

L'USAGE DE DROGUES EN WALLONIE ET À BRUXELLES

RAPPORT 2016

MICHAËL HOGGE & CLÉMENTINE STÉVENOT



L'USAGE DE DROGUES EN WALLONIE ET À BRUXELLES

RAPPORT 2016

AUTEURS : MICHAËL HOGGE & CLÉMENTINE STÉVENOT

SOUS LA COORDINATION DE LUCIA CASERO

RELECTURE : LUCIA CASERO, DOMINIQUE LAMY,
BRUNO VALKENEERS & CATHERINE VAN HUYCK

DATE DE PUBLICATION : MARS 2017

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE	8
REMERCIEMENTS	12
1. CADRE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL	13
1.1. LES COMPÉTENCES FÉDÉRALES	13
1.1.1. L'héritage de la 6 ^{ème} Réforme et des Accords de la Sainte Émilie	13
1.1.2. La loi portant des dispositions diverses en matière de santé du 18 décembre 2016	14
1.1.3. Le monitoring des dépenses publiques en matière de drogues	15
1.1.4. La Conférence interministérielle (CIM) Santé publique 2016	18
1.1.5. Le plan national alcool	18
1.1.6. La note-cadre de Sécurité intégrale et le Plan national de Sécurité 2016-2019	20
1.1.7. Le cadre légal de la détention de cannabis: la circulaire commune du 21 décembre 2015	23
1.1.8. La directive européenne sur les produits du tabac	24
1.2. RÉGION BRUXELLOISE	26
1.2.1. Les priorités politiques bruxelloises en matière de promotion de la santé, prévention et aide aux personnes	26
1.2.2. Le Plan de santé bruxellois de la COCOM	27
1.2.3. Le Gouvernement thématique santé COCOF	28
1.2.4. La reconnaissance pleine de la RdR comme stratégie de Santé publique	29
1.2.5. Les politiques de la COCOF en matière de promotion de la santé	29
1.2.6. La politique de sécurité et de prévention en Région de Bruxelles-Capitale	33
1.3. RÉGION WALLONNE	34
1.3.1. La Déclaration de politique régionale du Gouvernement wallon 2014-2019	34
1.3.2. L'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ): état des lieux	36
1.3.3. La Politique wallonne de promotion de la santé	40
1.3.4. Le Fonds régional de cohésion sociale	43
1.3.5. La réorganisation de la 1 ^{ère} ligne de soins en Wallonie	45
1.3.6. Le label BackSafe	46
1.4. DÉBATS ET ÉVOLUTIONS	47
1.4.1. United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) 2016	47
1.4.2. La reconnaissance légale des salles de consommation à moindre risque et du traitement par diacétylmorphine	50
1.4.3. L'étude SOCOST: Le coût social des drogues légales et illégales en Belgique en 2012	51
1.4.4. La santé des détenus	57
1.4.5. Les médecins généralistes dans les problématiques de toxicomanie	60
1.4.6. L'intégration de la notion de genre dans les politiques publiques	62

2.	SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET TENDANCES	64
2.1.	LA PRÉVALENCE DE L'USAGE D'ALCOOL ET DE DROGUES	64
2.1.1.	L'usage de drogues dans la population générale - Enquête HIS	65
2.1.2.	L'usage d'alcool dans la population générale - Enquête HIS	69
2.1.3.	L'usage d'alcool en milieu étudiant bruxellois	75
2.1.4.	L'usage de drogues chez les jeunes - Enquête HBSC	78
2.1.5.	L'attitude des jeunes par rapport aux drogues - Flash Eurobaromètre	80
2.1.6.	L'usage de drogues chez les personnes prostituées	83
2.1.7.	L'usage de drogues en prison	84
2.2.	LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ	85
2.2.1.	Demande de traitement auprès des services spécialisés en assuétudes - l'indicateur de demande de traitement (TDI)	85
2.2.2.	Les traitements de substitution aux opiacés (TSO)	100
2.2.3.	La morbidité en rapport avec la consommation d'alcool et de drogues	103
2.2.4.	La mortalité en rapport avec la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes	118
2.3.	LES CONSÉQUENCES SOCIALES	122
2.3.1.	Données recueillies par les forces de l'ordre	122
2.3.2.	Conduite sous l'influence de drogues	124
2.3.3.	Conduite sous l'influence d'alcool	125
2.3.4.	Disponibilité et offre	126
3.	DONNÉES INDICATIVES SUR L'USAGE DE DROGUES DANS DES GROUPES SPÉCIFIQUES	136
3.1	LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET AUTRES CONTACTS ENREGISTRÉS PAR INFOR-DROGUES	136
3.2	LES APPELS TÉLÉPHONIQUES DU CENTRE ANTIPOISONS	138
3.3	L'USAGE DE DROGUES EN MILIEU FESTIF	138
3.4	L'USAGE DE DROGUES «EN RUE»	143
3.5	DONNÉES ISSUES DU DISPOSITIF D'ACCESSIBILITÉ AU MATÉRIEL D'INJECTION	148
4.	LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE	152
4.1	LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU EUROPÉEN	152
4.2	LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU BELGE	152
4.2.1.	Cadre légal	152
4.2.2.	Mode de fonctionnement	153
4.3	LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE EN QUELQUES CHIFFRES	155
4.3.1.	Les NDS détectées en Belgique et en Europe de 2005 à 2015	155
4.3.2.	Les services de testing de produits à destination des usagers	156
4.3.3.	Les alertes précoces diffusées par Eurotox de 2001 à 2015	159
4.4	EXEMPLES D'ALERTE PRÉCOCE DIFFUSÉES PAR EUROTOX EN 2015	161
	BIBLIOGRAPHIE	164
	LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	171

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 neuvième rapport socio-épidémiologique sur l'usage de drogues produit par Eurotox. Il couvre les données épidémiologiques de l'année 2015 (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 6e 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.

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 Émilie, 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.

Nous exposons ensuite le contenu de la loi portant des dispositions diverses en matière de santé de la ministre fédérale de la santé du 18 décembre 2016. Cette loi clarifie les compétences des inspecteurs du Service public fédéral (SPF) Santé publique, notamment en matière de contrôle de la vente et de l'offre d'alcool aux mineurs. Elle autorise également les personnes qui ne sont pas des professionnels du soin à effectuer des tests démedicalisés et rend obligatoire les dossiers informatisés pour les médecins généralistes.

Nous proposons un résumé du monitoring des dépenses publiques en matière d'alcool, de drogues et de médicaments psychoactives du SPF Santé publique. La répartition des dépenses publiques entre les différents piliers (prévention, assistance, réduction des risques (RdR), sécurité et recherche) sur la période 2012-2013 révèle la complexité et la diversité des politiques drogues et des sources de financement en Belgique. Cette répartition traduit également des choix de politiques publiques tournées vers le soin et la sécurité (police, justice) plutôt que vers la prévention et la réduction des risques (RdR).

Une Conférence interministérielle (CIM) Santé publique a eu lieu le 24 octobre 2016 ; elle devait aboutir à une actualisation de la Déclaration Conjointe pour une politique globale et intégrée en matière de drogues. Toutefois, les ministres des entités fédérale et fédérées compétents en santé ne sont pas parvenus à un accord concernant les salles de consommation à moindre risque (SCMR) et le Plan national alcool. Notamment, le pouvoir fédéral s'est déclaré en défaveur de la mise en place de SCMR, contrairement aux gouvernements fédérés ; la ministre fédérale de la santé, Mme De Block, a commandé une nouvelle étude de faisabilité des SCMR. Les nouvelles négociations au sujet du Plan national alcool ont, quant à elles, été reportées à mars 2017 ; nous exposons ensuite les exigences formulées par les entités fédérées en la matière, ainsi que les propositions du secteur non-marchand.

Le Conseil des Ministres a adopté la Note-Cadre de Sécurité Intégrale (NCSI) et le Plan National de Sécurité 2016-2019 en juin 2016. La NCSI comprend un volet «politique intégrée et intégrale actualisée en matière de drogues» qui agit à la fois sur l'offre et la demande de drogues.

Cette première partie fait également le point sur le cadre légal de la détention de cannabis, notamment suite à la Circulaire commune du 21 décembre 2015 qui autorise les policiers à se saisir systématiquement des substances stupéfiantes lors d'une infraction à la loi de 1921. Enfin, nous détaillons le contenu de la directive européenne sur les produits du tabac et le cadre légal belge de la cigarette électronique.

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 d'action sociale et de santé figurant dans la déclaration de politique générale 2017 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 COCOM travaille à l'élaboration d'un Plan de santé bruxellois qui devra intégrer trois objectifs fondamentaux : l'amélioration de l'accessibilité aux soins, l'appropriation efficace des matières transférées lors de la 6^{ème} Réforme de l'État, et la création d'une politique cohérente de santé au sein de l'ensemble des entités politiques compétentes.

En avril 2016 s'est tenu le Gouvernement thématique santé de la COCOF. Les quatre ministres compétents en matière de santé en région bruxelloise se sont accordés sur plusieurs orientations des politiques en matière de santé et assuétudes. La ministre Jodogne (COCOF) a notamment établi 8 thématiques «santé» dont l'une est la réduction des risques en matière de drogues et assuétudes.

L'Assemblée et le Collège réuni de la COCOF ont également reconnu la RdR comme une stratégie de Santé publique et l'ont intégrée aux matières et missions des services actifs en matière de toxicomanies.

Nous présentons ensuite les politiques de la COCOF en promotion de la santé. Le nouveau décret de promotion de la santé a été adopté par le Parlement bruxellois francophone. Il établit entre autres les dispositions relatives au futur plan de la promotion de la santé et à son évaluation, la création d'une section «Promotion de la santé» au sein du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé, les missions et modalités de fonctionnement de l'instance de pilotage, des services d'accompagnement (SAPS) et de support (SESU), des acteurs et des réseaux de promotion de la santé. Nous exposons également les enjeux qui se dessinent autour des politiques de promotion de la santé de la COCOF, plus particulièrement des financements par appel à projet et des critères d'évaluation de ceux-ci.

La 6^{ème} Réforme de l'État ayant renforcé les compétences des Régions en matière de sécurité et de prévention, la RBC a décidé de créer un nouvel Organisme d'intérêt public (OIP) baptisé «Bruxelles Prévention et Sécurité». L'une des principales missions de ce nouvel OIP est de rédiger le Plan global de sécurité et de prévention, qui devra s'articuler avec le Plan national de sécurité et avec les plans zonaux et locaux de prévention. L'une des thématiques prioritaires pour les quatre années à venir est la prévention et la lutte contre les assuétudes.

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) 2014-2019. Notamment, le Gouvernement place ses priorités dans la réinsertion socioprofessionnelle, l'offre de logements publics, la lutte contre le surendettement, l'accès aux soins de santé aux plus fragilisés et la politique de relogement prioritaire pour les sans-abris. La RW entend, en effet, lutter contre les inégalités sociales de santé, la pauvreté et l'exclusion sociale.

Nous présentons ensuite une mise à jour des informations concernant le nouvel OIP santé wallon, l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles, baptisée Agence pour une vie de qualité (AViQ), ses missions, ses compétences et son organisation. Nous attirons également l'attention du lecteur sur certains enjeux, notamment en termes de cohérence et de transversalité entre les différentes compétences de l'AViQ, ainsi que la place encore incertaine des assuétudes au sein de celle-ci.

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 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 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 de ces 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 et avec le plan de lutte contre la pauvreté sont encore inconnues.

Nous nous penchons ensuite sur la création du Fonds régional de cohésion sociale en mars 2016, qui remplace le décret relatif au Plan de cohésion sociale (PCS) et qui s'inscrit dans le Plan de lutte contre la pauvreté 2015-2019. Les conditions d'éligibilité au Fonds excluent d'emblée une centaine de communes, majoritairement de petite taille et rurales. L'arrêt des PCS signifie pour celles-ci la fin d'actions, dont certaines sont en place depuis plusieurs années. C'est alors un ensemble de liens établis avec des partenaires locaux et la continuité de l'expertise de terrain qui risquent fortement d'être rompus.

Nous faisons également le point 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.

Nous faisons le point sur le fonctionnement du label BackSafe, lancé par la Région wallonne en 2015 dans le but d'améliorer la sécurité routière dans le contexte des sorties. Le label est octroyé par l'Agence wallonne pour la sécurité routière (AWSR) afin de soutenir les organisations ou établissements de fêtes (festivals, cafés, discothèques, salles des fêtes communales, ...) qui prennent des initiatives de sensibilisation auprès de leur public, plus particulièrement les 18-34 ans qui prennent le volant pour rentrer de soirée ou de festival.

Dans une dernière partie, enfin, nous exposons et développons différents **débats et évolutions récents**. D'abord, nous faisons le point sur l'United Nation General Assembly Special Session (UNGASS) 2016 au sujet des politiques drogues, qui a eu lieu du 19 au 21 avril 2016 à New York. Le document final adopté par les États membres témoigne d'un certain nombre d'avancées ; il échoue toutefois à faire explicitement référence à la réduction des risques. Nulle mention n'est faite non plus de l'échec de la guerre globale contre les drogues, ni de l'inefficacité de la culture prohibitionniste.

Les deux 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 ont été rejetées par le Chambre des représentants et renvoyées à la Commission Santé de la Chambre qui les examine. 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.

L'étude SOCOST dresse une estimation du coût social des drogues licites et illicites (alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psychoactifs) en Belgique pour l'année 2012 et comptabilise les coûts directs, les coûts indirects et les coûts intangibles. En matière de santé, les résultats de l'étude soutiennent le renforcement du rôle de détection, de diagnostic, d'intervention précoce et de soins de santé des services ambulatoires, afin de réduire le recours aux soins résidentiels. Ils encouragent également à investir davantage dans les programmes de réduction des risques et de prévention de l'usage et de l'abus de drogues. En matière de criminalité, les résultats de l'étude invitent à renforcer la prévention plutôt que le système pénal, ainsi qu'à investir dans les mesures alternatives à l'emprisonnement.

Comme dans nos rapports précédents, nous soulignons la nécessité d'un transfert des compétences relatives aux soins des détenus depuis le ministère de la Justice vers le ministère de la Santé publique. Le principe d'équivalence des soins entre les détenus 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. En effet, au niveau fédéral, un groupe de travail a été mis en place. La Région wallonne, quant à elle, a demandé un rapport parlementaire au sujet de la santé et la promotion de la santé des personnes détenues en milieu carcéral. Enfin, les entités fédérées francophones se sont réunies en juin 2016 lors de la CIM francophone des politiques d'intervention en lien avec le milieu carcéral. Chaque entité a alors formulé une série de propositions visant à améliorer la santé des détenus, leur réinsertion et la lutte contre la récidive.

Nous proposons ensuite un focus sur le rôle des médecins généralistes dans les problématiques de toxicomanie, les difficultés qu'ils peuvent rencontrer, et les contextes de formation et de travail dans lesquels ils s'inscrivent.

