit Blanche et Safeparty), Pays de Galles (WEDINOS), France (SINTES et Médecins du monde, en partenariat avec diverses structures et associations), Belgique (Modus Fiesta), etc. Ces dispositifs sont généralement gratuits, mais il est parfois possible de soumettre des produits par voie postale contre un montant forfaitaire. Les méthodes d'analyses sont variées et de précision variables (tests colorimétriques, chromatographie sur couche mince, chromatographie en phase gazeuse couplée à une spectrométrie de masse, spectroscopie infrarouge à transformée de Fourier). En outre, les kits colorimétriques à usage domestique se sont aussi diversifiés (notamment pour détecter la présence de certaines NPS) et sont directement proposés à la vente sur Internet.

En Belgique, les premières actions de testing ont été mises en place au festival de Dour en 1996 par l'asbl Modus Vivendi. Ce projet, financé par la Communauté française, s'est initialement développé en l'absence d'autorisation officielle de la part du gouvernement fédéral. Et suite à une médiatisation importante en 2002, le ministre de la justice de l'époque s'est exprimé dans la presse en le déclarant comme illégal et incitateur à la consommation. Il a annoncé également qu'il en officialiserait l'interdiction auprès des parquets. Même si cela n'a pas été le cas, le projet n'a pu être reconduit que sporadiquement jusqu'en 2005 en raison de la frilosité des organisateurs d'événements festifs, de la difficulté à obtenir une autorisation des parquets, et de l'absence de soutien voire de l'opposition de certains ministres concernés. En effet, même si le testing de produits psychotropes n'est pas réglementé en Belgique et n'est donc pas en soi illégal, il tombe sous le coup de la loi de 1921 (modifiée en février 2014), de l'arrêté royal du 22 janvier 1998 et de l'arrêté royal publié le 26 septembre 2017, qui interdisent l'importation, l'exportation, la fabrication, la détention, la vente, l'offre, la délivrance et l'acquisition d'une série de produits psychotropes considérés dès lors comme illégaux, sauf en cas d'autorisation préalable par le ministre de la Santé publique. Par conséquent, et dans la mesure où le testing implique la détention temporaire et éventuellement le transport de produits illégaux, une autorisation doit être délivrée par le ministre en charge. Actuellement, Modus Vivendi bénéficie d'une autorisation jusqu'en 2020, délivrée récemment par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, alors que précédemment cette autorisation était temporaire et devait être renouvelée annuellement. Par ailleurs, lors d'activités de testing in situ (par exemple dans un festival), l'asbl doit également négocier des autorisations avec les organisateurs de l'événement ainsi qu'avec les autorités locales.

Actuellement, l'asbl Modus Vivendi est la seule association à fournir un service de testing à destination des usagers de drogues en Belgique, sous forme de projet pilote depuis sa création. Ce service est proposé

dans un lieu fixe à Bruxelles (dans les locaux de Modus Fiesta), lors d'une permanence hebdomadaire, mais il est également proposé de manière plus occasionnelle en milieu festif, généralement lors de festivals de musique. Concrètement, les usagers qui souhaitent faire tester leur produit peuvent s'adresser à ce service de manière anonyme et gratuite. Un entretien préalable est mené afin de caractériser au mieux la demande et de fournir toutes les informations utiles relatives à l'échantillon (lieu d'achat, composition supposée, effets ressentis en cas de consommation, etc.). L'échantillon sera ensuite directement soumis à un premier test présomptif colorimétrique (test de Marquis)²⁸⁰ réalisé par la chimiste de l'équipe. Ce test pourra aussi être complété ou remplacé par un test de chromatographie sur couche mince (CCM) qui est plus précis²⁸¹. Enfin, si les informations obtenues à partir de ces deux premiers tests sont insuffisantes, que les tests ne peuvent être pratiqués, et que l'utilisateur n'est pas pressé d'obtenir un résultat, l'échantillon pourra être envoyé au laboratoire du WIV-ISP (partenaire du service de testing de Modus Vivendi), où il sera analysé à l'aide de la chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (GC-MS) en un délai de minimum une semaine. Cette technique est beaucoup plus précise que les deux autres tests et la base de données de produits sur laquelle elle s'appuie est beaucoup plus étendue et continuellement mise à jour. En outre, cette technique permet de déterminer la concentration en principe(s) actif(s) des échantillons testés, ce qui en fait un outil particulièrement utile dans le cadre de l'EWS. Néanmoins, dans les faits, tous les échantillons testés ne sont pas systématiquement dosés, soit parce que l'échantillon a été fourni en quantité insuffisante, soit parce que cette opération supplémentaire ne peut se faire sans un échantillon standard de comparaison, c'est-à-dire une petite quantité de la molécule à doser, dont on connaît précisément la concentration. Or ces échantillons standards ne peuvent être achetés qu'auprès des firmes pharmaceutiques, et sont particulièrement onéreux. Actuellement, le laboratoire du WIV-ISP ne bénéficie pas d'un financement suffisant dans le cadre de l'EWS, et privilégie donc l'achat des standards des drogues les plus courantes ou problématiques sur le plan sanitaire (MDMA, cocaïne, héroïne, amphétamine, PMMA, etc.).

Sur la période 2011-2016, un total de 752 demandes d'analyse de produits psychotropes ont été soumises au service de testing de Modus Fiesta (voir Libois, Hogge, Boudoux et Van der Linden, 2018). Globalement, le test du Marquis a été utilisé sur 60,8 % des échantillons, la chromatographie sur couche mince (CCM) sur 67,7 % des échantillons et la chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (GC-MS) sur 57,7 % des échantillons.

En ce qui concerne les résultats des analyses en GC-MS, il apparaît que 79 % des échantillons analysés étaient effectivement composés de la substance annoncée. À l'inverse, 18 % des échantillons analysés étaient discordants par rapport à la composition annoncée. Globalement, il apparaît que les échantillons de NPS et ceux de LSD²⁸² sont ceux pour lesquels la correspondance entre le produit annoncé et le produit identifié était la moins élevée. Dans environ 29 % des cas de discordance, l'échantillon ne contenait aucune substance psychoactive. Dans un quart des cas (26 %), la substance identifiée était en fait une molécule similaire ou dérivée de la substance annoncée et ayant des effets semblables, mais pouvant dans quelques cas s'avérer beaucoup plus toxique. Par exemple, il pouvait s'agir d'un échantillon supposé de LSD qui contenait en fait une phénylamine dérivée du 2C-B ou du 2C-C particulièrement dangereuse (du 25B-NBOMe ou du 25C-NBOMe). Dans environ un cinquième des cas (22 %), le produit était uniquement composé d'une ou plusieurs molécules légales, distinctes du produit annoncé. Il s'agissait d'adultérants usuels (caféine, lidocaïne, etc.). Dans un autre cinquième des cas, on retrouvait une substance distincte mais cette fois illégale, ayant des propriétés différentes de celles de la substance annoncée (de la méthoxétamine à la place de 4-FA, de la kétamine à la place de speed, du mCPP à la place de MDMA, etc.). Dans un cas de discordance sur dix (11,7 %, soit 9 échantillons), il y avait présence d'une molécule psychoactive non identifiée. Enfin, deux échantillons (2,6 %) contenaient la substance annoncée mais en présence d'une autre molécule aux effets clairement distincts : dans le premier cas, il s'agissait de MT-45 (un opioïde de synthèse) associé à un cannabinoïde de synthèse, et dans le second cas il s'agissait à

280 Tous les échantillons ne sont pas soumis au test colorimétrique car seulement un nombre limité de produits peut être détecté par ce biais. En outre, des méthodes d'analyse plus précises sont systématiquement privilégiées si le produit analysé est fourni en quantité insuffisante.