Enfin, nous faisons le point sur l'intégration de la notion de genre dans les politiques publiques en Belgique fédérale et au sein des entités fédérées, depuis l'adoption de la Déclaration et du Programme d'actions de la Conférence mondiale de Pékin par les États membres de l'ONU en 1995. En matière de santé, et s'il est appliqué, le *gender mainstreaming* devrait éviter ou corriger les inégalités hommes-femmes qui pourraient impacter négativement l'état de santé global des femmes ou leur accès aux soins de santé. Un tel enjeu ne concerne donc pas isolément les politiques «santé» mais l'ensemble des politiques liées aux déterminants de la santé (prix des médicaments, mesures d'austérité, places en crèche, allocations familiales, exclusion du chômage, politiques migratoires, etc.).

Le **DEUXIÈME CHAPITRE** présente le volet épidémiologique du rapport. Il expose dans un premier temps la **prévalence de l'usage** d'alcool et de drogues telle qu'estimée dans la population générale et chez les jeunes. Dans un second temps, ce chapitre aborde les **conséquences sur la santé** de l'usage d'alcool et de drogues, 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 nouvelles drogues de synthèse (NDS) détectées 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 NDS dangereuses, 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 de l'usage problématique d'alcool est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et elle concerne moins les 15-24 ans.

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. 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 (2015)**, on dénombre actuellement plus de 2.200 nouvelles prises en charge annuelles pour une problématique de consommation d'alcool ou de drogues (ce qui correspond à environ 2.100 patients) dans les services spécialisés en assuétudes de la Wallonie. La demande de traitement émane le plus souvent d'une réorientation du secteur psycho-médico-social (26 %) ou d'une démarche initiée par la personne (42 %), plus rarement du secteur judiciaire (12 %). Les opiacés sont les produits principaux les plus fréquemment cités comme étant à l'origine des demandes de traitement des patients (39 %), suivi par l'alcool (30 %), le cannabis (17 %) et la cocaïne (11 %). Les patients présentent généralement des antécédents thérapeutiques pour un usage problématique d'alcool ou de drogues (64 %). Ils sont relativement nombreux à présenter, voire cumuler certains facteurs de précarité : problème de logement (11 %), revenus limités (35 %), faible niveau d'instruction (44 %). Enfin, 16 % des patients ont déjà eu recours à l'injection et parmi ceux-ci, 44 % ont déjà partagé une seringue usagée.

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.

D'après, le **registre des traitements de substitution aux opiacés (2014)**, 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 8 pour 1). Les TSO sont majoritairement prescrits à des personnes ayant un âge compris entre 35 et 54 ans (68,3 % pour la méthadone et 61,5 % pour la buprénorphine), et les patients sont principalement de sexe masculin (76,7 % pour la méthadone et 74,7 % pour la buprénorphine). Sur base de ce registre, on peut estimer qu'il y aurait parmi la population wallonne environ 12.000 usagers d'héroïne.

Sur base des données récoltées par les **comptoirs d'échange de seringues (2015)**, on peut estimer à près de 2500 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.) et environ 1.600 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 9.000 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 (2013-2015)**⁵ lors de près d'une vingtaine d'événements ayant eu lieu en Wallonie, l'alcool est habituellement (souvent) consommé en sortie par une majorité de répondants (64 %) et le cannabis par près d'un tiers (30 %). Les produits stimulants tels que le speed/amphétamines, la MDMA, l'ecstasy et la cocaïne sont habituellement consommés en sortie par environ 5 personnes sur 100. Et 9 % des répondants consomment parfois ou souvent en sortie des *research chemicals* (c'est-à-dire des nouvelles drogues de synthèse). La consommation de plusieurs produits (hors tabac) au cours d'un événement est relativement fréquente chez les personnes ayant consommé au moins un produit (alcool compris), puisqu'elle concerne 69 % des usagers. Plus d'un cinquième des personnes interrogées (22 %) ont parfois recours au sniff de produits lors de leur sortie, et 13 % y ont souvent recours.

D'après des données récoltées auprès d'**usagers de drogues en rue (2013-2015)** lors d'interventions de RdR en Wallonie, ceux-ci sont nombreux à avoir consommé de l'alcool (80 %), de l'héroïne ou dérivés (80 %) ou de la cocaïne (73 %) au cours des 30 derniers jours. La consommation de méthadone illégale (42 %), de médicaments non prescrits (35 %) et de crack (15 %) est également élevée. La polyconsommation est également élevée (quasiment 4 produits en moyenne au cours des 30 derniers jours). Plus de la moitié des usagers interrogés (62 %) 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 15,9 % 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. Enfin, un quart des répondants (26,6 %) a déclaré avoir déjà fait une overdose, généralement à l'héroïne ou à la cocaïne.

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 de l'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.

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. 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 (2015)**, on dénombre actuellement près de 2000 nouvelles prises en charge annuelles pour une problématique de consommation d'alcool ou de drogues (ce qui correspond à environ 1800 patients) dans les services spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise. La demande de traitement émane le plus souvent d'une réorientation du secteur psycho-médico-social (39 %) ou d'une démarche initiée par la personne (37 %), plus rarement du secteur judiciaire (9 %). L'alcool est le produit principal le plus fréquemment cité comme étant à l'origine des demandes de traitement des patients (38 %), suivi de loin par les opiacés (24 %), la cocaïne (13 %) et le cannabis (12 %). Les patients présentent généralement des antécédents thérapeutiques pour un usage problématique d'alcool ou de drogues (66 %). Ils sont relativement nombreux à présenter, voire cumuler certains facteurs de précarité : problème de logement (15 %), revenus limités (30 %), faible niveau d'instruction (35 %). Enfin, 21 % des patients ont déjà eu recours à l'injection et parmi ceux-ci, 54 % ont déjà partagé une seringue usagée.

D'après, le **registre des traitements de substitution aux opiacés (2014)**, environ 2.500 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 8 pour 1). Les TSO sont majoritairement prescrits à des personnes ayant un âge compris entre 35 et 54 ans (74,7 % pour la méthadone et 70,2 % pour la buprénorphine), et les patients sont principalement de sexe masculin (70,9 % pour la méthadone et 70,2 % pour la buprénorphine). Sur base de ce registre, on peut estimer qu'il y aurait parmi la population bruxelloise environ 3.500 usagers d'héroïne.

Selon les données récoltées par les **comptoirs d'échange de seringues (2015)**, il y aurait plus de 1.000 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.). En 2015, 40,6 % des usagers de drogues pris en charge dans certaines structures bas seuil en Région bruxelloise étaient séropositifs à l'hépatite C et 6,7 % au VIH.

D'après le **Résumé Psychiatrique Minimum (2005-2013)**, environ 30 % des prises en charge dans les services de psychiatrie bruxellois (soit environ 2.500 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 (2013-2015)** lors de près d'une cinquantaine d'événements ayant eu lieu en Région bruxelloise, l'alcool est habituellement (souvent) consommé en sortie par une majorité de répondants (60,5 %) et le cannabis par plus d'un tiers (36,5 %). Les produits stimulants tels que le speed/amphétamines, la MDMA, l'ecstasy et la cocaïne sont habituellement consommés en sortie par environ 5 personnes sur 100. Et 9,1 % des répondants consomment parfois ou souvent en sortie des *research chemicals* (c'est-à-dire des nouvelles drogues de synthèse). La consommation de plusieurs produits (hors tabac) au cours d'un événement est relativement fréquente chez les personnes ayant consommé au moins un produit (alcool compris), puisqu'elle concerne 66 % des usagers. Près d'un tiers des personnes interrogées (31,4 %) ont parfois recours au sniff de produits lors de leur sortie, et 23,3 % y ont souvent recours.

D'après des données récoltées auprès d'**usagers de drogues en rue (2013-2015)** lors d'interventions de RdR en Région bruxelloise, 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 %) et de méthadone illégale (32,2 %) est également particulièrement élevée. La polyconsommation est également élevée (quasiment 4 produits en moyenne au cours des 30 derniers jours). 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. Enfin, un quart des répondants (27,1 %) a déclaré avoir déjà fait une overdose, généralement à l'héroïne ou à la cocaïne.

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 nouvelles drogues de synthèse (NDS) détectées en Belgique a augmenté ces dernières années (42 nouvelles substances en 2015, contre 5 en 2011). En 2015, 14 alertes précoces ont été diffusées par Eurotox. Elles portaient sur 34 échantillons de produits différents, dont 12 NDS. Le nombre d'alerte a augmenté ces dernières années en raison de la circulation de NDS 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). En 2015, le service de testing de Modus Vivendi, qui est actuellement le seul dispositif de ce type en Belgique, a permis l'analyse de 141 échantillons de drogues, dont 7 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 : Modus Vivendi, Infor-Drogues, le Centre Antipoisons et le Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES) de l'ULB.

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.

Les Fédito et ses représentants, en particulier Sébastien Alexandre (de la Fédito bruxelloise) et Pascale Hensgens (de la Fédito wallonne), 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 au WIV-ISP, à l'Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale, à la cellule Naissance-Décès de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), à la Police Fédérale, à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ainsi qu'au Service public fédéral (SPF) Santé publique, pour nous avoir fourni des informations et données précieuses pour la rédaction du chapitre 2 de ce rapport.

Enfin, nous remercions également les institutions qui nous ont fourni des informations utiles à la rédaction du chapitre 1, notamment : Me Christine Guillain, le cabinet du ministre Prévot par la voix d'Emilie Delferrière, le SPF Santé publique par la voix de Katia Huard, l'Agence pour une Vie de Qualité, l'Observatoire bruxellois pour la prévention et la sécurité, Julie Sarlet du Centre liégeois de promotion de la santé, Modus Vivendi, la Liaison Antiprohibitionniste, 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 Émilie», le 19 septembre 2013. Dans 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 citoyens et celle d'ériger une structure 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 qu'un individu domicilié en Wallonie bénéficiant de prestations à Bruxelles de conserver le même interlocuteur administratif.

Les accords de la «Sainte Émilie» établissent que la COCOF et la RW doivent se munir chacune d'un nouvel Organisme d'Intérêt Public (OIP) santé ayant une structure semblable ; 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 :

Le **comité ministériel** se compose des ministres compétents de la FWB, de la COCOF et de la 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.

Selon le décret du 3 avril 2014, qui prévoit l'**organe de concertation**, celui-ci sera composé de représentants du secteur de manière équilibrée et désignés pour la durée de la législature. Lesdits membres doivent

6 Publié le 25 juin 2014

7 Pour davantage de détail, voir notre rapport 2015

encore être détaillés mais le décret prévoit que soient représentés les acteurs institutionnels et ambulatoires, les acteurs publics et privés, les professionnels, les usagers et les organismes assureurs.

L'organe 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 :

- 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.

L'organe de concertation doit encore être mis en place par un accord de coopération d'exécution⁸.

Comment tout cela fonctionnera-t-il ? 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.

1.1.2. LA LOI PORTANT DES DISPOSITIONS DIVERSES EN MATIÈRE DE SANTÉ DU 18 DÉCEMBRE 2016

Le 24 juin 2016, le Conseil des ministres a approuvé le projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé, introduit par la ministre fédérale de la Santé, Mme De Block. Le projet de loi a été transféré au Conseil d'État pour avis et a ensuite été proposé au Parlement pour discussion. La loi a été adoptée par la Chambre des Représentants et sanctionnée par le Roi le 18 décembre 2016.

La loi prévoit plusieurs dispositions, dont notamment :

- Clarifier les compétences des inspecteurs du SPF Santé publique ; la loi prévoit que les inspecteurs puissent demander des comptes aux supermarchés si de l'alcool ou des spiritueux sont proposés en dégustation. La loi propose également d'autoriser les inspecteurs à saisir (voire détruire) les boissons alcoolisées en possession de mineurs d'âge ;
- Autoriser des personnes qui ne sont pas des professionnels du soin à effectuer les tests démedicalisés, notamment certains tests VIH. La Commission parlementaire Santé publique et le Parlement ont d'ores et déjà adopté les conditions pour les tests VIH démedicalisés, respectivement le 12 et le 28 avril 2016.
- Rendre obligatoire le dossier médical informatisé pour les médecins généralistes. Cette obligation sera mise en place progressivement ; au 1^{er} janvier 2017 pour les nouveaux généralistes et en 2020 au plus tard pour les autres. Cette disposition s'inscrit dans la volonté du Gouvernement d'assurer la continuité des soins et de faciliter l'interdisciplinarité et la circulation des données médicales. Les données informatisées pourront en effet être partagées avec d'autres professionnels de la santé, à la condition que le patient ait donné son consentement éclairé⁹.

⁸ Question de M. Knaepen à M. Demotte «Mise en œuvre des accords de la Ste-Emilie» du 9 mars 2016.

⁹ Site officiel de Mme la ministre De Block

1.1.3. LE MONITORING DES DÉPENSES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE DROGUES

Confié depuis 2011 au SPF Santé publique par la Cellule Générale de Politique Drogues (CGPD), le monitoring des dépenses publiques concernant la politique en matière de drogues fait suite à trois études antérieures «Drogues en chiffres I, II et III», financées par la Politique Scientifique Fédérale (Belspo).

L'étude entend par dépenses publiques en matière de drogues «l'ensemble des dépenses dites 'proactives', c'est-à-dire les dépenses concernant des actions politiques directement axées sur le phénomène de drogues en Belgique». Le monitoring ne comprend donc pas les dépenses relatives à la prise en charge des conséquences liées à la consommation de drogues (par exemple l'hospitalisation d'un patient pour un cancer lié à sa consommation de tabac) et les dépenses privées des patients.

Les données reçues des autorités compétentes (fédérales et fédérées) ont été réparties en 5 piliers (prévention, assistance¹⁰, RdR, sécurité, autre) et 7 catégories :

- Prévention en matière d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychoactives ;
- Prévention en matière de tabac ;
- Assistance en matière d'alcool de drogues illicites et de médicaments psychoactives ;
- Assistance en matière de tabac ;
- Réduction des risques ;
- Sécurité en matière de drogues et de tabac ;
- Autre (qui comprend : le financement des recherches et études en matière de drogues, de l'Institut Scientifique de Santé Publique, de la Fédito bruxelloise et de la Cellule Générale de Politiques Drogues¹¹).

Toutefois, une partie des autorités n'opère pas cette distinction par substance, c'est pourquoi certaines clés de répartition de la dernière étude «Drogues en chiffres III» ne sont pas reprises dans le monitoring du SPF Santé publique. Nous avons également pris le parti de ne pas reprendre ici les dépenses publiques en matière de tabac, et de nous concentrer sur celles en matière d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychoactives.

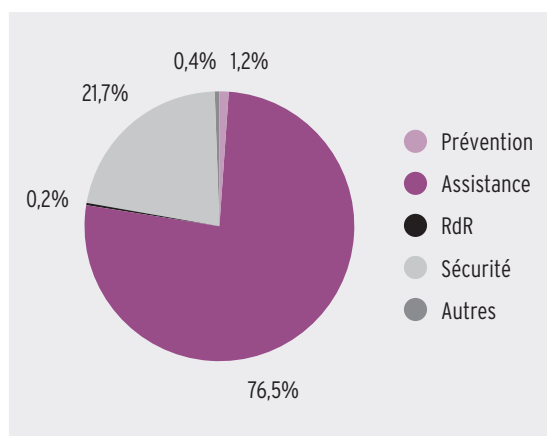
L'étude ne prétend pas non plus à l'exhaustivité et ne couvre dès lors pas l'ensemble des dépenses publiques en matière de drogues, quoiqu'elle estime en recenser la majorité.