281 Ce test n'est pas toujours proposé parce que le produit est fourni en quantité insuffisante (le test en laboratoire est alors privilégié), parce que certains produits peu courants ou spécifiques ne sont pas détectables à partir de la base de données de ce test, ou encore parce que tous les produits ne sont pas forcément solubles dans les réactifs utilisés pour réaliser ce test.

282 L'identification de LSD par GC-MS nécessite une analyse particulière exigeant un coût supplémentaire, que ne peut actuellement pas supporter le projet. Les analyses de ce produit sont donc uniquement réalisées afin de vérifier si une autre molécule dangereuse est présente à la place du LSD (un NBOMe). Par conséquent, ce produit est très probablement associé à un certain nombre de faux-négatifs, que l'on ne peut pas dénombrer.

nouveau de MT-45 mais associé cette fois à une cathinone de synthèse aux effets proches de ceux de la MDMA (méthylone).

Quarante et un échantillons sur les 434 échantillons soumis à une analyse GC-MS dans le cadre de l'activité de testing de Modus Vivendi sur la période 2011-2016 ont fait l'objet d'alertes précoces, soit près d'un échantillon sur dix. Il s'agissait majoritairement de pilules hautement dosées en MDMA²⁸³. Outre son intérêt en termes de réduction des risques pour l'utilisateur, le service de testing est donc particulièrement utile à la collectivité sur le plan de la santé publique car il alimente aussi l'EWS en permettant d'identifier des produits dangereux qui sont en circulation. Plus généralement, ce service participe à une meilleure connaissance de la composition et de la pureté des produits en circulation, car les produits saisis par la police sont peu souvent analysés à l'aide de méthodes quantitatives, et lorsqu'ils le sont, il peut s'agir de produits qui étaient destinés à être récupérés avant d'être vendus.

Tableau 64 : Correspondance entre nature supposée et nature réelle des produits soumis à l'analyse GC-MS du service de testing de Modus Vivendi (2011-2016 ; N=422²⁸⁴)

	Échantillons analysés par GC-MS		Échantillons concordants		Échantillons discordants	
	N	%	N	%	N	%
Nature supposée						
Ecstasy/MDMA	159	37,7	147	92,5	12	7,5
Speed/amphétamine	76	18	68	89,5	8	10,5
Cocaïne	45	10,7	41	91,1	4	8,9
NPS	64	15,2	41	64,1	2	35,9
Kétamine	24	5,7	18	75	6	25
LSD	16	3,8	0	0	16	100
Héroïne	12	2,8	11	91,7	1	8,3
Inconnue ²⁸⁵	17	4	/	/	6	35,3
Autre	9	2,1	8	88,9	1	11,1
Total	422	100	334	79,2	77	18,2

Source : Modus Vivendi

Les activités de réduction des risques menées par l'asbl Modus Vivendi ont fait l'objet d'une évaluation externe (Favresse, 2012). Cette recherche qualitative a notamment permis de sonder les motivations des bénéficiaires de ce service ainsi que leur perception du dispositif. Les usagers qui font appel à ce service ont généralement une certaine expérience en matière d'usage de drogues. Le premier contact avec le service était généralement précédé de craintes, liées d'une part au produit lui-même (apprendre la mauvaise qualité de l'ecstasy, perte d'une quantité importante de la pilule sacrifiée au testing, etc.), et d'autre part, en lien avec d'éventuelles répercussions socio-judiciaires. Même s'ils étaient initialement motivés par la curiosité, les usagers saisissent rapidement que ce dispositif est un réel outil de réduction des risques, qui leur a permis de prendre conscience de la variété des risques liés à la consommation de produits dont on ne connaît pas la composition. Néanmoins, les usagers regrettent parfois que les informations les plus utiles (composition exacte et dosage) ne puissent être fournies immédiatement ou systématiquement. Plus généralement, cette évaluation fait ressortir que les usagers estiment que le testing devrait idéalement combiner quatre qualités : rapidité (voire immédiateté), précision (afin que

283 La quantité précise de MDMA a pu être déterminée pour 93 des 103 pilules dont la concentration a été établie par GC-MS, soit pour 90,3 % d'entre elles. Il ressort que plus de la moitié des pilules (53,8 %) contiennent plus de 125mg de MDMA base, à savoir une quantité qu'il est ordinairement conseillé de ne pas dépasser. Plus d'un tiers des pilules contenaient plus que 150mg de MDMA base, à savoir le seuil actuellement utilisé pour le lancement des alertes précoces sur ce produit en Belgique. Enfin, 6,5 % des pilules contiennent plus de 200mg de MDMA base, une quantité qui était exceptionnelle il y a quelques années mais qui, dans une certaine mesure, se régularise.

284 Sept échantillons ont été analysés par GC-MS sans que leurs résultats soient encodés et cinq sans que la nature supposée du produit ne soit précisée. Nous les avons exclus de l'analyse.

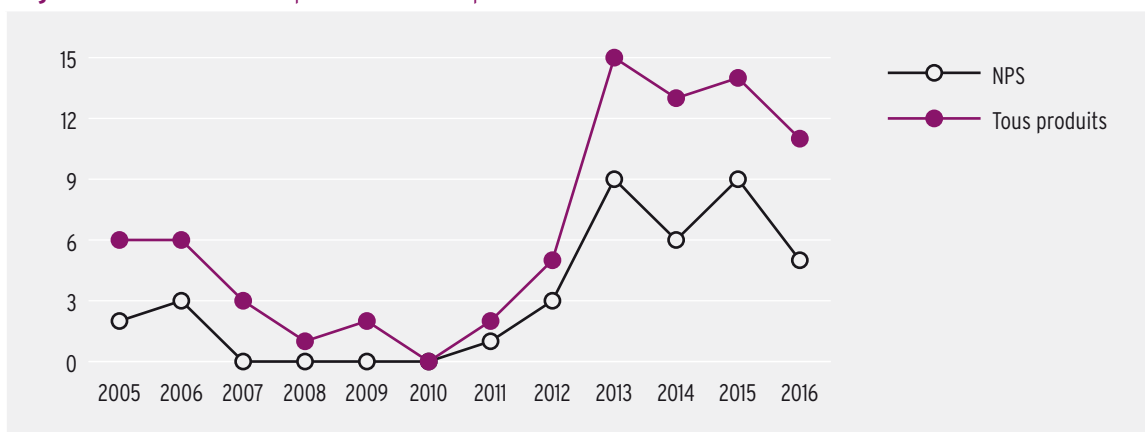
285 En ce qui concerne les échantillons analysés par GC-MS dont la nature supposée était inconnue (N=17), l'examen de correspondance n'a pu être établi (n=11) sauf en cas d'absence de substance psychoactive (n=6). Dans ce cas, l'échantillon était considéré comme discordant.

l'information soit fiable et suffisamment précise), exhaustivité (identification des composants psychoactifs et non-psychoactifs) et régularité (institutionnalisation et financement par les pouvoirs publics).

4.3.3. LES ALERTES PRÉCOCES DIFFUSÉES PAR EUROTOX DE 2005 À 2016

La figure 22 illustre clairement que le nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox a considérablement augmenté depuis 2013, en partie en raison d'une augmentation des alertes portant en tout ou en partie sur des NPS : 9 alertes sur 15 en 2013, 6 alertes sur 13 en 2014, 9 alertes sur 14 en 2015 et 5 alertes sur 12 en 2016. Les 14 alertes diffusées en 2015 impliquaient 33 échantillons différents²⁸⁶, dont 12 étaient composés de NPS. Enfin, en 2016, les 11 alertes diffusées portaient sur 42 échantillons différents, dont 7 étaient composés de NPS. Le nombre d'alertes précoces a également augmenté ces dernières années à cause de la fréquente circulation de pilules hautement dosées en MDMA.

Figure 22 : Nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox de 2005 à 2016



Comme on peut le voir dans le tableau 65, les alertes diffusées en 2016 sont assez variées. Au total, 7 alertes concernaient des pilules d'ecstasy fortement dosées en MDMA (impliquant au total 35 pilules, contre 15 en 2015).

En ce qui concerne les 5 alertes impliquant des NPS, nous avons diffusé en 2016 deux alertes concernant des pilules contenant de la PMMA (contre 4 en 2015). Il s'agit d'une substance stimulante qui entre parfois dans la composition de l'ecstasy mais qui n'a pas d'effets empathogènes. Lorsqu'elle est consommée à haute dose ou en association avec d'autres substances à effet sérotoninergique (MDMA, antidépresseurs, etc.), elle peut provoquer un syndrome sérotoninergique et/ou une hyperthermie sévère potentiellement mortels. Malgré leur dangerosité, les pilules de ce type circulent dans notre pays depuis plusieurs années et nous émettons régulièrement des alertes à ce propos. Une alerte portait sur l'identification de buvardes contenant une phénétylamine aux effets semblables au LSD (25C-NBOMe) mais nettement plus dangereuse en raison du faible écart qui sépare la dose récréative de la dose létale. Une alerte portait sur trois cas de décès occasionnés par la consommation de puissants opioïdes : deux étaient liés à une surconsommation de patch de fentanyl et le troisième à la consommation de fentanyl et de U-47700 (un opioïde de synthèse apparu récemment sur le marché des NPS). Une alerte portait sur un décès provoqué par la consommation d' α -PVP et de MDPV (deux cathinones de synthèse connues pour induire des consommations compulsives) ainsi que de méthoxétamine (un produit de synthèse similaire à la kétamine mais ayant des effets dissociatifs de très longue durée). Enfin, une dernière alerte portait sur une pilule composée de deux NPS hallucinogènes (DOC et DOB).

²⁸⁶ Une même alerte peut parfois porter sur plusieurs échantillons d'un même produit ayant une composition différente (par exemple, plusieurs pilules d'ecstasy) ou sur des produits différents. Par exemple, une des deux alertes lancées le 28 septembre 2015 portait sur 15 pilules d'ecstasy fortement dosées en MDMA.

En ce qui concerne les sources d'information à l'origine des alertes précoces diffusées en 2016, sept alertes ont été lancées (en tout ou en partie) sur base de produits analysés dans le cadre du service de testing de Modus Vivendi, trois alertes avaient (en tout ou en partie) comme origine un décès suspect survenu sur le territoire belge, et deux alertes ont été lancées (en tout ou en partie) au départ d'analyses toxicologiques effectuées suite à des saisies policières ou douanières.

Tableau 65 : Les messages d'alertes précoces et d'information diffusés par Eurotox en 2016

Date	Titre	Type
20/01/2016	Détection de pilules d'ecstasy contenant de la 4-CMA en Roumanie et en Autriche	Info
25/01/2016	Un décès suite à la consommation de fentanyl et de U-47700	Alerte
29/01/2016	Un décès suite à la consommation de fentanyl et de U-47700 et deux décès suite à l'usage détourné de fentanyl	Alerte update
23/02/2016	Identification d'un nouveau comprimé d'ecstasy fortement concentré en MDMA - Risque de surdose	Alerte
07/03/2016	Un décès suite à la consommation d'alpha-PVP, MDPV et méthoxétamine	Alerte
17/03/2016	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA et décès suite à la consommation de PMMA	Alerte
24/05/2016	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA - Risque de surdose	Alerte
27/06/2016	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA et contenant des NDS	Alerte
01/09/2016	Identification de quatre nouveaux comprimés d'ecstasy fortement dosés en MDMA	Alerte
29/09/2016	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement dosés en MDMA ou contenant de la pCPP	Alerte
28/10/2016	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentré en MDMA et en PMMA ainsi que d'un buvard contenant du 25C-NBOMe	Alerte
09/12/2016	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement dosés en MDMA	Alerte

4.4. EXEMPLES D'ALERTES PRÉCOCES DIFFUSÉES PAR EUROTOX EN 2016

Alerte du 29 janvier 2016 :

Un décès suite à la consommation de fentanyl et de U-47700 et deux décès suite à l'usage détourné de fentanyl

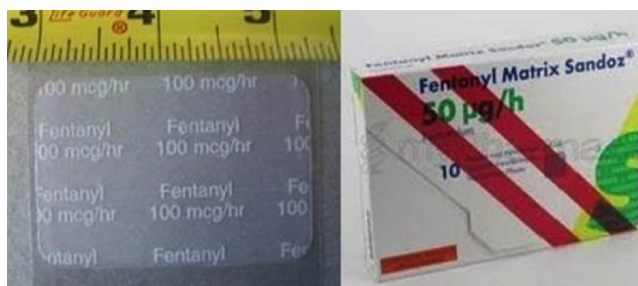
Dans le cadre du système d'Alerte Précoce (*Early Warning System* - EWS), l'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP) nous a informés de la survenue récente en Belgique de trois décès liés à la consommation de Fentanyl.

Premier cas

Un jeune homme a été retrouvé mort à son domicile en Flandre. L'autopsie et l'analyse de la poudre blanche trouvée à ses côtés ont mis en évidence que le décès était dû à la consommation de fentanyl et de U-47700. Il ne s'agissait pas d'un consommateur d'opiacés, mais il était connu pour être usager de nouvelles substances psychoactives. Il a manifestement acheté ces produits sur internet. L'enquête ne permet toutefois pas de savoir s'il a acheté cette poudre en l'état, ou s'il a effectué lui-même le mélange.

Deuxième et troisième cas

Deux jeunes hommes sont décédés en Flandre en janvier 2016 après avoir consommé des patches de fentanyl achetés illégalement et détournés de leur usage transdermique. Ces produits ont probablement été consommés par voie orale ou sublinguale.



Le **fentanyl** est un puissant analgésique, principalement prescrit sous forme de patches pour traiter des douleurs chroniques ou sévères, le plus souvent dans le cadre de soins palliatifs. Ses effets sont de 50 à 100 fois plus puissants que ceux de la morphine. Utilisé en combinaison avec de l'héroïne ou de la cocaïne, ou consommé en quantité excessive, le fentanyl peut provoquer des arythmies cardiaques, une dépression respiratoire, voire la mort.

Il est fortement déconseillé de consommer un patch entier de fentanyl par voie orale ou par injection, parce que cette dose est prévue pour s'administrer lentement en plusieurs jours. Si elle est consommée en une seule prise, il y a un risque important d'overdose.

Le **U-47700** est une nouvelle substance psychoactive de type opioïde. Sa puissance est de 7 à 8 fois plus élevée que celle de la morphine. Les effets de cette substance et les risques associés ne sont pas documentés dans la littérature scientifique, mais ils sont supposés être similaires à ceux des autres opiacés (dépression respiratoire, etc.). Les témoignages des usagers trouvés sur internet suggèrent qu'elle a des effets similaires à ceux de la morphine et de l'héroïne, mais de plus courte durée (60-90 minutes).

En cas d'overdose aux opiacés, l'administration de **naloxone** est fortement recommandée.