10 Le pilier assistance comprend, entre autres, les conventions de revalidation, le Fonds de lutte contre les assuétudes, les dépenses du secteur hospitalisation, les plans stratégiques de sécurité et de prévention (PSSP), etc.

11 Voir le chapitre 1.1.4 pour davantage de détails sur la Cellule Générale Politique Drogues.

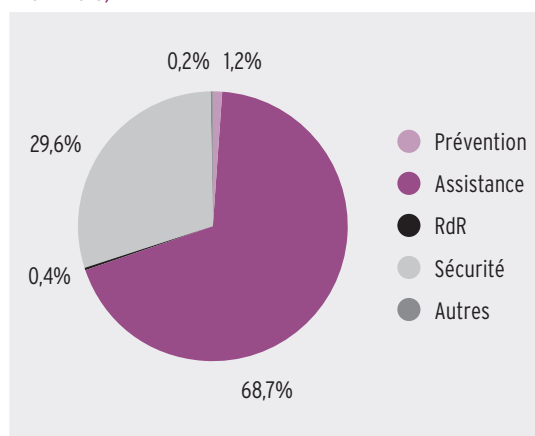
COMPARAISON PAR PILIER

Figure 1 : Répartition des dépenses publiques en matière d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychoactives entre les piliers (2008)



Source : Vander Laenen et al. (2011)

Figure 2 : Répartition des dépenses publiques en matière d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychoactives entre les piliers (moyenne sur la période 2012-2013)¹²



Source : Cellule Générale de Politique Drogues (2016)

Sur ces deux graphiques, on constate que l'assistance représente une part importante des dépenses publiques (76 % en 2008, 69 % en 2012-13). Si l'assistance occupe une telle proportion au sein des dépenses, c'est notamment parce qu'elle comprend le secteur hospitalisation. La place de l'assistance dans les dépenses tend à baisser, tandis que celle de la sécurité augmente (de 21 % en 2008, elle passe à plus de 29 % en 2012-13). Les budgets attribués aux piliers prévention¹³, RdR¹⁴ et autre¹⁵ restent stables et relativement dérisoires, même si leurs proportions dans les dépenses publiques totales diminuent. Ceci s'explique par une plus **forte augmentation des budgets investis en sécurité et en assistance** (Tableau 1). Il ne s'agit donc pas d'une réorientation des dépenses, mais d'une augmentation globale quoique fortement disparate des dépenses publiques.

Tableau 1 : Budget annuel (€) par autorité publique des dépenses publiques en matière d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychoactives (2012-2013)

	État fédéral		Wallonie		FWB		COCOF		COCOM		TOTAL	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Prévention	3.460.278	3.395.846			1.497.941	1.519.067	623.045	657.447	130.000	128.000	5.711.264	5.700.360
Assistance	706.234.985	746.219.932	2.381.668	2.381.668			3.340.565	3.465.602	133.500	133.500	712.090.718	752.200.702
RdR	1.115.458	1.149.610	1.290.217	1.290.217	603.370	603.370	564.230	564.230			3.573.276	3.607.427
Sécurité	298.604.712	316.414.334									298.604.712	316.414.334
Autres	1.420.383	1.739.589					131.284	140.195			1.551.668	1.879.784
CGPD	97.411	71.858	17.534	12.934	11.689	8.623	11.689	8.623	11.689	8.623	150.013	110.661
Total	1.010.835.817	1.068.991.169	3.689.420	3.684.820	2.113.000	2.131.060	4.670.814	4.836.097	275.189	270.123	1.021.681.651	1.079.913.269

Source : Cellule Générale de Politique Drogues (2016)

¹² Certaines dépenses n'ont pas pu être actualisées depuis l'étude «Drogues en chiffres III» qui rapportait les données de 2008 (à hauteur de 6 % sur l'ensemble des données collectées par le monitoring, dont 95 % sont des données manquantes de la police locale).

¹³ 1,24 en 2008, 1,21 % en 2012-2013

¹⁴ 0,24 % en 2008, 0,39 % en 2012-2013

¹⁵ 0,35 % en 2008, 0,15 % en 2012-2013

Le Gouvernement fédéral prend à sa charge plus de 97 % des dépenses publiques en 2012 et 2013. Les principales dépenses de l'État fédéral sont liées à l'**hospitalisation**¹⁶ (pilier assistance) et à la Justice (pilier sécurité).

COMPARAISON PAR SUBSTANCES

Selon l'étude, **les dépenses liées à l'alcool sont les plus élevées** et représentent 55 % des dépenses en 2012 et 57 % en 2013. Une grande partie des dépenses en la matière est attribuable au secteur hospitalier. Dans une moindre proportion, les drogues illicites représentent 29 % des dépenses en 2012, 27 % en 2013¹⁷, suivies par les médicaments psychoactives (3 % en 2012 et 2013). Enfin, entre 10 % et 11 % des dépenses ne peuvent être attribuées à l'une ou l'autre substance.

Les logiques de répartition des dépenses entre piliers diffèrent selon la légalité des substances. En effet, la majorité des dépenses du pilier assistance est dédiée à l'alcool, notamment via le secteur hospitalier. Les moyens du pilier RdR, quant à eux, sont très largement consacrés aux drogues illicites.

LES CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

Les dépenses publiques reflètent la complexité et la diversité des politiques drogue en Belgique, ainsi que l'approche globale et intégrée dont ces matières font l'objet¹⁸. Les compétences en matière de drogues se répartissant entre promotion de la santé, prévention, RdR, soins de santé, justice et police. Les sources de financements sont particulièrement variées et dépendent de plusieurs niveaux de pouvoir. Cet état de fait a des conséquences sur l'application des politiques : les acteurs de terrain rencontrent de réelles difficultés pour connaître les sources potentielles de financement et doivent parfois jongler entre elles, épuisant une partie de leurs ressources humaines dans des dossiers administratifs multiples et parfois contradictoires (demandes de subsides, rapports d'activités, etc.).

Ainsi, le monitoring des dépenses publiques permet, d'une part, de mettre en exergue les difficultés que peuvent rencontrer les professionnels de l'ensemble des secteurs concernés¹⁹ et, d'autre part, d'établir un socle empirique qui traduit les **orientations politiques**. La répartition et la réinjection budgétaires inégales entre les différents piliers trahissent des choix politiques tournés vers le soin et la sécurité (justice, police) au détriment de la prévention et de la RdR. La répartition des dépenses attire particulièrement l'attention sur le **manque de moyens dédiés à la prévention**. L'étude interroge d'ailleurs le lien entre prévention et justice : une augmentation du budget alloué à la prévention aurait-elle un impact sur les dépenses de la justice ? La question reste naturellement en suspens.

Suite à la 6^{ème} Réforme de l'État, les entités fédérées ont hérité en 2014 de nouvelles compétences, notamment en matière de santé. Afin de laisser aux autorités fédérées le temps de se saisir de ces nouvelles compétences et de la gestion des budgets associés, le prochain relevé des dépenses publiques en matière de drogues illicites, d'alcool et de médicaments psychoactives a été postposé et sera effectué au court de l'année 2016. Le futur rapport devrait donc exposer davantage les politiques régionales et communautaires.

16 Les coûts absorbés par le secteur hospitalier, qui représentent la part la plus importante des dépenses publiques en matière d'alcool et de drogues, ne se résument pas au seul coût des séjours résidentiels mais comprennent aussi la comorbidité psychiatrique, l'aspect préventif du sevrage (qui permet d'anticiper des problèmes somatiques ou psychiatriques), les interactions avec les équipes mobiles de soins, etc.

17 Les dépenses liées aux drogues illicites correspondent à l'addition des dépenses en RdR.

18 Les auteur.e.s de l'étude concèdent toutefois - et nous les rejoignons - que les politiques drogues ont encore du chemin à faire pour atteindre l'idéal d'une approche effectivement globale et intégrée.

19 Notamment en termes de financement ou de complexité administrative.

1.1.4. LA CONFÉRENCE INTERMINISTÉRIELLE (CIM) SANTÉ PUBLIQUE 2016

Afin de garantir des politiques publiques cohérentes et la coopération entre les entités fédérale et fédérées pour l'exercice conjoint de compétences propres, la création et la gestion de services et institutions communs, ou le développement d'initiatives communes, des Conférences interministérielles ont été instituées, chacune étant porteuse d'une matière particulière (la Santé publique, par exemple). La composition de la CIM Santé publique a été établie par un Protocole d'Accord du 4 juin 2015 : elle réunit dès lors des membres du Gouvernement fédéral et des Gouvernements des Communautés et des Régions qui ont des compétences en santé.

Les CIM peuvent chacune organiser en leur sein des réunions thématiques sur des sujets spécifiques. La CIM Santé publique a choisi quant à elle de créer une Réunion thématique Drogues²⁰. Cette dernière s'est elle-même dotée d'une Cellule Générale de Politique Drogues (CGPD). La CGPD est composée de 35 représentants ministériels des entités fédérale et fédérées qui assistent la Réunion thématique Drogues dans ses missions ; elle prépare notamment la CIM Santé publique et formule des propositions. Ces dernières sont soumises à la Réunion thématique Drogues lors de la CIM qui prend la décision finale²¹.

En janvier 2010, la Réunion thématique Drogues a approuvé la Déclaration Conjointe pour une politique globale et intégrée en matière de drogues. En octobre 2015, elle a décidé d'actualiser cette Déclaration et a confié cette tâche à la CGPD. L'actualisation de la Déclaration est toutefois conditionnée par la résolution d'une série de sous-discussions portant notamment sur l'alcool (Plan national alcool), le tabac, les jeux de hasard et d'argent, et les salles de consommation à moindre risque (SCMR).

La dernière CIM Santé publique a eu lieu le 24 octobre 2016. Les sous-discussions relatives au Plan alcool et aux SCMR n'ont pas abouti à un accord au sein des membres de la Réunion thématique Drogues, et la Déclaration Conjointe n'a pas été modifiée. Ainsi, d'une part, les discussions au sujet du plan national alcool sont reportées au mois de mars 2017 et, d'autre part, l'État fédéral s'est fermement prononcé en défaveur de la mise en place de SCMR sous cette législature²². La ministre fédérale de la santé, Mme De Block, a commandé une nouvelle étude de faisabilité des SCMR²³.

1.1.5. LE PLAN NATIONAL ALCOOL

Le 29 juin 2015, la **Conférence interministérielle (CIM) Santé publique** a défini l'alcool comme une de ses priorités thématiques, en accord avec les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)²⁴. Suite à l'échec des premières négociations pour un plan national alcool en 2013, un groupe de travail Alcool avait été mis en place au sein de la Cellule Générale Politique Drogues (CGPD), afin que celle-ci puisse ensuite soumettre une proposition de politique globale et intégrée à la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique.

Afin d'échafauder un nouveau plan national alcool, une nouvelle CIM s'est tenue le 24 octobre 2016 regroupant les ministres compétents en la matière des entités fédérale et fédérées. Toutefois, les négociations n'ont pas abouti, faute d'accord au sein de la majorité fédérale²⁵ et de propositions satisfaisantes aux yeux des entités fédérées.

20 La Réunion thématique remplace la Conférence interministérielle «Drogues».

21 La Réunion thématique Drogue se réunit au moins une fois par an.

22 Le Plan national alcool et les motifs de son report sont exposés ci-après au chapitre 1.1.5.

23 Les débats autour des SCMR et de leur reconnaissance légale se trouvent dans la partie «Débats et évolutions», au chapitre 1.4.2.

24 L'OMS recommande en effet d'agir, par des plans nationaux, à la fois sur la demande d'alcool (prévention, soins) et sur l'offre d'alcool (réduire la disponibilité).

25 Notamment entre le CD&V et la N-VA (Article «Report de la conférence interministérielle pour le plan d'action national alcool» de Marc Sirlereau, le 23 octobre 2016 sur rtfb.be)

En effet, ces dernières ont rapporté avoir accepté des concessions au sujet de l'instauration d'un prix minimum, à condition que le Gouvernement fédéral s'engage sur les mesures suivantes²⁶ :

- Simplification de la loi relative à l'âge minimum ;
- Renforcement des règles en matière de publicité et de marketing ;
- Suppression de la vente d'alcool dans les distributeurs automatiques²⁷.

Toutefois, ces conditions n'ayant pas été rencontrées, les entités fédérées n'ont pas poursuivi les négociations. Le plan alcool est donc reporté ; la ministre fédérale en charge de la santé, Maggie De Block, a chargé la CGPD de retravailler la proposition de plan et de nouvelles négociations viseront un accord à court terme (mars 2017)²⁸.

Les ministres compétents en santé de la COCOF et de la RW ont par ailleurs déclaré que, malgré l'absence d'accord au sujet du plan alcool, ils maintiendraient la lutte contre la consommation problématique d'alcool dans leurs priorités²⁹.

Notons, par ailleurs, que la **Note-cadre de Sécurité Intégrale 2016-2019** organise une série de mesures visant à réduire la consommation nocive d'alcool et à renforcer les contrôles routiers d'alcoolémie. La note-cadre ne fait cependant pas état de la réduction de l'offre d'alcool sous quelle que forme que ce soit³⁰.

LES PROPOSITIONS DU SECTEUR NON-MARCHAND

Dans la perspective de cette CIM, le **groupe «Jeunes, alcool et société»**, rassemblant douze associations actives dans le secteur de la santé, de la jeunesse et de l'éducation³¹, a publié sa position vis-à-vis du futur plan alcool³². Le groupe expose ainsi une série de propositions qui touchent à trois thématiques principales : la publicité, la législation et la prévention. En termes de publicité, le groupe propose de créer un Conseil fédéral de la publicité et d'interdire la publicité pour les boissons alcoolisées. Concernant la législation, il invite à clarifier et simplifier la loi en vigueur (notamment en modifiant le degré d'alcool des boissons autorisées aux mineurs d'âge), ainsi qu'à 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). Enfin, il juge nécessaire de rétablir un équilibre budgétaire entre la sécurité/répression et la prévention/RdR, et de financer des projets d'éducation, de prévention, de promotion de la santé et de RdR sur le long terme.

La **Fédito bruxelloise**³³ a également fait part de la position du secteur spécialisé 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 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 ;

26 Le prix minimum est proportionnel au taux d'alcool de la boisson et évalué au prorata du coût des dommages actuels de l'alcool pour la société.

27 Site officiel du ministre Prévot, article «Plan alcool - Accord reporté en raison d'un manque flagrant d'ambition aux yeux de la Wallonie», publié le 24/10/2016.

28 Site presscenter.org, communiqué de presse publié le 24/10/2016 et Question orale de Mme Salvi à M. Prévot «La plan d'action de lutte contre l'alcool 2017-2025», Compte rendu avancé, séance publique de la Commission des travaux publics, de l'action sociale et de la santé du 10/11/2016.

29 Déclaration de politique générale de la ministre Laanan du 27 octobre 2016 et site officiel du ministre Prévot

30 Voir ci-après, chapitre 1.1.6.

31 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

32 Dossier de presse «Un vrai plan d'action national alcool sinon rien !», octobre 2016, disponible sur le site internet du groupe «Jeunes, Alcool & Société».

33 Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes.

- Renforcer la formation des professionnels spécialisés 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 professionnels 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 mineurs 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 ans³⁴ ;
- Dépénaliser l'apprentissage parental et permettre ainsi aux parents d'assurer un rôle éducatif en matière d'alcool, même auprès de mineurs ;
- Etendre 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.

1.1.6. LA NOTE-CADRE DE SÉCURITÉ INTÉGRALE ET LE PLAN NATIONAL DE SÉCURITÉ 2016-2019

Les membres de la Conférence interministérielle (CIM) de politique de maintien et de gestion de la sécurité ont créé un groupe de travail composé d'expert.e.s³⁵. Ce dernier a été chargé de préparer la note-cadre de Sécurité intégrale (NCSI) 2016-2019 et le plan national de sécurité (PNS) 2016-2019, en collaboration avec les acteurs de la chaîne de sécurité.

Les propositions de NCSI et de PNS élaborées, le ministre de la Sécurité et de l'Intérieur, Jan Jambon, et le ministre de la Justice Koen Geens, ont présenté celles-ci au Conseil des Ministres qui a marqué son accord le 7 juin 2016³⁶.

La **NCSI 2016-2019** définit dix ensembles de phénomènes de sécurité prioritaires, dont la «**politique intégrée et intégrale actualisée en matière de drogues**», que nous développons ci-dessous.

Le **PNS 2016-2019**, quant à lui, présente les objectifs spécifiques pour la police, qui s'inscrivent dans le prolongement de la NCSI. Ainsi, ces objectifs décrivent la contribution de la police fédérale et de la police locale pour les dix ensembles de phénomènes de sécurité.

34 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).

35 Du niveau fédéral, des entités fédérées, local, du monde administratif, judiciaire, policier et académique.

36 Communiqué de presse du 7 juin 2016, site internet officiel de Koen Geens.

LA NOTE-CADRE DE SÉCURITÉ INTÉGRALE 2016-2019

La politique belge en matière d'alcool et de drogues est ancrée, d'une part, dans l'Accord de collaboration du 2 septembre 2002 entre l'État, les Communautés, la COCOM, la COCOF et les Régions pour une politique globale et intégrée en matière de drogues, et, d'autre part, dans la Déclaration conjointe de la CIM Drogues du 25 janvier 2010. L'Accord a créé la Cellule Générale Politique Drogues (CGPD) et la CIM Santé publique, dont les missions sont de veiller à la réalisation d'une politique «drogues» globale et intégrée.

Ainsi, le Gouvernement fédéral et la CGPD considèrent que la consommation de substances psychoactives licites et illicites est du ressort de la Santé publique.

Selon la NCSI, une politique «drogues globale et intégrée» doit à la fois agir sur l'offre et la demande. Pour cela, elle repose sur la collaboration entre tous les acteurs politiques concernés, à tous niveaux de pouvoir.

Les piliers essentiels d'une telle politique «drogues» sont «la prévention, la détection et l'intervention précoce, la réduction des risques, l'assistance, la postcure et l'intégration sociale».

La NCSI entend lutter contre le trafic de drogues illicites sur les plans local, national et international afin de **réduire l'offre de drogues**³⁷, exigeant une collaboration entre les différents niveaux de pouvoir et de police. La réduction de l'offre doit reposer sur un monitoring permanent et performant des marchés illégaux de drogues, belges et internationaux «ayant des ramifications en et vers la Belgique». Cette mission est du ressort de la police fédérale. La police locale, quant à elle, est chargée d'approcher les marchés locaux³⁸. Concernant plus spécifiquement les nouvelles drogues de synthèse (NDS), dont l'une des caractéristiques est d'être en évolution permanente afin de contourner la législation, la NCSI rappelle que la Belgique s'appuie sur un **système d'alerte précoce** belge et européen rapide et réactif³⁹.

Plus encore, la politique belge en matière de drogues doit être soutenue par un **monitoring permanent et des recherches scientifiques**. Le monitoring devra plus particulièrement porter sur :

- Le développement des «instruments et pratiques de monitoring pour l'implantation des indicateurs clés⁴⁰ ainsi que dans le cadre d'une surveillance constante des substances à risques» ;
- Le renforcement et la pérennisation des partenariats entre les sous-points focaux régionaux ;
- Le renforcement de la circulation et du partage des informations entre tous les départements impliqués (Santé publique, Justice, Affaires intérieures, etc.) «afin de développer une image intégrée du marché de la drogue».

En matière de **réduction de la demande**, le Gouvernement entend mener une «politique de santé et de bien-être», dont les priorités sont :

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

La NCSI précise qu'une attention particulière sera accordée aux «groupes vulnérables» que sont les jeunes, les jeunes parents usagers de drogues et leurs enfants, les minorités ethniques et culturelles, et les détenus.

Les moyens mis en œuvre pour réaliser ces priorités sont :

37 Contrairement aux mesures de réduction de la demande, la réduction de l'offre ne s'intéresse qu'aux drogues illicites et ne propose aucune initiative visant à réduire l'offre d'alcool. Nous invitons le lecteur à lire la partie consacrée au plan national alcool pour compléter ce point d'attention.

38 La police locale est également chargée de veiller au respect des restrictions légales en matière de disponibilité de boissons alcoolisées pour les mineurs et dans les lieux de vente nocturnes.

39 Voir le chapitre 4.

40 C'est-à-dire les 5 indicateurs clés recommandés par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) : la prévalence de l'usage de drogues dans la population générale, la prévalence de l'usage problématique (ou à risques) de drogues, la demande de traitement chez les usagers de drogues (TDI), les maladies infectieuses liées à l'usage de drogues, et la mortalité liée à l'usage de drogues.

- Renforcer la prévention (générale, sélective ou ciblée), compétence du ressort des Communautés, notamment dans les écoles, sur le lieu de travail et dans les lieux d'activités de loisir. La NCSI a aussi l'intention de réduire le dopage en portant son attention à la prévention et à la détection du dopage dans le secteur médical, le secteur sportif et dans le cadre d'activités sportives à l'école ;
- Renforcer l'usage d'outils de détection, d'intervention précoce et de réduction des risques, ce qui relève également de la compétence des Communautés et de celle des Régions ;
- Étendre la couverture territoriale et soutenir la diversité de l'offre d'assistance et de bien-être. Garantir la continuité des soins implique l'existence et l'accès à un nombre suffisant de services généraux et spécialisés, de centres et d'équipes ambulatoires ou résidentiels et de réseaux adéquats ;
- Prévoir davantage de places dans des services résidentiels spécialisés en assuétudes ;
- Poursuivre les mesures alternatives pour les consommateurs de drogues aux différents niveaux de la chaîne pénale ; d'une part, en soutenant les collaborations entre acteurs (de la police, de la Justice, des services d'aide et d'assistance) et, d'autre part, en élargissant le recours à la médiation afin qu'elle puisse «être adaptée aux victimes de crimes et offrir un cadre juridique aux projets pilotes en cours» ;
- Développer la politique de santé pour les consommateurs en prison, «avec une attention particulière pour la continuité des soins après la détention». Les compétences impliquées dans les soins aux détenus et ex-détenus sont partagées entre le fédéral et les entités fédérées. En effet, alors que les soins dispensés en milieu libre sont de la compétence des Régions, les soins au sein des prisons dépendent, eux, du SPF Justice⁴¹. Les services de prévention, de promotion de la santé et de RdR auprès des ex-détenus sont, quant à eux, de la compétence des Régions ;
- Renforcer la sécurité routière et les contrôles auprès des conducteurs.

Bien que la NCSI 2016-2019 intègre des notions telles que la prévention ou la RdR, et s'intéresse à la consommation problématique d'alcool, elle redessine essentiellement les contours répressifs déjà éculés de la loi «drogues» de 1921⁴². En effet, la NCSI rappelle que, même si la priorité en matière de poursuites pénales est donnée à la production, la vente et le trafic des produits illicites, la simple détention demeure bel et bien interdite. Quant à la consommation dans l'espace public, la NCSI affirme qu'elle «ne pourra pas faire l'objet d'une tolérance». Aussi, préférablement, les consommateurs problématiques seront réorientés vers le secteur de l'aide plutôt que vers le système judiciaire et carcéral. Au demeurant, cependant, l'emprisonnement constituera «le remède ultime» pour les consommateurs n'ayant commis aucun autre fait criminel.

Il nous semble ici important de rappeler qu'en Belgique, la loi de 1921 ne fait pas mention de la consommation de drogues illicites. L'usage lui-même n'est donc pas criminalisé, si ce n'est parce qu'en pratique *l'usage implique la détention* qui, elle, est punie par la loi. Nous ne pouvons également que constater la présente en filigrane d'une conception de l'usage de drogues illicites comme une maladie nécessitant des soins, que celui-ci soit problématique ou non. Or, tout usager de drogues (licites ou illicite) n'évolue pas forcément vers une consommation problématique. Dès lors, ces usages non problématiques ne nécessitent pas une prise en charge thérapeutique ou médicale. Considérer, qui plus est, l'emprisonnement comme un lieu de cure (pour quel que mal que ce soit) est non étayé et inopportun au vu des fonctions du lieu carcéral, des mauvaises conditions de vie et des risques sanitaires auxquels sont confrontés les détenus⁴³.

Enfin, la NCSI ajoute qu'une «approche pénale doit être conçue de manière graduelle et proportionnelle, de manière à réserver la peine d'emprisonnement aux faits les plus graves ou répétés». Les notions de gradation et de répétition restent ici extrêmement floues. S'il est attendu que les peines soient proportionnelles à l'infraction (ou au délit), la question demeure de savoir si la répétition constitue forcément une aggravation et justifie l'emprisonnement, en particulier pour des délits «mineurs» tels que la détention et, comme le sous-entend la NCSI, la consommation.

41 Le transfert de la compétence «santé des détenus» du SPF Justice vers le SPF Santé publique est l'une des revendications majeures du secteur spécialisé en assuétudes, dans le but d'appliquer réellement l'égalité de traitement entre détenus et non-détenus. La Concertation Assuétudes-Prison de Bruxelles (CAPB) a lancé un appel pour un transfert de compétences en mars 2014, avec le soutien de la Fédito bruxelloise et de la Fédito wallonne.

42 Loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes.

43 Insalubrité, promiscuité, surpopulation, violences, accès restreint aux soins et aux outils de RdR (préservatifs, traitements de substitution aux opiacés, matériel stérile d'injection, de sniff, de tatouage ou de piercing), etc.

De fait, la NCSI 2016-2019 rappelle la ségrégation législative entre l'alcool et les autres drogues, d'une part, en élargissant sinueusement la loi de 1921 à la consommation-même de drogues illicites, et, d'autre part, en insufflant l'idée que l'usage de drogues illicites est de fait problématique, et même une maladie. Dans un tel cadre, les propositions pour réduire la demande, de renforcer la prévention et d'impulser les initiatives de RdR, revêtent le manteau répressif. Elles ne rencontrent dès lors pas les valeurs défendues par le secteur spécialisé en assuétudes, prévention et RdR, même si elles en reprennent le vocabulaire.

1.1.7. LE CADRE LÉGAL DE LA DÉTENTION DE CANNABIS : LA CIRCULAIRE COMMUNE DU 21 DÉCEMBRE 2015

En matière de législation des substances illicites, le cannabis est un cas particulier. Au début des années 2000, la loi de 1921 a en effet connu plusieurs modifications visant à alléger les sanctions liées à la détention de cannabis pour usage personnel.

Les lois du 4 avril 2003 et du 5 mai 2003 apportent des changements à la loi de 1921 et autorisent, par arrêté royal, **la création de distinctions entre les drogues illicites**. Dès lors, le Roi a la prérogative d'opérer des distinctions entre les différentes substances illicites et de catégoriser les délits liés à ces dernières. Les différentes catégories de drogues ainsi créées renvoient aux sanctions correspondantes prévues dans la loi de 1921. Le Roi peut ainsi permettre un traitement pénal spécifique des poursuites liées à la détention de cannabis⁴⁴.

D'une part, donc, la **loi du 4 avril 2003** insère un nouvel article à la loi de 1921 qui propose des peines moins lourdes pour les délits liés à certaines catégories de drogues arrêtées par le Roi. D'autre part, **l'arrêté royal du 31 décembre 1930** (modifié par l'arrêté royal du 16 mai 2003) classe le cannabis dans une catégorie à part qui correspond dans la loi de 1921 modifiée par la loi du 4 avril 2003 aux peines les plus basses. Ainsi les infractions d'importation, de fabrication, de transport, d'acquisition et de détention de cannabis, ainsi que de culture de plantes de cannabis, sont désormais une infraction de **première catégorie**. Ainsi, la simple de détention de cannabis pour usage personnel peut être punie d'une amende de 15 à 25€ pour la 1^{ère} infraction, d'une amende de 26 à 50€ en cas de récidive dans l'année depuis la 1^{ère} condamnation, et d'un emprisonnement de 8 jours à un mois et d'une amende de 50 à 100€ en cas de récidive dans l'année depuis la 2^{ème} condamnation. Dès lors, et considérant les modifications législatives ci-dessus, la loi du 4 avril 2003 constitue une dépénalisation partielle de droit de la détention de cannabis pour usage personnel⁴⁵.

La **loi du 3 mai 2003**, quant à elle, fut une tentative de dépénalisation de fait qui instaure un régime de tolérance de la détention de cannabis pour usage personnel⁴⁶. L'article 16 de cette loi statuait, en effet, que les policiers ne devaient plus dresser un procès-verbal mais procéder à un simple enregistrement en cas de détention par un majeur d'une quantité de cannabis pour usage personnel (c'est-à-dire 3g maximum ou une plante cultivée). Plus de procès-verbal donc, à condition que la détention ne soit pas aggravée «de nuisances publiques⁴⁷ ou d'usage problématique». Toutefois, la Cour d'arbitrage a jugé que les notions de «nuisances publiques» et «usage problématique» étaient ambiguës. Plus particulièrement, la seconde impliquait que les policiers dussent juger par eux-mêmes du degré de dépendance de l'usager afin de décider s'ils devaient ou non dresser un procès-verbal. **L'article 16 a été annulé** par décision de la Cour d'arbitrage le 20 octobre 2004.

44 Autrement dit, le Roi définit par arrêté royal que les délits liés à la détention de cannabis sont de catégorie 1. Ladite catégorie 1 renvoie elle-même à un certain type de peines (plus légères) définies par la loi de 1921. Par ce procédé, les sanctions liées à la détention de cannabis sont différentes que celles liées à d'autres substances illicites.

45 Nous parlons ici de dépénalisation partielle de droit afin d'opérer une distinction entre une dépénalisation totale de droit (suppression des peines) et une dépénalisation partielle de droit (abaissement des peines).

46 Nous préférons parler de «tolérance», puisque dans les faits l'application de cette dépénalisation de fait aurait été conditionnée, d'une part, par l'appréciation par les forces de l'ordre des notions de «trouble à l'ordre public» et de «circonstances aggravantes», et, d'autre part, par le traitement des infractions par les différents parquets du pays.

47 «[...] Est considérée comme une nuisance publique, la détention de cannabis commise dans une institution pénitentiaire, dans un établissement scolaire ou dans les locaux d'un service social, ainsi que dans leur voisinage immédiat ou dans d'autres lieux fréquentés par des mineurs d'âge à des fins scolaires, sportives ou sociales.»