CONSEILS DE RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES CONSOMMATEURS

1. Si vous achetez des produits psychoactifs sur Internet ou sur le Darknet, informez-vous de **la fiabilité du vendeur**. Les usagers ont la possibilité de laisser des commentaires sur la qualité et les effets du produit et la fiabilité du vendeur : prenez le temps de les parcourir, ils vous livreront des informations parfois précieuses. Néanmoins, vous n'aurez bien entendu aucune garantie sur la qualité ni sur la composition du produit. Soyez donc prudent !
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 un produit, commencez si possible par une quantité inférieure à la dose habituelle** afin d'éviter les risques liés aux échantillons surdosés ou erronément labellisés. Vous aurez ainsi également l'occasion de vérifier comment votre organisme réagit à cette substance.
4. Si après une autre heure, vous ne sentez toujours pas les effets du produit, patientez avant d'augmenter la dose, car certaines substances actives se manifestent avec un effet retard (PMMA, DOB, etc.). De plus, certains produits peuvent contenir une autre substance active en quantité dangereuse (par exemple: PMMA, 4-FMP, 4-CMA). **Attention à la surdose!**
5. **Veillez à accorder le produit consommé avec l'environnement dans lequel vous vous trouvez au moment de consommer.** Si certains produits sont festifs, d'autres gagnent à être consommés dans un environnement le plus familier et agréable possible. De même, consommez autant que possible quand vous vous sentez bien physiquement et mentalement.
6. **Évitez** autant que possible **les mélanges**, d'autant plus si vous n'êtes pas certain de la composition et des effets des produits que vous souhaitez consommer. Les effets, qu'ils soient déprimeurs, stimulants, hallucinogènes... peuvent se renforcer entre eux et augmenter les risques de bad trip ou de surdose. Dans le cas d'effets opposés, ceux-ci risquent au contraire d'être masqués et de vous faire croire que «rien» ne se passe, ce qui augmente très dangereusement le risque de surdoses. Un grand nombre des décès qui nous sont signalés impliquent de la polyconsommation !
7. Certaines substances traversent 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.
8. Toutes les drogues 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.
9. 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.
10. Si vous n'êtes pas certains de la composition des produits achetés, n'hésitez pas à les faire **tester** !

EN CAS DE MALAISE SUITE À UNE PRISE DE COMPRIMÉS OU À UN MÉLANGE

- > Appelez d'urgence les secours : **formez le n°100** (numéro d'appel d'urgence en Belgique) ou le **112** (numéro d'appel d'urgence en Europe).
- > Décrivez exactement ce que la personne a consommé: soyez rassuré, les équipes médicales travaillent dans la confidentialité et le respect du secret professionnel, sans risque de poursuites judiciaires.
- > 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, APPELEZ ANONYMEMENT :

- **Infor-Drogues** au **02/227.52.52** ou via l'e-permanence **www.infordrogues.be**
ou
- **Eurotox** par e-mail **info@eurotox.org**

Alerte du 27 juin 2016 : Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA et contenant des NDS

Dans le cadre du système d'Alerte Précoce (*Early Warning System* - EWS), l'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP) nous a informés de l'identification en Flandre de deux comprimés d'ecstasy présentant un risque pour la santé. Le **premier, fortement dosé en MDMA**, contient près de 250 mg de MDMA (logo «Nespresso»). Le **second** (logo «super champignon») s'est avéré contenir **deux nouvelles drogues de synthèse** (DOB et 2-CB) aux effets hallucinogènes. Cette pilule peut donc poser problème aux usagers s'ils s'attendent à consommer de la MDMA, d'autant plus que les effets sont de longue durée et que la montée est particulièrement lente.


Le **DOB** (2,5-dimethoxy-4-bromo- amphetamine) est une phénytylamine hallucinogène ayant une très longue durée d'action (24 à 48h) ainsi qu'une montée lente (3h). La dose active est particulièrement basse (dès 0,2 mg), alors que ce produit est très toxique à dosage à peine plus élevée (4mg).

Le **2-CB** (2,5-dimethoxy-4-bromophenethylamine) est une autre phénytylamine hallucinogène davantage connue. Ces deux molécules ont été synthétisées pour la première fois par Alexander Shulgin dans les années 60-70, et sont réapparues récemment sur le marché des drogues.

Vous trouverez ci-dessous les caractéristiques descriptives de ces comprimés.

Il ne s'agit probablement pas des seules pilules dangereuses qui circulent actuellement, car **les logos et couleurs changent constamment**. La prudence est donc de rigueur en raison du risque de surdose.

Logo :	Nespresso	
Couleur :	Vert	
Forme :	Carrée	
Longueur :	10 mm	
Largeur :	10 mm	
Épaisseur :	6 mm	
Poids :	488 mg	
Teneur :	Près de 250 mg MDMA base	

Logo :	Super champignon	
Couleur :	Jaune	
Forme :	Champignon	
Longueur :	9 mm	
Épaisseur :	4,6 mm	
Poids :	280 mg	
Composition :	2-CB et DOB	

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 des pilules et la fiabilité du revendeur.
2. **Veillez à ne jamais consommer seul! Entourez-vous de gens qui pourront 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 (PMMA, DOB, etc.). De plus, certaines pilules vendues comme de l'XTC peuvent contenir une autre substance active en quantité dangereuse (par exemple: PMMA, 4-FMP, 4-CMA) ou aux effets différents de ceux de la MDMA (2-CB, DOB, etc.). **Attention à la 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, et ce d'autant plus que certaines pilules contiennent en fait des molécules hallucinogènes pouvant induire un mauvais voyage dans ces conditions.
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. **Évitez** autant que possible **les mélanges**. En effet, les risques de toxicité de la MDMA sont fortement augmentés en cas de consommation d'autres stimulants (PMMA, 4-CMA, amphétamines...). Et dans le cas de consommation avec des déprimeurs (alcool, benzo,...), les effets vont s'opposer, risquent de se masquer et de vous faire croire que «rien» ne se passe, ce qui augmente très dangereusement le risque de surdoses. Un grand nombre des décès qui nous sont signalés impliquent de la polyconsommation!
8. **Évitez** de consommer des comprimés de MDMA si vous suivez un traitement par **antidépresseurs avec action sur le système à la sérotonine** car il y a un risque de développement d'un syndrome sérotoninergique potentiellement mortel.
9. L'usage d'ecstasy est déconseillé aux personnes souffrant de faiblesse cardiaque, d'hypertension, d'insuffisance rénale, d'insuffisance respiratoire ou de diabète.
10. 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.
11. 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.
12. 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** (numéro d'appel d'urgence en Belgique) ou le **112** (numéro d'appel d'urgence en Europe).
- > Décrivez exactement ce que la personne a consommé: soyez rassuré, les équipes médicales travaillent dans la confidentialité et le respect du secret professionnel, sans risque de poursuites judiciaires.
- > 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, APPELEZ ANONYMEMENT :

- **Infor-Drogues** au **02/227.52.52** ou via l'e-permanence **www.infordrogues.be**
ou
- **Eurotox** par e-mail **info@eurotox.org**

BIBLIOGRAPHIE

- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Antoine, J. (2016). *L'enregistrement TDI en Belgique : Rapport annuel, année d'enregistrement 2015*. Bruxelles : WIV-ISP.
- Antoine, J. (2017). *L'enregistrement TDI en Belgique : Rapport annuel, année d'enregistrement 2016*. Bruxelles : WIV-ISP.
- Barbier, C. (2008). Les inégalités socio-économiques de santé. *Education Santé*, 238, octobre.
- 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., Hinds, 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.
- Bertrand, M. & Clinaz, S. (2015). *L'offre de services faite aux personnes détenues dans les établissements pénitentiaires de Wallonie et de Bruxelles. Analyse 2013-2014*. Bruxelles : Concertation des Associations Actives en Prison.
- 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.
- Borsari, B., Murphy, J.G., & Barnett, N.P. (2007). Predictors of alcohol use during the first year of college: Implications for prevention. *Addictive Behaviors*, 32, 2062-2086.
- Brunner, E. (2000). Towards a new social biology. In Berkman, L. F., & Kawachi, I. (Eds.), *Social epidemiology* (pp.306-331). New York: Oxford University Press.
- Brunt, T.M., & Niesink, R.J.M. (2011). The Drug Information and Monitoring System (DIMS) in the Netherlands: Implementation, results, and international comparison. *Drug testing and analysis*, 3, 621-634.
- Brussa, L. (2009). *Sex work in Europe. A mapping of the prostitution scene in 25 European countries*. TAMPEP International Foundation: Amsterdam.
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Martinez, M., Néfau, T., & Milhet, M. (2016). *Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2015-2016)*. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.
- Caraël, E. (2012). *Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles*. Bruxelles : Eurotox.
- Castaño-Perez, G.A., & Calderon-Vallejo, G.A. (2014). Problems associated with alcohol consumption by university students, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22, 739-746.
- CESRBC (2015). *Avis. Avant-projet d'ordonnance portant organisation et fonctionnement de l'Office bicommunautaire de la santé et de l'aide aux personnes*, 17 septembre.
- CGPD (2013). *L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé publique : l'épidémie cachée d'hépatite C*. Genève : Commission Globale de Politique en matière de Drogues.
- Clark, M. (2015). *The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean region*. Council of Europe.
- Conseil consultatif bruxellois francophone - Section promotion de la santé (2017). Avis d'initiative concernant le futur plan de promotion de la santé de la Commission Communautaire Française, *Education Santé*, 331, mars.