La loi du 3 mai 2003 ayant été partiellement annulée, un vide juridique subsistait. La **directive du 25 janvier 2005**⁴⁸ vient combler celui-ci et statue que la détention de cannabis pour usage personnel, par un majeur, constitue le degré le plus bas de la politique de poursuites, sauf si accompagnée de circonstances aggravantes⁴⁹ ou d'un trouble de l'ordre public⁵⁰. Elle établit également que la constatation de la détention (toujours selon les mêmes conditions) ne donnera lieu qu'à la rédaction d'un procès-verbal simplifié (PVS).

La directive établissait également que les infractions enregistrées dans un PVS n'étaient pas accompagnées par la saisie du cannabis. Toutefois, le propriétaire pouvait choisir d'en faire un abandon volontaire. Cependant, le **Circulaire du 21 décembre 2015**⁵¹ vient durcir la politique relative à la détention de cannabis, en instaurant la saisie systématique des substances stupéfiantes, même lorsque l'infraction fait l'objet d'un PVS⁵².

Soulignons toutefois que les instruments législatifs relatifs au cannabis restent à **géométrie variable**. Leur application dépend en effet de l'interprétation d'un même fait par les policiers (appréciation des notions «circonstances aggravantes» ou «trouble de l'ordre public») et du traitement qu'en feront les différents parquets (c'est-à-dire quelle priorité sera donnée aux cas de détention de cannabis).

1.1.8. LA DIRECTIVE EUROPÉENNE SUR LES PRODUITS DU TABAC

L'Union européenne (UE) a adopté le 3 avril 2014 une directive sur les produits du tabac. Les États membres ont transposé celle-ci en législation nationale en mai 2016. À partir de cette date, les produits fabriqués doivent correspondre aux exigences de la nouvelle législation et les fabricants ont 12 mois pour écouler leurs anciens stocks (c'est-à-dire jusqu'à mai 2017).

La directive introduit dix changements majeurs pour les produits du tabac en UE :

- 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 parallélepipedique 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., est interdite ;
- 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.) ;

48 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.

49 Telles que définies par la loi de 1921.

50 C'est-à-dire 1) la détention de cannabis dans un établissement pénitentiaire ou dans une institution de protection de la jeunesse ; 2) la détention de cannabis dans un établissement scolaire ou similaire ou dans ses environs immédiats. Il s'agit de lieux où les élèves se rassemblent ou se rencontrent, tel qu'un arrêt de transport en commun ou un parc proche d'une école ; 3) la détention ostentatoire de cannabis dans un lieu public ou un endroit accessible au public (p. ex. un hôpital).

51 Circulaire commune du ministre de la Justice et du Collège des procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites.

52 Nous profitons ici de parler de cette Circulaire pour ajouter que celle-ci précise également que «pour des raisons de santé publique», les seringues et aiguilles non utilisées ne sont pas saisies par la police. Ce changement législatif permet donc aux usagers des programmes d'échange ou de distribution de matériel stérile d'injection (en pharmacie ou en comptoir d'échange) de se trouver dans l'espace public avec des seringues et aiguilles non utilisées.

- 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.

Dans le cadre du plan tabac, le Gouvernement a confié à la ministre de la Santé, Mme De Block, la tâche de formuler une proposition visant à instaurer le paquet standardisé 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 représentants du commerce au détail. Sa proposition se basera également sur l'évaluation de l'introduction du paquet neutre en France et au Royaume-Uni (depuis le 20 mai 2016) et sur le résultat des procès en cours au niveau international⁵³.

Les procès évoqués par la Ministre font sans doute référence à ceux qui se sont tenus au Canada, en Uruguay et aux États-Unis, qui se sont soldés par la condamnation des fabricants.

LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE DANS LA LOI BELGE

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 2014. Dès lors, et en plus des obligations déjà exposées ci-dessus, la cigarette électronique 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.

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

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 2017 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 de 2017 et les a présentées au Parlement bruxellois le 20 octobre 2016.

En matière de santé, la COCOM entend présenter son **Plan santé bruxellois** dans le courant de 2017. Celui-ci portera plusieurs réformes, plus particulièrement en matière de gouvernance et d'amélioration de la qualité des soins.

M. Vervoort prévoit pour les **services de santé mentale**, d'une part, de développer le Réseau psy 107 de soins pour les adultes en souffrance psychologique, et, d'autre part, de finaliser le «Guide pour une nouvelle politique en santé mentale pour les enfants et les adolescents».

Concernant les assuétudes, le **Fonds de lutte contre les assuétudes** a été régionalisé. La COCOM finance donc désormais les projets d'accompagnement de sevrage tabagique. Dans une perspective de réduction des risques sanitaires, la COCOM souhaite également collaborer avec la RBC et la Commission communautaire française (COCOF) afin de lancer la mise en place de **salles de consommation à moindre risque** (SCMR).

La COCOM a également hérité de l'**organisation de la 1^{ère} ligne de soins** et compte lancer une réforme en 2017 qui vise à une meilleure adéquation aux besoins de la population bruxelloise. Le Collège réuni prévoit de créer une **Structure régionale d'appui à la 1^{ère} ligne de soins et d'aide**, dont le but est «de promouvoir et de soutenir des soins multidisciplinaires, intégrés, globaux, continus, centrés sur les besoins des habitants».

DÉCLARATION DE POLITIQUE GÉNÉRALE 2017 DE LA COCOF

Le 27 octobre 2016, la Ministre-Présidente du Collège de la COCOF, Mme Laanan, a présenté au Parlement francophone bruxellois sa déclaration de politique générale.

En matière de santé, la COCOF prévoit d'adopter des arrêtés d'application pour le décret de promotion de la santé et de finaliser le **plan promotion de la santé**. Une période de stand-still, c'est-à-dire de maintien des subsides et statuts légaux, est donc prolongée jusqu'à la fin de l'année 2017.

L'agrément et le financement des réseaux seront également prolongés en 2017. Cette année de prolongation permettra de réaliser une **évaluation des réseaux**. Une «mise en commun» avec les acteurs de terrain sera organisée au terme de cette évaluation, dans la perspective de dégager des orientations futures et de réfléchir aux articulations entre les réseaux ambulatoires et les futurs réseaux de promotion de la santé.

La Déclaration annonce également le développement du **Plan de réduction des risques** (RdR), soutenu par l'intégration de la mission de RdR dans le décret ambulatoire. La COCOF a également l'intention de mettre l'accent sur une amélioration de la disponibilité du matériel stérile d'injection et le développement d'initiatives de promotion de la santé en milieu carcéral.

En 2016, le **Décret ambulatoire** a fait l'objet de premières modifications basées sur son évaluation. Sa révision en profondeur se poursuivra en 2017 avec un travail d'harmonisation des missions et des fonctions de l'ambulatoire.

Aussi, malgré l'absence d'accord au niveau fédéral pour un plan national alcool, la ministre a déclaré que la lutte contre la **consommation problématique d'alcool** reste une priorité.

La COCOF entend prolonger le projet de **dépistage délocalisé** du VIH et des autres IST débuté en 2016.

Enfin, pour l'ensemble de ses politiques de santé et, généralement, pour ses politiques ambulatoires, la COCOF cherchera à créer des **synergies avec la COCOM**, notamment afin de tendre vers un maximum de cohérence au sein de la Région Bruxelles-Capitale (RBC).

1.2.2. 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 le plan, rassemblant les représentants des acteurs de terrain, les associations de patients, les organismes assureurs et les partenaires sociaux. Les ministres bruxellois et les ministres en charge de la santé dans les autres entités politiques seront également concertés.

Les travaux seront 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 devra 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 devront s'inscrire dans une approche centrée sur les besoins des usagers/patients 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)⁵⁴.

Le ministre Didier Gosuin a déclaré que le PSB serait présenté durant l'année parlementaire 2016-2017, c'est-à-dire **avant juillet 2017**. Avant d'être proposé au Parlement, le plan sera présenté aux acteurs de terrain qui ont participé aux réunions de concertation en amont⁵⁵.

Selon M. Gosuin, la COCOM poursuivra les politiques déjà initiées en les intégrant au PSB. Notamment, concernant la politique menée en **santé mentale**, la PSB pourrait prévoir le renforcement du réseau des acteurs et du réseau de soins pour les adultes en souffrance psychologique (le réseau Psy 107⁵⁶).

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). Les entités bruxelloises devraient également 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.

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

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

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

1.2.3. LE GOUVERNEMENT THÉMATIQUE SANTÉ COCOF

Le 27 avril 2016 s'est tenu le Gouvernement thématique Santé du Gouvernement francophone bruxellois auquel étaient présents les quatre ministres compétents en Région bruxelloise : Mme Cécile Jodogne (COCOF), Mme Fadila Laanan (COCOF), Mme Céline Fremault (RBC, COCOM et COCOF) et M. Didier Gosuin (RBC et COCOM).

Ces Gouvernements thématiques sont l'occasion de mettre en exergue une compétence ministérielle particulière et de la mettre en relation avec les compétences connexes et complémentaires afin d'établir des priorités et des mesures politiques concrètes transversales pour l'année à venir.

La santé, par sa nature, est une compétence **transversale et intersectorielle**. Elle exige en effet l'élaboration de stratégies qui tiennent en compte des multiples **déterminants de la santé** (environnement, logement, emploi, discriminations, etc.) afin d'améliorer l'état de santé et réduire les inégalités sociales. Ainsi, la santé est une compétence répartie entre différents niveaux de pouvoir, tant fédéral que fédérés. C'est pourquoi, en a conclu la ministre en charge de la santé à la COCOF Cécile Jodogne, lors du Gouvernement thématique santé, il est central de développer une politique de santé **cohérente** à Bruxelles, qui encourage et repose sur une vaste **concertation** avec tous les partenaires institutionnels et associatifs.

Ainsi, la ministre et ses collègues s'accordent sur plusieurs orientations des politiques en matière de santé et assuétudes, notamment la formation et la qualification des acteurs spécialisés et non-spécialisés, la concertation du secteur et la création de réseaux qui favorisent l'intersectionnalité, le développement d'une cohérence institutionnelle aux différents niveaux de pouvoir, la participation active des usagers aux projets et décisions qui les concernent, l'amélioration de la récolte de données, la réduction des inégalités et la continuité des soins, et enfin la prise en compte des déterminants de la santé dans l'élaboration de politiques publiques de santé. Ces orientations font en grande partie écho aux contributions du secteur à l'élaboration de politiques et plans d'actions, et encouragent leurs articulations et synergies⁵⁷.

Chaque année, l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale publie le Baromètre social. Celui-ci présente les données les plus récentes en matière de pauvreté et d'exclusion sociale, et permet de suivre leur évolution. En matière de santé, le **Baromètre social 2016** a relevé plusieurs constats inquiétants mais non étonnants :

- L'accès aux soins préventifs est difficile pour la part de la population bruxelloise dont le niveau socioéconomique est bas. Pour le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, on observe ainsi un gradient social, en lien avec la fréquence des visites gynécologiques qui diffère selon la situation socioéconomique des personnes.
- Selon l'Enquête Santé par interview 2013 (Demarest, 2015), près d'un quart des ménages bruxellois interrogés (22,5 %) déclarait avoir reporté des soins de santé pour des raisons financières. Ce phénomène touche d'autant plus les populations dont le revenu est faible (il concerne 40 % des ménages les plus «pauvres») et est plus fréquent en Région bruxelloise que dans le reste du pays. Le report des dépenses de soins de santé touche davantage les familles monoparentales (35,8 %), que les isolés (22,8 %), les couples avec enfant(s) (20,8 %) et les couples sans enfant(s) (14,3 %).

Lors de ce Gouvernement thématique, la ministre Jodogne a établi 8 thématiques «santé» prioritaires dont l'une est la **réduction des risques en matière de drogues et assuétudes**.

Aussi, d'autres priorités s'articulent et sont en lien avec les assuétudes, notamment :

- La diminution des cas d'infection au VIH et autres infections sexuellement transmissibles (IST), qui repose sur le développement du recueil de données et de l'offre de dépistage, et sur le soutien à la concertation des acteurs ;

⁵⁷ Brochure «Une politique au service de la santé de tous», issue du Gouvernement thématique Santé publique du 27 avril 2016, disponibles sur le site officiel de la ministre Jodogne.

- La réduction des inégalités en matière d'accès à la santé, c'est-à-dire favoriser la réinsertion des personnes précarisées et isolées ;
- La santé communautaire qui encourage la participation des usagers aux projets et décisions qui les concernent.

1.2.4. LA RECONNAISSANCE PLEINE DE LA RDR COMME STRATÉGIE DE SANTÉ PUBLIQUE

Le Parlement francophone bruxellois a voté, lors de la séance plénière du 15 juillet 2016, le projet de décret modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé, et insérant des dispositions relatives aux institutions qui ont fait le choix de la COCOF suite à la 6^{ème} Réforme de l'État.

Elaboré en concertation avec le secteur, le projet de décret propose notamment des amendements qui intègrent la réduction des risques aux matières et missions des services actifs en matière de toxicomanies. Adopté par l'Assemblée et le Collège de la COCOF le 20 juillet 2016, ce décret reconnaît pleinement la Rdr comme stratégie de Santé publique.

1.2.5. LES POLITIQUES DE LA COCOF EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Suite au transfert de compétence, la ministre en charge de la santé à la COCOF, 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 les dispositions relatives au **plan de la promotion de la santé et à son évaluation**, la création d'une section «Promotion de la santé» au sein du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé, les procédures et subventionnements, les procédés de contrôle et d'inspection, les missions et modalités de fonctionnement de l'instance de pilotage, des services d'accompagnement (SAPS) et de support (SESU), des acteurs et des réseaux de promotion de la santé, et des programmes de médecine préventive⁵⁸.

Le décret définit également les **stratégies prioritaires** du plan : l'intersectorialité, 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.