- Coppel, A. & Doubre, O. (2012). *Drogues : sortir de l'impasse. Expérimenter des alternatives à la prohibition*. Paris : La Découverte.
- Conseil consultatif bruxellois francophone - Section promotion de la santé (2017). Avis d'initiative concernant le futur plan de promotion de la santé de la Commission Communautaire Française, *Education Santé*, 331, mars.
- Crawford, V., Crome, I.B., & Clancy, C. (2003). *Co-existing Problems of Mental Health and Substance Misuse (Dual Diagnosis): a literature review*. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10, 1-74.
- DeBeck, K. et al. (2017). HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet HIV*, Volume 4, Issue 8, e357 - e374.
- De Bock, C. (2016). 40 ans de lutte contre le lobby du tabac. *Education Santé*, 328, décembre.
- Decorte, 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.
- 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*. Gent: Academia Press.
- Decorte, T., De Grauwe, P., & Tytgat, J. (2017). *Le cannabis sous contrôle. Comment ?*. LannooCampus, 152p.
- 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.
- De Lagasnerie, G. (2017). Guerre aux drogues, guerre aux Noirs. Libération, [en ligne] consulté le 12/12/2017.
- Drieskens, S., Charafeddine, R., Demarest, S., Gisle, L., Tafforeau, J. & Van der Heyden, J. Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP.
- EMCDDA (2012). *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2002). *Time trends and incidence of problem drug use*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon.
- EMCDDA (2015). *New psychoactive substances in Europe: an update from the EU Early Warning System*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2017a). *New legislation published today to bring faster response to new drugs*, novembre, Url : http://emcdda.europa.eu/news/2017/16/new-legislation-response-new-psychoactive-drugs_en
- EMCDDA (2017b). *Cannabis legislation in Europe: an overview*, Publications Office of the European Union, Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2017c). *Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Emmanuelli, J. (1999). *Caractéristiques et efficacité des programmes d'échange de seringue à travers le monde : état des lieux et mise en perspective*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire.
- Ennett, S.T., Foshee, V.A., Bauman, K.E., et al. (2008). The social ecology of adolescent alcohol misuse. *Child Development*, 79, 1777-1791.
- Escohotado, A. (1995). *Histoire élémentaire des drogues : Des origines à nos jours*. Paris : Éditions du Lézard.
- Eurotox, 2015a. *L'indicateur de demande de traitement lié à l'usage de drogues ou d'alcool en Wallonie*. Bruxelles : Eurotox asbl.
- Eurotox, 2015b. *L'indicateur de demande de traitement lié à l'usage de drogues ou d'alcool en région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles : Eurotox asbl.
- FARES (2017). *Registre belge de la tuberculose 2015*. Bruxelles : Fonds des Affections Respiratoires asbl.
- Favresse, D. (2012). Regard d'usagers sur le testing des nouvelles drogues de synthèse. *Prospective Jeunesse : Drogues, Santé et Prévention*, 62, 9-16.
- Fédération wallonne de la promotion de la santé (2017). *Avis de la Fédération Wallonne de Promotion de la Santé portant sur le Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie, partie 1: Définition des priorités en santé*.

- FEDITO BXL (2017). *Un nouvel arrêté royal, pour mieux stagner, voire reculer*, 5 octobre, Url : <https://feditobxl.be/fr/2017/10/nouvel-arrete-royal-mieux-stagner-voire-reculer/>
- Focant, N. (2017) *Communication personnelle*. Bruxelles : Institut Belge pour la Sécurité Routière - Centre de connaissance.
- Focant, N. (2016) *Boire et conduire : le faisons-nous trop souvent ? Mesure nationale de comportement "Conduite sous influence d'alcool" 2015*. Bruxelles : Institut Belge pour la Sécurité Routière - Centre de connaissance.
- Fondation contre le cancer (2016). *Coalition Nationale contre le tabac : introduire immédiatement les paquets neutres et interdire totalement la publicité*, 18 mai, Url : <http://www.cancer.be/nouvelles/coalition-nationale-contre-le-tabac-introduire-imm-diatement-les-paquets-neutres-et>
- Gandilhon, M. (2014). Les précurseurs chimiques, dimension méconnue du marché mondial des drogues illicites. *Drogues, enjeux internationaux* N° 7. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.
- 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.
- 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. (2014). L'usage de drogues. In Gisle L, Demarest S (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 2: Comportements de santé et style de vie*. Bruxelles: WIV-ISP.
- 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.
- Halley des Fontaines, V. et François A. (2007). Apprendre à décider : l'Evidence Based Public Health, Santé Publique, vol. 19, no. hs, 2007, pp. 135-137.
- Hartley, D.E., Elsabagh, S., & File, S.E. (2004). *Binge drinking and sex: effects on mood and cognitive function in healthy young volunteers*, *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 78, 611-619.
- Hogge, M. et Walewyns, E. (2016). *Consommation d'alcool en milieu étudiant bruxellois : un projet de réduction des risques*. Bruxelles : Modus Vivendi.
- Hogge, M. (2014). Euphorisant légaux et nouvelles drogues de synthèse: enjeux et risques sanitaires. *Psychotropes*, 20, 81-100.
- Hogge, M., Martin, V., & Bédoué, C. (2018). *La Réduction des Risques par les pairs dans le milieu de la rue. Analyse quantitative des données récoltées au cours des opérations Boule de Neige menées à Bruxelles et en Wallonie de 2009 à 2015*. Carnet du Risque N°49. Bruxelles : Modus Vivendi.
- Hogge, M. & Stévenot, C. (2017). *L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. Rapport 2016*. Bruxelles: Eurotox asbl.
- INHESJ et OFDT (2017). *Cannalex, Une analyse comparée des expériences de régulation du cannabis (Colorado, État de Washington, Uruguay) : Une étude de l'INHESJ en partenariat avec l'OFDT pour le compte du CSFRS. Rapport final synthétique*, 76 pages, octobre.
- INSERM (2012). *Médicaments psychotropes : consommation et pharmacodépendance*. Paris: Les éditions INSERM.
- INSERM (2016). *Genre et santé. Prendre en compte les différences, pour mieux combattre les inégalités*, novembre, Url : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/genre-et-sante>
- Insulza, J. M. (2013). *The drug problem in the Americas*. Washington: Organization of American States General Secretariat.
- Jeanmart, C. (2009). Les pratiques de substitution des médecins généralistes belges face aux politiques publiques. *Drogues, santé et société*, 8, 233-265.
- 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.
- Kalra, A. et al (2017). *Inside Philip Morris campaign to subvert the global anti-smoking treaty. Part 1*, Reuters.com, 13 juillet, Url : <https://www.reuters.com/investigates/special-report/pmi-who-fctc/>

- Keall, M., Frith, W., & Patterson, T. (2004). The influence of alcohol, age and number of passengers on the night-time rate of driver fatal injury in New Zealand. *Accident Analysis and Prevention*, 36, 169-178.
- Klemenc, S. (2000). Noscapine as an adulterant in illicit heroin samples. *Forensic Science International*, 108, 45-49.
- Kopp, P. et al (2014) *Cannabis : Réguler le marché pour sortir de l'impasse*. Terra Nova, 19 décembre.
- Libois, B., Hogge, M., Boudoux, A. et Van der Linden, N. (2018). *20+ ans d'analyse de produits psychotropes en Belgique francophone. Quels sont les produits testés et quels sont les profils des testeur.euse.s ?* Carnet du Risque N°50. Bruxelles : Modus Vivendi.
- Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaegen, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., Hardyns, W. & Annemans, L. (2016). *The social cost of legal and illegal drugs in Belgium*. IRCP Research Series, vol. 51. Antwerpen: Maklu.
- Lorant, V., Nicaise, P., Soto, V.E. & d'Hoore, W. (2013). Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. *BMC Public Health*, 13, 1-9.
- Lorant, 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 Carroll, M. E. (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology*, 164, 121-137.
- McCabe Center (s.d.). *The High Court of Justice Decision Upholding the UK's Standardized Packaging Laws: Key Points for Other Jurisdictions*, Url : http://www.mccabecentre.org/downloads/McCabe_Centre_-_Key_Points_on_UK_plain_packaging.pdf
- McCambridge, J, McAlaney, J, Rowe, R. (2011). Adult Consequences of Late Adolescent Alcohol Consumption: A Systematic Review of Cohort Studies, *PLoS Med*, 8:e1000413.
- 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.
- Magura, S., Grossman, J.I., Lipton, D.S., Siddiqi, Q., Shapiro, J., Marion, I., & Amann, K.R. (1989). Determinants of needle sharing among intravenous drug users. *American Journal of Public Health*, 79, 459-462.
- Marsch, L.A. (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction*, 93, 515-532.
- 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.
- Médecins du Monde. (2009). *Epidémie 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.
- Montaner, J. et Debeck, K. (2017). To win the fight against AIDS we must end the war on drugs. *Macleand's*, 4 août, Url : <http://www.macleans.ca/opinion/to-win-the-fight-against-aids-we-must-end-the-war-on-drugs/>
- Moodie, C. and al. (2012). *Plain packaging, a systematic review*, University of Stirling.
- Moreau N., Lebacqz T., Dujou M., de Smet P., Godin I., & Castetbon K. (2017). *Comportements, bien-être et santé des élèves. Enquête HBSC 2014 en 5^e-6^e primaire et dans le secondaire en Fédération Wallonie Bruxelles*. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles.
- Mueser, K.M., Drake, R.E., & Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23, 717-734.
- Novak, S.P., Håkansson, A., Martinez-Raga, J., Reimer, J., Krotki, K., & Varugheseet, S. (2016). Nonmedical use of prescription drugs in the European Union. *BMC Psychiatry*, 16, 1-12.

- Observatoire Belge des Inégalités (2015). *Vivre pauvre, c'est aussi vivre moins longtemps*, 7 décembre, Url : <http://inegalites.be/Vivre-pauvre-c-est-aussi-vivre>
- Observatoire Belge des Inégalités (2017). *Pauvreté en Wallonie : risque accru pour les familles monoparentales*, 30 novembre, Url : <http://inegalites.be/Pauvrete-en-Wallonie-risque-accru>
- Observatoire de la Santé et du Social (2014). *Femmes, précarités et pauvreté en Région bruxelloise. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2014*.
- Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (2017). *Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise. Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016*. COCOM : Bruxelles.
- OIP (2013). *Notice 2013 de l'état du système carcéral belge*. Bruxelles : Observatoire International des prisons (section belge).
- OMS (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms*, Genève: OMS.
- OMS (1999). *WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2008). *The global burden of disease: 2004 update*, Geneva: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2014). *Aspects économiques des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- OMS et NU (2017). *Déclaration conjointe des Nations Unies pour mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins*, Url : <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/fr/>
- Origer, A. (2016). *Surdoses et inégalités sociales. Mieux comprendre les décès liés à l'usage de drogues pour mieux agir*. Academia - L'Harmattan : Louvain-la-Neuve.
- Parada, M., Corral, M., Mota, N., Crego, A., Holguín, S.R., & Cadaveira, F. (2012). Executive functioning and alcohol *binge drinking* in university students, *Addictive Behaviors*, 37, 167-172.
- Pelc, I., Nicaise, P., Corten, P., Bergeret, I., Baert, I., et al., (2005). *Les traitements de substitution en Belgique : Développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et des patients*. Gent : Academia Press.
- Plateforme Prévention Sida (2016). *Les autotests du VIH disponibles en Belgique*, 23 novembre, Url : <https://preventionsida.org/2016/11/les-autotests-du-vih-disponibles-en-belgique/>
- 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.
- Raedemaeker, A.-F. et Van Cutsem, M. (2012). *Rapport final du 22 mai 2017. Elaboration d'indicateurs contextuels, d'indicateurs d'activité de services, d'un rapport d'activité et d'un dossier individuel standardisé du bénéficiaire*, 22 mai, Url : <http://www.pfb.irisnet.be/documents/compte-rendu-de-la-seance-pleniere-du-6-octobre-2017-annexe-1>
- 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.
- Ravert, R.D., Schwartz, S.J., Zamboanga, B.L., Kim, S.Y., Weisskirch, R.S., & Bersamin, M. (2009). Sensation seeking and danger invulnerability: Paths to college student risk-taking, *Personality and Individual Differences*, 47, 763-768.
- 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.
- Ridder, K. (2015). Usager de drogues à haut risques. In Plettinckx, E., Antoine, J., Blanckaert, P., De Ridder, K., Vander Laenen, F., Laudens, F., Casero, L. & Gremeaux, L. (2014). *Rapport national sur les drogues 2014. Tendances et évolutions*. WIV-ISP, Bruxelles.
- 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.

- Ronay, R., & Kim, D.Y. (2006). Gender differences in explicit and implicit risk attitudes: A socially facilitated phenomenon. *British Journal of Social Psychology*, 45, 397-419.
- Rouillon, F., Duburcq, A., Fagnani, F. & Falissard, B. (2007). Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison. Audition publique, textes des experts, *Expertise psychiatrique pénale*, 99.
- Rosenzweig, M. (2008). *Drogues et civilisations, une alliance ancestrale*. Bruxelles : De Boeck.
- Sacré, C., Daumas, C. & Hogge, M. (2010). *Besoins et offre de services à disposition des usagers de drogues par injection en Région wallonne*. Bruxelles : Eurotox et Modus Vivendi.
- Salvi, V. (2016). *La santé et la promotion de la santé des personnes détenues en milieu carcéral*, rapport parlementaire à la demande du Ministre des Travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine, Monsieur Maxime Prévot. Namur. Url : <https://fr.scribd.com/document/330419946/Rapport-parlementaire-de-la-Deputee-Veronique-SALVI>
- Sasse, A., Deblonde, J. Jamine, D., Ost, C., & Van Beckhoven, D. (2017). *Epidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2016*. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique.
- Spigner, C., & Hawkins, W.E. (1993). *Gender differences in perception of risk associated with alcohol and drug use among college students*. *Women & Health*, 20, 87-97.
- Spooner, C. et Hetherington, K. (2004). *Social determinants of drug use*. *National Drug and Alcohol Research Centre*, University of New South Wales.
- Strathdee, S.A., & Vlahov, D. (2001). The effectiveness of needle exchange programs: A review of the science and policy, *AIDScience*, 1, 1-11.
- SWISS SOCIETY OF ADDICTION MEDECINE (2016). *Déni de méthadone en prison : Contribution cruciale de la cour européenne des droits de l'homme à l'accès aux soins des personnes détenues dépendantes des opioïdes*. Url : <http://www.ssam.ch/verweigerung-von-methadon-im-gefängnis-deni-de-la-methadone-en-prison>
- Szalavitz, M. (2016). *Addictions are harder to kick when you're poor. Here's why*, Theguardian.com, 1^{er} juin, Url : <https://www.theguardian.com/commentisfree/2016/jun/01/drug-addiction-income-inequality-impacts-recovery>
- Tabacstop (s.d.). *Tabagisme passif : plus de 600 000 morts chaque année*, Url : <http://www.tabacstop.be/nouvelles/tabagisme-passif-plus-de-600-000-morts-chaque-ann-e>
- 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.
- Thompson, B.L., Levitt, P., & Stanwood, G.D. (2009). Prenatal exposure to drugs: effects on brain development and implications for policy and education. *Nature Review Neurosciences*, 10, 303-312.
- 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.
- TNS Opinion & Social (2010). Special Eurobarometer 331: EU citizens' attitudes towards alcohol.
- TNS Political & Social (2014). Flash Eurobarometer 401: Young people and drugs.
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I., & Domingo-Salvany, A. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- 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.
- Union Nationale des Mutualités Socialistes (2014). *Accessibilité financière aux soins de santé. Bilan et priorités de Solidarité*, 18 février. Url : <http://www.solidaris.be/MonsWP/Pages/Accessibilite-financiere-soins-de-sante.aspx>
- UNODC (n.d.). *Drug dependence treatment. Interventions for drug users in prison*.
- UNODC (2011). *World drug report 2011*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- UNODC (2015). *World drug report 2015*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- UNODC (2015). *World drug report 2015*. 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.