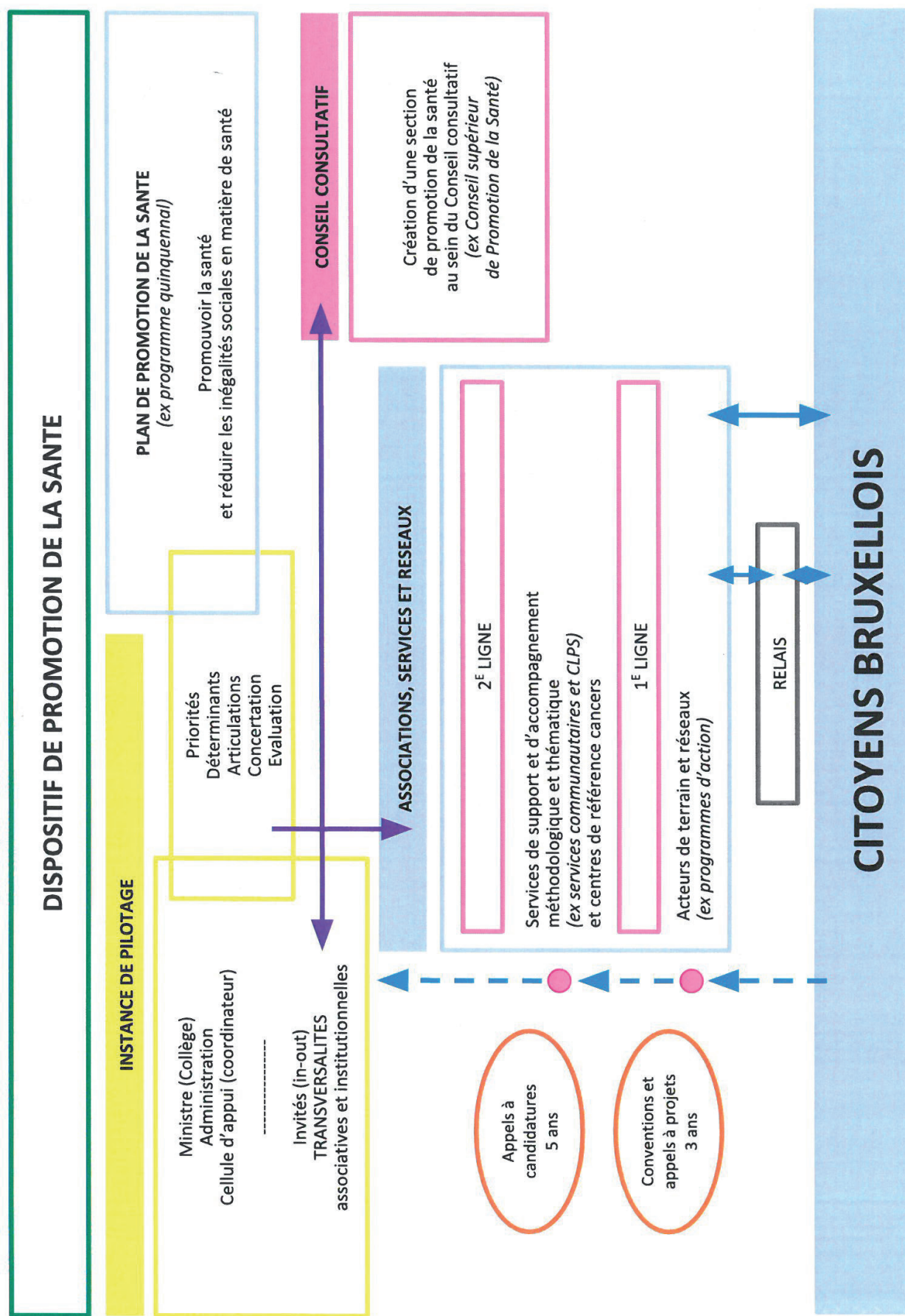
Une fois le plan élaboré, les appels à candidatures (pour les services) et les appels à projets (pour les acteurs et réseaux) seront lancés sur base de celui-ci, le but étant d'avoir un dispositif opérationnel pour début 2018.

Le projet d'arrêté d'application du décret comprend une disposition transitoire qui prolonge les subsides octroyés aux associations ou organismes publics actifs en promotion de la santé en Région bruxelloise jusqu'à la désignation des organismes piliers et des acteurs de la promotion de la santé en vertu du décret⁵⁹.

⁵⁸ Le dispositif de promotion de la santé est plus amplement détaillé dans notre rapport 2015.

⁵⁹ Question orale de Mme Genot à Mme Jodogne, Compte rendu de séance plénière du 14/10/2016.

Figure 3 : Le dispositif organisationnel de la promotion de la santé de la COCOF



Source : Schéma du dispositif de la promotion de la santé (reçu du cabinet de Mme la ministre Jodogne, le 27/01/2016)

LA SECTION «PROMOTION DE LA SANTÉ» AU SEIN DU CONSEIL CONSULTATIF

Suite à l'adoption du décret de promotion de la santé, la COCOF a créé la nouvelle section «Promotion de la santé» au sein de son Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé (créé par le décret du 5 juin 1997⁶⁰). La section «Promotion de la santé» est l'**organe d'avis** du secteur et fait partie du dispositif chargé de la **mise en œuvre** du plan de promotion de la santé, avec l'instance de pilotage, les services de support et d'accompagnement, les acteurs de terrain et les réseaux⁶¹. Elle est chargée de donner son avis sur toutes les questions qui concernent la promotion de la santé, à sa propre initiative, à la demande du Parlement francophone bruxellois (concernant les propositions de décret), ou à la demande du Collège de la COCOF. L'avis de la section est donc requis pour toutes les questions qui concernent la promotion de la santé, y compris la médecine préventive, mais aussi sur des questions éthiques, sur des projets de décrets et d'arrêtés d'exécution relatifs à la politique de santé, et sur le plan de promotion de la santé⁶².

La section est composée de 14 membres effectifs :

- 3 représentant.e.s des pouvoirs organisateurs ;
- 3 représentant.e.s des travailleurs du secteur ;
- 2 représentant.e.s des utilisateurs ou des publics cibles ;
- 6 membres nommés à titre d'expert.e.s⁶³.

Les membres de la section «Promotion de la santé» ont été nommés par l'arrêté de la COCOF du 2 juin 2016.

LE PLAN QUINQUENNAL DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Afin de «promouvoir la santé et de réduire les inégalités sociales de santé en Région de Bruxelles-Capitale», le Collège de la COCOF adopte un plan quinquennal de promotion de la santé⁶⁴. Selon le Décret de promotion de la santé, le plan précise :

- Les thématiques, objectifs, stratégies et publics cibles ou milieux de vie **prioritaires** ;
- Les **déterminants sociaux et environnementaux** de la santé sur lesquels il convient d'agir pour améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales de santé ;
- Les **articulations avec les autres plans bruxellois** existants en matière de santé ainsi que la concertation et les collaborations avec les acteurs et les entités publiques dont la contribution est nécessaire à l'atteinte des objectifs, qu'ils relèvent de la promotion de la santé ou d'autres niveaux ou domaines de compétence politique ;
- Les **modalités d'évaluation et de suivi** (notamment les critères et indicateurs) permettant d'évaluer le degré de réalisation des différents objectifs.

Le plan est élaboré par l'Administration en **concertation avec les services et les acteurs** de la promotion de la santé. Une coordinatrice a été engagée afin de réaliser ce travail et incarne la Cellule d'appui au sein de l'instance de pilotage. Cette dernière analyse et approuve le plan de promotion de la santé qu'elle soumet ensuite au Collège réuni de la COCOF.

L'instance de pilotage, les SESU et SAPS, les acteurs et réseaux de terrain et la section «Promotion de la santé» du Conseil consultatif forment un dispositif qui définit les objectifs du Plan et assure la mise en œuvre de ce dernier.

60 Le Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé est composé d'un Bureau et de six sections : Aide et soins à domicile, Services ambulatoires, Hébergement, Personnes handicapées, Cohésion sociale et Promotion de la santé.

61 Décret relatif à la promotion de la santé de la COCOF du 18 février 2016.

62 *Ibidem*

63 Arrêté 2016/211 du Collège de la COCOF modifiant l'arrêté du Collège de la Commission communautaire française du 11 septembre 1997 portant exécution du décret du 5 juin 1997 portant création du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé.

64 Décret relatif à la promotion de la santé de la COCOF du 18 février 2016.

LES MODALITÉS D'ÉVALUATION ET DE RÉAJUSTEMENT DES POLITIQUES DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Le Décret prévoit les procédures d'évaluation afin de réajuster, le cas échéant, les politiques menées en promotion de la santé, afin de les faire correspondre au mieux avec les réalités de terrain. Et si la mise en œuvre des priorités en la matière repose sur les acteurs et réseaux de terrain, leur définition est de la compétence du/de la ministre en charge de la Santé.

Ainsi, les **appels à projets** sont évalués après trois ans. Leur évaluation est remise au Collège et porte à la fois sur l'expertise des acteurs et sur «son adéquation aux missions visées dans la convention et au plan de promotion de la santé»⁶⁵. Si l'évaluation est positive, le projet est reconduit pour deux ans maximum sans nouvel appel à projet. Les SESU et les SAPS sont quant à eux évalués au bout de cinq ans ; l'évaluation est remise au Collège. Si le Collège rend une évaluation positive, la désignation est reconduite pour cinq ans sans nouvel appel public à candidature.

L'Administration réalise l'évaluation du **plan de promotion de la santé** sur base des objectifs, des modalités d'évaluation et de suivi établis par celui-ci⁶⁶ et formule des recommandations. Pour cela, elle se base sur les données et rapports d'activités qui lui sont remis par les acteurs et réseaux du secteur et les organismes piliers. L'administration rédige et remet au Collège et à l'instance de pilotage :

- Un rapport d'évaluation intermédiaire, à mi-parcours du quinquennat, qui permet d'éventuelles réorientations des conventions et de nouveaux appels à projet ;
- Un rapport d'évaluation final. En effet, au plus tard 6 mois avant la fin du plan quinquennal, l'administration prépare un projet de plan actualisé, en collaboration avec les organismes piliers et les acteurs de terrain. Le projet est ensuite proposé à l'instance de pilotage qui donne son accord, formule des recommandations et le soumet au Collège. Ainsi, l'instance de pilotage assure le suivi de l'exécution et l'évaluation du plan.

LES ENJEUX DES POLITIQUES DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Les **financements par appel à projet** s'inscrivent dans une logique libérale et à court terme, selon laquelle la mise en concurrence des services non-marchands bénéficierait aux usagers. Cela fonctionnerait dans un modèle économique abstrait où il y aurait de la place pour tous et où la mise en concurrence des opérateurs ne s'accompagnerait pas de l'appauvrissement de l'offre de services ; un mécanisme d'autant plus exacerbé que lesdits services poursuivent des objectifs opposés aux principes de la concurrence, c'est-à-dire l'intérêt collectif et l'aide sociale et solidaire. En pratique cependant, le secteur de la promotion de la santé pourrait souffrir de telles logiques de financement et perdrait de sa diversité et de sa flexibilité. Plus encore, dans un secteur de taille réduite comme celui de la promotion de la santé, la mise en concurrence handicaperait fortement tout travail collaboratif et désolidariserait le secteur.

Les **critères d'évaluation des projets** ne sont pas encore connus et seront établis par le plan de promotion de la santé. Toutefois, ceux-ci devront prendre en compte la spécificité de ce secteur dont les initiatives visent à induire des changements de comportement et de mentalité. Les bénéfices des actions de promotion de la santé ne sont pas forcément quantifiables ; d'une part, parce qu'elles s'inscrivent sur le long terme et, d'autre part, parce que les relations de cause à effet sont complexes et multiples, et sont dès lors difficiles - sinon impossibles - à établir. Des critères d'évaluation quantitatifs mettraient l'accent sur la production de résultats à court terme (puisque les financements dépendent d'appels à projet) et ne reflèteraient donc ni les réalités du terrain ni les objectifs du secteur. En appui, des indicateurs qualitatifs sont nécessaires pour compléter et nuancer une évaluation quantitative. Enfin, il convient de rappeler que le professionnalisme en action sociale et médico-sociale est gouverné par une obligation de moyens, et non par une obligation de résultats qui ne tiendrait pas compte du caractère multidéterminé et souvent imprévisible des comportements humains.

Un autre enjeu des politiques de promotion de la santé est la **cohérence**, d'une part, entre la volonté politique et les dynamiques associatives, et d'autre part, avec les autres entités fédérées. Concernant les accointances entre pouvoirs politiques et acteurs de terrain, l'équilibre reposera sur la mise en place

⁶⁵ *Ibidem*

⁶⁶ Le Collège réuni de la COCOF précise lui-même l'objet, les critères et modalités de l'évaluation du plan quinquennal.

d'espaces d'échange et de concertation entre les organes de décision et d'avis politiques et les acteurs et réseaux du secteur associatif. Premièrement, dans les organes d'avis, le secteur est représenté au sein de la section «Promotion de la santé» du Conseil consultatif. Ensuite, au sein des organes de décision, deux instances sont prévues par le décret pour assurer ce rôle de relais : la coordinatrice de la Cellule d'appui qui fait la synthèse des politiques et des réalités de terrain ; et l'Instance de pilotage, composée du Gouvernement de la COCOF, de l'Administration, de la coordinatrice et, le cas échéant, d'expert.e.s. Cette instance prépare les décisions du Gouvernement en matière de promotion de la santé. Toutefois, bien que le secteur soit consulté a priori et représenté par la Cellule d'appui, celui-ci ne prend pas directement part aux orientations politiques qui cadrent ses actions et financements.

Afin d'assurer la cohérence avec les autres entités fédérées et notamment avec la COCOM et son Plan Santé Bruxellois, les ministres en charge de la santé et des secteurs connexes devront veiller à créer des dynamiques de concertation, à développer des stratégies qui tiennent compte des déterminants de la santé, et à garantir la continuité et la cohérence des différentes politiques de santé sur Bruxelles et au-delà.

1.2.6. LA POLITIQUE DE SÉCURITÉ ET DE PRÉVENTION EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

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 2015⁶⁷. 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 RBC⁶⁸.

«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**, qui devra s'articuler avec le Plan national de sécurité (cf. chap. 1.1.6) et avec les plans zonaux et locaux de prévention⁶⁹. Par sa politique de prévention et de sécurité, le Gouvernement entend «améliorer la sécurité au sein de la RBC et [lutter] contre l'augmentation du sentiment d'insécurité dans les quartiers»⁷⁰.

Approuvé en février 2017 par le Gouvernement de la RBC⁷¹, 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 RBC⁷².

Rédigée par le Ministre-Président et envoyée aux 19 communes, la Note concernant le plan présente la répartition des subsides entre les communes et établit déjà certaines thématiques prioritaires pour les 4 années à venir :

- La prévention de la polarisation⁷³, 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 assuétudes**⁷⁴.

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

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

69 Site officiel de Rudi Vervoort, Ministre-président de la RBC.

70 Site de l'AVCB (Association Ville et Communes de Bruxelles).

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

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

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

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

Chaque commune négocie avec la Région une convention, ou «Plan local de prévention et de proximité», pour la période 2016-2019.

La Note précise également que des coordinations régionales seront mises en place, sous la forme de **plateformes régionales** qui se saisiront de l'une ou l'autre thématique prioritaire. Les plateformes «Sécurité dans les transports en commun» et «Coordination et prévention du radicalisme» sont déjà prévues.

Une série d'arrêtés ont été adoptés au cours de l'année 2016 afin de désigner les fonctionnaires de «Bruxelles Prévention & Sécurité», se prononcer sur le statut administratif et pécuniaire de ses agents, ou encore insérer le nouvel OIP dans le champ d'application de diverses réglementations applicables à la fonction publique régionale.

1.3. RÉGION WALLONNE

1.3.1. LA DÉCLARATION DE POLITIQUE RÉGIONALE DU GOUVERNEMENT WALLON 2014-2019

Le Gouvernement wallon a dévoilé en juillet 2014 son programme quinquennal pour la Région, c'est-à-dire la Déclaration de politique régionale (DPR) 2014-2019. Le contenu de cette dernière est davantage développé dans notre rapport 2015 et nous ne livrons ici qu'un résumé des points les plus importants pour le secteur de la santé.

Suite à 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 soins, la prévention, le Fonds de lutte contre les assuétudes, les institutions de santé mentale⁷⁵, 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).