- UVCW (2009). *L'avis de l'Union sur le Droit de Tirage*. Url : www.uvcw.be/no_index/avis/droit-de-tirage-avis-du-CA.pdf
- Valenzuela, C.F. (1997). Alcohol and neurotransmitter interactions. *Alcohol health & Research World*, 21, 144-148.
- van Amsterdam, J, Nutt, D., & van den Brink, W. (2013). Generic legislation of new psychoactive drugs. *Journal of Psychopharmacology*, 27, 317-324.
- Van der Linden, T., 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.
- Vanderwaeren, S. (2017). *Communication personnelle*. Bruxelles: Projet lama.
- Van Hal, G. et al. (2010), *Which incentives make adolescents choose plain or ordinary cigarette packages?*. University of Antwerp.
- Van Kempen, P.H.M.C. et Fedorova, M. (2016). *International recht en cannabis. Regulering van cannabissteelt en -handel voor recreatief gebruik: positieve mensenrechtenverplichtingen versus VN-drugsverdragen*. Wolters Kluwer.
- 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.
- Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V., & Charafeddine, R. (2010). *Les inégalités sociales de santé en Belgique*. Gent : Academia Press.
- 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.
- Wacquant, L. (2004). *Punir les pauvres. Le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*. Marseille: Agone.
- Wagner, K.D., Unger, J.B., Bluthenthal, R.N., Andreeva, V.A., Pentz, P.A. (2010). Cognitive behavioral theories used to explain injection risk behavior among injection drug users: A review and suggestions for the integration of cognitive and environmental models. *Health Education and Behavior*, 37, 504-532.
- Wells, L.E., & Weisheit, R.A. (2004). Patterns of rural and urban crime: A county level comparison, *Criminal Justice Review*, 29, 1-22.
- Werb, D., Rowell, G., Guyatt, G., Kerr, T., Montaner, J., Wood, E. (2011). Effect of drug law enforcement on drug market violence: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 22, 87-94.
- 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.
- WHO (2000). *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. Luxembourg: World Health Organization.
- WHO (2004). Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Evidence for action technical papers. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Luxembourg: World Health Organization.
- Wicki, M., Kuntsche, E., & Gmel, G. (2010). Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addictive Behaviors*, 35, 913-924.
- WIV-ISP (2013). *Enquête de santé 2013. Rapport 3 : utilisation des services de soins de santé et des services sociaux*, Url : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/AC_FR_2013.pdf
- Wood, M.D., Read, J.P., T.P., Palfai & Stevenson, J.F. (2001). Social influence processes and college student drinking: the mediational role of alcohol outcome expectancies. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 32-43.
- Zinberg, N. E. 1984, *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press, New Haven.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1 :	Prévalence de l'usage de cannabis et des autres drogues en Wallonie, par âge et par sexe, 2013	86
Tableau 2 :	Prévalence de l'usage de cannabis et des autres drogues illicites en Région bruxelloise, par âge et par sexe, 2013	88
Tableau 3 :	Prévalence de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, de la consommation quotidienne à risque, du binge drinking et de l'usage problématique d'alcool en Wallonie, par sexe et par tranche d'âge, 2013	91
Tableau 4 :	Prévalence de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, de la consommation quotidienne à risque, du binge drinking et de l'usage problématique d'alcool en Région bruxelloise, par sexe et par tranche d'âge, 2013	93
Tableau 5 :	Distribution des quantités consommées par les étudiants bruxellois, par sexe et par période de consommation, 2015	95
Tableau 6 :	Types de consommation excessive en fonction des caractéristiques sociodémographiques des étudiants bruxellois, 2015	96
Tableau 7 :	Prévalence de la consommation de médicaments psychotropes en Wallonie, par sexe et par tranche d'âge, 2013	99
Tableau 8 :	Prévalence de la consommation de médicaments psychotropes en Région bruxelloise, par sexe et par tranche d'âge, 2013	101
Tableau 9 :	Évolution de la prévalence de la consommation de drogues sur la vie chez les jeunes de 15-20 ans scolarisés en Wallonie. Enquête HBSC 1994-2014	103
Tableau 10 :	Évolution de la prévalence de la consommation de drogues sur la vie chez les jeunes de 15-20 ans scolarisés en Région bruxelloise. Enquête HBSC 1994-2014	103
Tableau 11 :	Prévalence de la consommation de legal highs chez les Belges et les Européens âgés de 15 à 24 ans. Flash Eurobaromètre 2014	106
Tableau 12 :	Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes en traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux en Wallonie, 2016	111
Tableau 13 :	Profil des patients ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux en Wallonie, 2016	113
Tableau 14 :	Profil des patients avec antécédents thérapeutiques ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux en Wallonie, 2016	115
Tableau 15 :	Profil des patients primo-demandeurs ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux en Wallonie, 2016	117
Tableau 16 :	Évolution de la récolte des demandes de traitement en Wallonie, 2011-2016	118
Tableau 17 :	Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes en traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux en Région bruxelloise, 2016	119
Tableau 18 :	Profil des patients ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux de la Région bruxelloise, 2016	121