Le Gouvernement place ses priorités dans la réinsertion socioprofessionnelle, l'offre de logements publics, la lutte contre le surendettement, l'accès aux soins de santé aux plus fragilisés et la politique de relogement prioritaire pour les sans-abris⁷⁶. La RW entend, en effet, **lutter contre les inégalités sociales de santé, la pauvreté et l'exclusion sociale**, notamment en améliorant l'accès aux soins de santé, en encourageant le réseautage et l'approche globale et pluridisciplinaire de ces problématiques.

Le Gouvernement souhaite également renforcer la **cohésion sociale** et soutenir les initiatives associatives dans ce sens. Il est donc prévu que les plans de cohésion sociale (PCS) se poursuivent. Ils feront l'objet d'une simplification administrative «pour en alléger les procédures de suivi».

Le ministre wallon en charge de la santé, Maxime Prévot, a déclaré par ailleurs porter son attention et celle du Gouvernement à la **promotion de la santé en milieu carcéral**. Il a, en effet, sollicité un rapport parlementaire qui devra être présenté à la commission parlementaire et être suivi d'un plan d'action spécifique⁷⁷.

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

76 Intervention de Mme Zrihen, Compte rendu Intégral de la session extraordinaire du Parlement wallon du 24 juillet 2014.

77 Note de politique générale du Maxime Prévot, novembre 2015 ; les résultats de ce rapport parlementaire, réalisé par la députée wallonne Véronique Salvi et intitulé «La santé et la promotion de la santé des personnes détenues en milieu carcéral» a été publié en octobre 2016 (voir le chap. 1.4.4 consacré à la santé des détenus).

Dans le domaine plus particulier des assuétudes, le Gouvernement souhaite adopter une **approche globale** qui tiendrait compte des multiples déterminants de la santé. Il prévoit dès lors d'intégrer la promotion de la santé, d'une part, dans un **travail en réseau** afin d'améliorer la couverture géographique, et, d'autre part, dans un travail de cohérence et de complémentarité avec les **compétences** connexes régionales et communautaires.

Le Gouvernement entend se pencher sur quelques problématiques spécifiques aux usagers de drogues ayant une consommation problématique, à savoir :

- L'accueil des personnes dépendantes, pour lesquelles les thérapies de sevrage ou de substitution n'aboutissent pas ;
- La création de logements supervisés pour accueillir et réinsérer les personnes dépendantes qui sortent de cure ;
- L'évaluation du développement du traitement de substitution aux opiacés (TSO) par diacétylmorphine à destination des usagers problématiques d'héroïnes réfractaires aux autres traitements.

Ce dernier point fait sans doute référence au projet TADAM, mené à Liège. Une évaluation de celui-ci a effectivement été réalisée par une équipe scientifique de l'ULg. Si celle-ci conclut que le **traitement à la diacétylmorphine** est plus efficace que le traitement par méthadone auprès des personnes sévèrement dépendantes, elle révèle également le coût important du dispositif de délivrance. De ce fait, le TSO par diacétylmorphine est à envisager pour compléter le TSO par méthadone et non pour le remplacer. En réaction à cette évaluation, le ministre Maxime Prévot a déclaré que financer ce type de traitement ne lui semblait pas opportun à l'heure actuelle⁷⁸.

Par ailleurs, le Gouvernement wallon, comme les autorités bruxelloises, semble favorable à l'ouverture de **salles de consommation à moindre risque** (SCMR)⁷⁹.

En matière de **santé mentale**, le Gouvernement a pour projet 1) d'encourager la concertation entre les différents dispositifs régionaux en santé mentale et 2) de mettre la priorité sur le «mal-être des jeunes» en coopération avec la FWB.

Le Gouvernement exprime également sa volonté de veiller à une bonne mise en œuvre de la **charte associative** (du 12 février 2009). Celle-ci affirme la reconnaissance par les autorités publiques du secteur associatif et établit les rapports de complémentarité, d'évaluation et de non-concurrence entre les pouvoirs publics et le non-marchand.

Enfin, la DPR expose également quelques principes de bonne gouvernance, dont la **réforme de la fonction consultative** qui vise à rationaliser et diminuer le nombre de conseils, commissions et comités d'avis, afin d'éviter tout doublon consultatif.

⁷⁸ Question écrite de M. Imane à M. Prévot «Le traitement des héroïnomanes de longue durée par diacétylmorphine» le 18/01/2016.

⁷⁹ Nous référons le lecteur au chapitre 1.4.2 consacré à la reconnaissance légale des SCMR et de la délivrance des traitements par diacétylmorphine, dans lequel la position des différentes entités politiques est développée.

1.3.2. L'AGENCE POUR UNE VIE DE QUALITÉ (AVIQ) : ÉTAT DES LIEUX

Afin de gérer au mieux les nouvelles compétences en matière de santé reçues dans le cadre de la 6^{ème} Réforme de l'État, les accords de la «Sainte Émilie» prévoyaient que la RBC et la RW se dotent chacune d'un organe de gestion semblable. En RW, un organisme d'intérêt public a été créé au 1er janvier 2016, à la suite du décret du 3 décembre 2015 adopté par le Gouvernement wallon. Ce nouvel organisme, baptisé l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) basé à Charleroi, a reçu les compétences en matière de politique de santé, politique familiale, politique des personnes handicapées, politique du troisième âge et les prestations familiales.

L'organe faîtière de l'AViQ se compose de trois entités : le Conseil général, le Conseil de stratégie et de prospective, et le Conseil de monitoring financier et budgétaire. L'Agence sera également dotée d'un dispositif d'audit interne.

Les missions de l'AViQ se déclinent en trois comités de branche ayant chacun des thématiques propres : «Bien-être et santé», «Handicap» et «Familles». Le Comité «Bien-être et Santé» se compose lui-même de 4 commissions et le Comité «Handicap» de commissions subrégionales.

Dans la perspective d'appréhender les usagers dans leur intégralité, deux commissions transversales complètent l'organigramme : la Commission «Prévention et promotion de la santé» et la Commission «Autonomie et Grande dépendance».

Nous proposons ici une mise à jour des informations présentées dans notre rapport 2015 et nous référons le lecteur à celui-ci pour le détail des missions et la composition des différents organes.

Notons d'ores et déjà qu'une série d'arrêtés doivent encore être adoptés :

- Un arrêté relatif aux tâches auxiliaires et spécifiques ;
- Un arrêté relatif aux modalités selon lesquelles le Conseil général peut se substituer aux organes ;
- Un arrêté relatif à la communication des décisions.

LE CONSEIL GÉNÉRAL

Le Conseil Général gère l'AViQ, établit le budget de celle-ci et coordonne celui des différentes branches. En concertation avec les comités de branche, il détermine également les orientations politiques générales de l'AViQ et développe des politiques transversales.

Les membres du Conseil Général ont été nommés par l'arrêté du Gouvernement wallon du 7 janvier 2016, modifié par l'arrêté du 14 avril 2016.

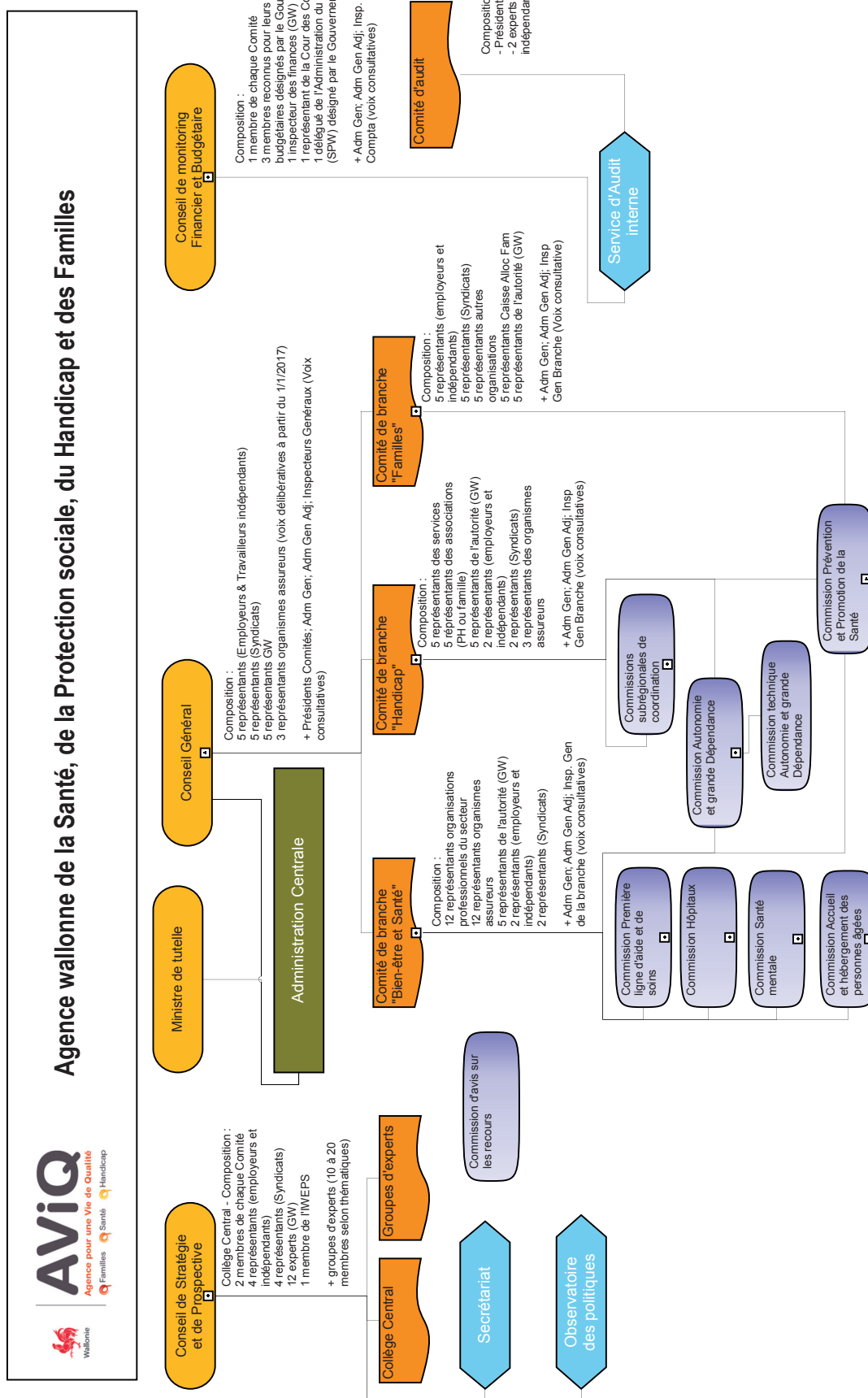
LES ORGANES DE CONCERTATION EN INTERNE

Conformément à l'Arrêté royal portant exécution de la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de ces autorités, le Gouvernement a adopté un arrêté permettant la mise en place des organes de concertation en interne à l'AViQ. Ainsi, l'Arrêté du Gouvernement wallon du 18 février 2016 prévoit la création de comités de concertation de base et de comités intermédiaires de concertation qui sont chargés de régler les questions relatives à la sécurité et aux bonnes conditions de travail au sein de l'Agence.

CONSEIL DE STRATÉGIE ET DE PROSPECTIVE

Le Conseil de stratégie et de prospective a pour mission d'assurer une veille des politiques dans les matières relevant des compétences de l'AViQ, et ce, à tous les niveaux de pouvoir ; il évalue aussi de manière qualitative et quantitative l'éventail des structures œuvrant dans le cadre des politiques concernées et formule des propositions en vue du développement de ces structures ; enfin, le Conseil émet des avis sur les politiques et les textes à portée générale, soit de sa propre initiative, soit à la demande du Gouvernement, du Conseil Général ou d'un comité de branche.

Figure 4 : L'organigramme de l'AViQ



Source : Julie Sarlet, Centre liégeois de promotion de la santé, communication personnelle, 20/10/2016

Le 24 mars 2016, le Gouvernement wallon a adopté un arrêté fixant les modalités de fonctionnement du Conseil de stratégie et de prospective. Ainsi, le Conseil est composé d'un Collège central qui est chargé de remplir les missions énumérées ci-dessus, et de groupes d'expert.e.s (de 10 à 20 selon les thématiques) choisi.e.s pour leurs compétences particulières en rapport avec les matières de l'Agence et dont le Collège peut solliciter l'avis.

La liste des expert.e.s est arrêtée au moins tous les six ans⁸⁰. Le Collège propose au Gouvernement une liste de maximum 180 expert.e.s, en veillant à ce que la répartition entre les candidats soit la plus équilibrée possible, en accord avec le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé. Le Collège lance ensuite un appel à candidatures parmi les expert.e.s ainsi sélectionné.e.s. Le Gouvernement désigne alors 12 expert.e.s parmi les candidatures reçues pour qu'ils complètent la composition du Conseil.

CONSEIL DE MONITORING FINANCIER ET BUDGÉTAIRE

Le Conseil de monitoring financier et budgétaire est entre autres associé au processus de préparation du budget et chargé d'émettre un avis sur toute question budgétaire que lui soumettent le Gouvernement, le Conseil Général ou les comités de branche. Enfin, il est chargé de l'évaluation des recettes et dépenses de l'AViQ.

La composition du Conseil a fait l'objet d'un arrêté du Gouvernement wallon portant nomination de ses membres, le 26 mai 2016. Son règlement d'ordre intérieur a été adopté par décret le 27 octobre 2016.

COMITÉ D'AUDIT INTERNE

Ce dispositif est chargé, d'une part, d'assister le Conseil Général et les comités de branche dans leurs activités de supervision et, d'autre part, de leur fournir une assurance quant au degré de maîtrise des risques et des opérations et activités gérées par l'AViQ. Il est composé d'un comité d'audit indépendant et d'une cellule d'audits internes.

Le Conseil Général doit faire une proposition de composition du Comité.

LES TROIS BRANCHES DE L'AGENCE

Le 3 mars 2016, le Gouvernement wallon a adopté trois arrêtés portant respectivement nomination (pour cinq ans renouvelables) des membres du Comité «Handicap», «Familles»⁸¹ et «Bien-être et Santé». À la même date, le Gouvernement wallon a émis un arrêté quant au fonctionnement du Comité «Famille».

Les règlements d'ordre intérieur de chaque comité ont été approuvés par le Gouvernement par un arrêté du 15 septembre 2016.

Le **Comité «Bien-être et Santé»** se compose de quatre commissions, dont les missions sont de négocier et de conclure des conventions⁸², de proposer des conventions de revalidation au Comité de branche⁸³, et de déterminer les besoins de financement. Leurs membres sont désignés pour 5 ans. Les commissions sont :

- La Commission «Première ligne d'aide et de soins», compétente en matière d'organisation des aides et de soins de santé de 1^{ère} ligne et de soutien aux professionnels ;
- La Commission «Hôpitaux», compétente en matière de politique de dispensation de soins dans les hôpitaux ;

80 L'Agence a publié au Moniteur belge un appel à candidatures le 5 avril 2016.

81 Arrêté du 3 mars portant nomination des membres du Comité «Famille» de l'Agence a été modifié par l'arrêté du Gouvernement wallon du 15 septembre 2016.

82 Une convention définit les rapports financiers et administratifs entre des établissements, services, institutions ou prestataires et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que les rapports entre ces établissements, services, institutions ou prestataires, l'Agence et les organismes assureurs.