Tableau 19 :	Profil des patients avec antécédents thérapeutiques ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux de la Région bruxelloise, 2016	123
Tableau 20 :	Profil des patients primo-demandeurs ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux de la Région bruxelloise, 2016	125
Tableau 21 :	Évolution de la récolte des demandes de traitement en Région bruxelloise, 2011-2016	126
Tableau 22 :	Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes ayant bénéficié d'un traitement à base de méthadone et/ou de buprénorphine en Wallonie, 2016	129
Tableau 23 :	Évolution du nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement à base de méthadone et/ou de buprénorphine en Wallonie, 2011-2016	129
Tableau 24 :	Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes ayant bénéficié d'un traitement à base de méthadone et/ou de buprénorphine en Région bruxelloise, 2016	130
Tableau 25 :	Évolution du nombre de patients de 15 ans et + ayant bénéficié d'un traitement à base de méthadone et/ou de buprénorphine en Région bruxelloise, 2011-2016	130
Tableau 26 :	Patients présentant au moins un facteur favorisant le développement de la tuberculose en Wallonie et en Région bruxelloise, 2015	135
Tableau 27 :	Prévalence des doubles diagnostics lors des séjours dans les services psychiatriques de la Wallonie, selon le type de diagnostic, 2005-2013	139
Tableau 28 :	Prévalence des doubles diagnostics lors des séjours dans les services psychiatriques de la Région bruxelloise, selon le type de diagnostic, 2005-2013	140
Tableau 29 :	Nouveau-nés pris en charge dans un service de néonatalogie suite à un problème d'exposition à l'alcool ou aux drogues. Résumé Infirmier Minimum 2016	142
Tableau 30 :	Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Wallonie, 2005-2016	143
Tableau 31 :	Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Wallonie, par types de conducteurs, 2016	143
Tableau 32 :	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 Wallonie, 2005-2016	144
Tableau 33 :	Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Région bruxelloise, 2005-2016	144
Tableau 34 :	Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Région bruxelloise, par types de conducteurs, 2016	145
Tableau 35 :	Nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous influence de l'alcool et nombre de victimes en Région bruxelloise, 2005-2016	145
Tableau 36 :	Décès directement liés à l'usage de drogues et d'alcool en Wallonie, par âge et par sexe, 2013	147
Tableau 37 :	Décès directement liés à l'usage de drogues, de médicaments psychotropes et d'alcool parmi la population bruxelloise, par âge et par sexe, 2014	149
Tableau 38 :	Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national et par région sur la période 2002-2016	150
Tableau 39 :	Types d'infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national et régional en 2016	152
Tableau 40 :	Nombre d'infractions par type de faits et type de drogues enregistrées au niveau régional en 2016	152
Tableau 41 :	Détection de drogues dans les prélèvements de sang faisant suite à un test salivaire positif en Belgique, 2011-2016	153

Tableau 42 :	Conduite sous influence d'alcool chez les automobilistes en Belgique, 2015	154
Tableau 43 :	Nombre de saisies opérées en Belgique, 2007-2016	155
Tableau 44 :	Quantité des saisies opérées en Belgique, 2007-2016	155
Tableau 45 :	Évolution du prix moyen en euros des drogues en Belgique (prix estimés à partir des saisies policières), 2005- 2016	157
Tableau 46 :	Évolution du prix des drogues en rue en FWB, 2005-2016	158
Tableau 47 :	Produits de coupe dans les échantillons de poudre saisis en 2013-2016	163
Tableau 48 :	Substances impliquées dans les appels (N=328) adressés au Centre Antipoisons pour une exposition à une ou plusieurs substances d'abus chez les personnes 15 ans et plus, Belgique, 2016	166
Tableau 49 :	Produits consommés en sortie par les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Wallonie, 2013-2016	168
Tableau 50 :	Polyconsommation au cours de l'événement chez les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif (N=3001), Wallonie, 2013-2016	169
Tableau 51 :	Modes de consommation à risque chez les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Wallonie, 2013-2016	169
Tableau 52 :	Produits consommés en sortie par les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Région bruxelloise, 2013-2016	170
Tableau 53 :	Polyconsommation au cours de l'événement chez les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif (N=1224), Région bruxelloise, 2013-2016	171
Tableau 54 :	Modes de consommation à risque chez les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Région bruxelloise, 2013-2016	171
Tableau 55 :	Profil de consommation au cours du dernier mois des usagers de rue (N=1931), Wallonie, 2009-2015	173
Tableau 56 :	Usage de drogues par injection parmi les usagers de rue (N=1931), Wallonie, 2009-2015	173
Tableau 57 :	Profil démographique des UDI (N=664) et des non-UDI (N=1267) rencontrés en rue lors des opérations boule-de-neige, Wallonie, 2009-2015	174
Tableau 58 :	Comportements à risque au cours des 6 derniers mois et connaissance des comptoirs d'échange de seringues chez les UDI (N=664) rencontrés en rue, Wallonie, 2009-2015	175
Tableau 59 :	Profil de consommation au cours du dernier mois des usagers de rue (N=538), Région bruxelloise, 2009-2015	176
Tableau 60 :	Usage de drogues par injection parmi les usagers de rue (N=538), Région bruxelloise, 2009-2015	176
Tableau 61 :	Profil démographique des UDI (N=176) et des non-UDI (N=362) rencontrés en rue lors des opérations boule-de-neige, Région bruxelloise, 2009-2015	177
Tableau 62 :	Comportements à risque au cours des 6 derniers mois et connaissance des comptoirs d'échange de seringues chez les UDI (N=176) rencontrés en rue, Région bruxelloise, 2009-2015	178
Tableau 63 :	Description du DAMSI en Wallonie et en Région bruxelloise, 2016	180
Tableau 64 :	Correspondance entre nature supposée et nature réelle des produits soumis à l'analyse GC-MS du service de testing de Modus Vivendi (2011-2016 ; N=422)	190
Tableau 65 :	Les messages d'alertes précoces et d'information diffusés par Eurotox en 2016	192

FIGURES

Figure 1 :	Évolution de l'usage de cannabis et des autres drogues en Wallonie, 2001-2013	86
Figure 2 :	Évolution de l'usage de cannabis et des autres drogues illicites en Région bruxelloise, 2001-2013	88
Figure 3 :	Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du binge drinking hebdomadaire et de l'usage problématique sur la vie en Wallonie, 1997-2013	91
Figure 4 :	Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du binge drinking hebdomadaire et de l'usage problématique sur la vie en Région bruxelloise, 1997-2013	93
Figure 5 :	Évolution de la consommation (avec ou sans prescription) d'antidépresseurs, d'analgésiques ainsi que d'anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs endéans les 24 heures en Wallonie, 2004-2013	100
Figure 6 :	Évolution de la consommation (avec ou sans prescription) d'antidépresseurs, d'analgésiques ainsi que d'anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs endéans les 24 heures en Région bruxelloise, 2004-2013	101
Figure 7 :	Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH : 1990-2016	132
Figure 8 :	Évolution du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH probablement liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse, Wallonie et Région bruxelloise, 2005-2016	133
Figure 9 :	Évolution des pourcentages de cas de tuberculose en lien avec l'alcoolisme chronique ou l'injection de drogues en Wallonie et en Région bruxelloise, 2006-2015	136
Figure 10 :	Nombre de séjours clôturés dans les services psychiatriques en fonction du type de diagnostic d'usage problématique (Wallonie, 2005-2013)	138
Figure 11 :	Nombre de séjours clôturés dans les services psychiatriques en fonction du type de diagnostic d'usage problématique (Région bruxelloise, 2005-2013)	140
Figure 12 :	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, 2000-2013	148
Figure 13 :	Évolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues illégales, de médicaments psychotropes et d'alcool parmi la population bruxelloise, par sexe, 1998-2014	149
Figure 14 :	Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées pour 100.000 habitants au niveau national et par région sur la période 2000-2016	151
Figure 15 :	Pourcentage de conducteurs positifs au test d'haleine de détection d'alcool au volant, 2003-2015	154
Figure 16 :	Concentration (% ou mg) en principe actif des échantillons de drogues analysés en Belgique, 2002-2016	161
Figure 17 :	Produits évoqués lors des contacts téléphoniques avec Infor-Drogues, 2016	165
Figure 18 :	Évolution du nombre de seringues distribuées et récupérées dans les comptoirs d'échange de seringues en Wallonie, 2007-2016	181
Figure 19 :	Évolution du nombre de seringues distribuées et récupérées dans les comptoirs d'échange de seringues en Région bruxelloise, 2007-2016	181
Figure 20 :	Flux d'information au sein du système d'alerte précoce belge	185
Figure 21 :	Nombre de NDS détectées en Belgique et en Europe de 2005 à 2016	187
Figure 22 :	Nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox de 2005 à 2016	191



**OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE
ALCOOL-DROGUES**

151 rue Jourdan - 1060 Bruxelles

Tél : + 32 2 539 48 29

Email : info@eurotox.org

Ce document est disponible en version pdf
sur le site : www.eurotox.org