83 Sauf en ce qui concerne la Commission «Accueil et Hébergement des personnes âgées».

- La Commission «Santé mentale», compétente en matière de politique de dispensation des soins de santé mentale dans les hôpitaux psychiatriques, dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux, dans les institutions de soin autres que les hôpitaux, et au dehors des institutions de soins ;
- La Commission «Accueil et Hébergement des personnes âgées», compétente en matière de politique de dispensation de soins dans les institutions pour les personnes âgées, en ce compris les services de gériatrie isolés.

Les commissions «Hôpitaux» et «Santé mentale» se concertent afin d'exercer leurs compétences en matière de dispensation des soins de santé mentale dans les hôpitaux psychiatriques, dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux, dans les maisons de soins psychiatriques et les initiatives d'habitations protégées.

En plus du Comité, la branche «Handicap» est également composée de **Commissions subrégionales de coordination** dont le Conseil général, sur proposition du Comité «Handicap», fixe le nombre, la composition et le ressort. Ces commissions subrégionales rassemblent les données existantes concernant la situation socio-économique des personnes handicapées, procèdent à l'étude des besoins de ces dernières en termes de services, promeuvent la concertation et la coordination des services sociaux et de santé qui s'adressent aux personnes handicapées, et proposent les moyens à mettre en œuvre pour promouvoir une politique active. Enfin, les **bureaux régionaux**, au nombre de sept, sont compétents pour recevoir et traiter l'ensemble des demandes introduites par les personnes handicapées domiciliées sur le territoire de leur compétence. L'Arrêté relatif à la mise en place, le nombre et la localisation des bureaux régionaux a été adopté le 14 avril 2016 par le Gouvernement wallon.

COMMISSION «PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ»

Cette commission transversale est commune aux comités des trois branches «Bien-être et Santé», «Handicap» et «Famille». Ses missions sont de conclure des conventions en matière de prévention et de promotion de la santé et d'évaluer les moyens budgétaires en ces matières.

La Commission sera composée de :

- 12 membres désignés sur proposition des organisations représentatives des prestataires dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé ;
- 12 membres désignés sur proposition des organismes assureurs.

L'Agence a lancé un appel à candidatures le 15 septembre 2016. Les membres sont désignés pour une durée de 5 ans.

COMMISSION «AUTONOMIE ET GRANDE DÉPENDANCE»

La Commission transversale «Autonomie et grande dépendance» regroupe les Comités «Bien-être et Santé» et «Handicap». Elle a pour missions de conclure des conventions liées à l'assurance autonomie, de proposer aux Comités «Bien-être et Santé» et «Handicap» des accords relatifs aux aides à la mobilité sur base des travaux de la commission technique, et de faire des propositions en matières de couverture des besoins liés à la perte d'autonomie.

Les membres de la Commission sont désignés pour 5 ans. Un appel à candidatures a été publié le 15 septembre 2016.

La Commission technique, quant à elle, sera composée de :

- 12 membres désignés sur proposition des représentants des associations représentatives des pharmaciens et bandagistes ;
- 12 membres désignés sur proposition des organismes assureurs⁸⁴.

84 Un appel à candidatures a été lancé le 15 septembre 2016 par l'Agence.

LES ENJEUX : ASSUÉTUDES ET TRANSVERSALITÉS

L'organisation de l'Agence est marquée par la volonté du Gouvernement, exprimée dans sa DPR 2014-2019, d'instaurer de la cohérence entre les dispositifs de promotion de la santé. En effet, l'Agence comprend des organes transversaux dont la finalité est de créer des synergies entre ses compétences, et ainsi appréhender l'usager - et sa santé - dans sa globalité.

D'une part, donc, le **principe de transversalité** est garanti par le Conseil Général qui définit et coordonne les budgets des trois branches, et ce, afin d'éviter un cloisonnement budgétaire qui ne tiendrait pas compte des enjeux transversaux. D'autre part, la mise en place de commissions transversales invite les différentes branches à gérer ensemble leurs problématiques communes⁸⁵.

Si le ministre Prévot a déclaré prévoir «une place au secteur des assuétudes dans le cadre de la fonction consultative au sein de l'AViQ»⁸⁶, il semblerait que les services et réseaux «assuétudes» fassent partie des compétences de la Commission «santé mentale». Or, le secteur des assuétudes aspire à ce que leur domaine d'expertise conserve une place à part entière au sein de l'AViQ et ne soit pas incorporé dans un autre secteur (la santé mentale, par exemple). Les matières «drogues» ne se limitent pas, en effet, aux assuétudes liées à la santé mentale, ni aux traitements de substitution, ni à la réduction des risques ou à l'accompagnement psychosocial, mais embrassent l'ensemble de ces pratiques. Les assuétudes sont une matière typiquement transversale, qui requiert une approche pluridisciplinaire et globale. Aussi, leur place au sein de l'AViQ gagnerait à refléter cette spécificité en instaurant des espaces dans lesquels le secteur spécialisé et les secteurs connexes pourraient créer des synergies et participer à une meilleure cohérence des dispositifs de promotion de la santé et d'aide et de soins.

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 ministre wallon en charge de la santé, Maxime Prévot, a opté pour la rédaction d'un **nouveau décret de promotion de la santé**. Ce décret organise le secteur et prévoit un plan de promotion de la santé. Le Gouvernement devait présenter une note d'intention à la mi-décembre 2016 et exposer ses orientations, stratégies et priorités en matière de promotion de la santé.

D'ici à l'adoption du décret et du nouveau plan, la période de **stand-still**, durant laquelle le plan quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) reste de vigueur, a été prolongée pour une année supplémentaire (c'est-à-dire jusqu'à la fin de l'année 2016).

LE PLAN DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Le futur plan de prévention et promotion de la santé s'inscrit sur le long terme et sera prévu jusqu'à l'horizon 2030⁸⁷. L'élaboration d'un nouveau plan de prévention et de promotion de la santé s'inscrit dans le nouveau cadre politique de l'OMS pour la région européenne, baptisé **Health 2020**. Ce cadre politique a reçu l'accord des 53 États membres en 2012.

85 Question écrite de Mme Vienne à M. Prévot du 03/03/2016 «La composition du collège d'experts au sein de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ)».

86 Question écrite de M. Daele à M. Prévot du 09/02/2016 «La politique des assuétudes et des drogues».

87 Emilie Delferrière, cabinet du ministre Prévot, communication personnelle, 01/02/2017.

Health 2020 poursuit deux grandes orientations stratégiques :

- Améliorer la santé de tous et réduire les inégalités de santé ; et, dans cette perspective, mettre en place des synergies entre secteurs et au sein du secteur de la santé et agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ;
- Améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé ; et, pour cela, évaluer l'impact de l'ensemble des politiques sur la santé, mettre en place des approches intersectorielles de la santé ainsi que des processus qui favorisent la cohérence et la résolution des problèmes. Enfin, les pouvoirs publics soutiennent la mise en place de structures et processus qui permettent la participation des citoyens, de la société civile et d'autres groupes concernés par les politiques de santé (OMS, 2013).

La politique Health 2020 s'articule autour de 4 priorités interdépendantes et solidaires :

- Investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et responsabiliser les populations ;
- Relever les principaux défis sanitaires de la Région en matière de lutte contre les maladies non transmissibles et transmissibles ;
- Renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, les capacités de santé publique ainsi que la préparation, la surveillance et les interventions en cas de crise ;
- Créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien (OMS, 2013).

Le plan de la RW devrait fournir un cadre à partir duquel les acteurs qui le souhaitent pourront développer des actions et stratégies de promotion de la santé. Le plan constituera également la base sur laquelle les acteurs seront subventionnés. Le Ministre a par ailleurs exprimé sa volonté, concernant les acteurs de la promotion de la santé et de la médecine préventive, de «repenser la manière de les subventionner, en tenant compte des actions menées et du public cible, du territoire couvert et surtout en prévoyant de maintenir les projets dans la durée»⁸⁸.

Maxime Prévot s'est prononcé en faveur du concept «**Santé dans toutes les Politiques**» (Health in all Policies), conformément aux recommandations de l'OMS (2013), et au sujet duquel il compte présenter une note au Gouvernement en même temps que sa proposition de plan de prévention et de promotion de la santé. Ce concept se retrouve d'ores et déjà dans les intentions du Ministre concernant le futur plan. Ainsi, le Ministre de la santé a 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'est 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, etc.). Le plan de promotion de la santé devra enfin prévoir l'accès à des bases de données, des outils de communication et définir les processus d'évaluation⁸⁹.

Le plan de promotion de la santé sera élaboré en collaboration avec l'AViQ et les acteurs de terrain. Aussi, chaque axe stratégique du futur plan sera élaboré par un groupe de travail pilote spécifique, auquel participent les représentants des ministres wallons et des ministres concernés issus des différents niveaux de pouvoir⁹⁰.

Le plan de promotion de la santé s'articule et intègre le Plan d'amélioration de la santé des Wallons et des Wallonnes et le plan wallon Nutrition-Santé. Le ministre Prévot a déclaré vouloir présenter au Gouvernement un Plan régional de prévention et de promotion de la Santé pour la fin de l'année 2017⁹¹.

88 Question orale de Mme Durenne à M. Prévot «Le programme 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.

89 *Ibidem*

90 Question écrite de Mme Durenne à M. Prévot du 04/11/2016, «Le rapport entre le Plan santé prévu par le Ministre et les compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles».

91 Question orale de Mme Péciaux à M. Prévot, «Le futur plan wallon de prévention et de promotion de la santé», Compte rendu intégral de la Commission des travaux publics, de l'action sociale et de la santé du 17/01/2017.

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

La politique de promotion de la santé du ministre Maxime Prévot passera par la mise en place d'un plan d'amélioration de la santé des Wallons et des Wallonnes.

Fin de l'année 2015, Maxime Prévot annonçait que ledit plan était en cours d'élaboration. Ce plan comportera lui-même le **plan Nutrition-Santé**⁹². 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 Région wallonne». 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'AViQ⁹³.

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 DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ 2015-2019

Conformément à sa DPR 2014-2019, le Gouvernement se donne comme priorité la lutte **contre la pauvreté et les inégalités d'accès aux soins de santé** entre les différentes strates de la population. 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.

Dans ce dernier, la pauvreté est approchée comme un phénomène total, complexe et multidéterminé ; un phénomène économique, certes, mais surtout social et structurel. La pauvreté monétaire et la déprivation matérielle⁹⁴ sont considérées comme le fruit de plusieurs préjudices qui interagissent et se renforcent entre eux, engendrant ainsi une dynamique de précarisation. Le plan s'inscrit dans une stratégie transversale à destination de la population wallonne ; il tient compte et vient compléter les dispositifs déjà existants qui ont un effet sur les situations de déprivation matérielle des personnes.

Le plan s'articule autour de onze thématiques :

- Le logement
- L'alimentation
- L'énergie
- L'eau
- La santé
- Les politiques familiales
- La mobilité
- Le tourisme
- Le numérique
- L'accès aux droits
- Les démarches partenariales.

Plus particulièrement 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 santé⁹⁵. 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.

92 Au sujet duquel le ministre Prévot déclarait : «[...] certaines mesures pourraient émerger de ce plan telles que la sensibilisation des médecins généralistes à la problématique, l'obligation d'améliorer la prise en charge nutritionnelle dans les structures (maisons de repos, hôpitaux, etc.)».

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

94 Selon la synthèse du plan, «une personne se trouve en situation de déprivation matérielle en cas d'incapacité à couvrir trois des neuf postes suivants : faire face à des dépenses imprévues, manger tous les deux jours un repas contenant des protéines, chauffer correctement son logement, partir une semaine en vacances par an, éviter les arriérés de crédit, de loyer et de paiement, disposer (si souhaité) d'une voiture, d'une télévision, d'un téléphone, d'une machine à laver.»

95 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, développé ci-après).

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 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.).

1.3.4. LE FONDS RÉGIONAL DE COHÉSION SOCIALE

En fonction des objectifs poursuivis et des spécificités locales, une partie des Plans de cohésion sociale (PCS) financés par les communes mène des actions en matière d'assuétudes (réduction des risques et accompagnement des usagers, principalement).

Dans sa Déclaration de politique régionale (DPR) 2014-2019, la RW annonçait vouloir renforcer la cohésion sociale et soutenir les initiatives associatives dans ce sens. Il était donc prévu que les PCS se poursuivent et qu'ils fassent l'objet d'une simplification administrative. Le Gouvernement souhaitait également encourager les partenariats entre les communes et les acteurs concernés.

Le Gouvernement a finalement décidé de remplacer le décret du 6 novembre 2008 relatif au Plan de cohésion sociale par un **Fonds régional de cohésion sociale** (FRCS), qui fait partie intégrante du Plan de lutte contre la pauvreté, elle-même priorité régionale. L'avant-projet de décret relatif à la création du FRCS a été adopté en première lecture par le Gouvernement wallon le 24 mars 2016, sur proposition du ministre des Pouvoirs locaux, Paul Furlan. Sa première programmation est prévue sur la période 2020-2025.

Dans un communiqué de presse datant du 24 mars 2016, le Gouvernement déclare vouloir «recentrer» sa politique sur :

- Une dimension individuelle «qui prône la réduction de la pauvreté et des inégalités ou exclusions sociales, la prévention du radicalisme et la lutte contre la privation de l'accès aux droits fondamentaux» ;
- Une dimension collective «qui vise à construire ensemble une société solidaire et coresponsable pour le bien-être de tous»⁹⁶.

Les bénéficiaires du Fonds seront donc les communes qui auront la possibilité d'en déléguer la perception et la gestion au CPAS. Selon l'enveloppe attribuée, la commune ou le CPAS proposent à la Région un plan pluriannuel d'actions qui pourront être mises en place⁹⁷. Le Fonds fonctionne sur **droit de tirage**⁹⁸ avec une libération automatique annuelle des fonds, et ce, afin de :

- «Tenir compte de la définition du projet politique défini par chaque commune ;
- Encourager les partenariats entre les communes ;
- Simplifier et alléger les procédures d'attribution des subventions et de suivi administratif subséquent»⁹⁹.

Dans sa DPR 2014-2019, le Gouvernement épingle le logement comme un facteur essentiel de cohésion sociale. C'est notamment pourquoi l'accès au Fonds est conditionné par un taux de logement public d'au moins 5 % sur le territoire communal. Toutefois, et parce que cette condition est trop restrictive, deux autres critères ouvrent l'accès au Fonds aux communes dont le taux de logement public est insuffisant :

- Un revenu moyen par habitant inférieur au revenu moyen par habitant de la RW ;
- Ou une convention de partenariat avec la RW dans le cadre du Plan Habitat Permanent.

Malgré ces concessions gouvernementales, plusieurs parlementaires wallons ont interpellé le ministre Furlan au sujet des réserves et préoccupations émises par les acteurs de terrain : d'abord, les conditions restrictives d'accès au Fonds écartent d'emblée une centaine de communes. C'est dès lors une véritable coupe budgétaire pour ces dernières, majoritairement de petite taille et souvent rurales. Il faut en effet compter de 30 à 40 % de PCS en moins avec les nouveaux critères d'accès ; un bilan auquel il faut ajouter des dommages collatéraux, notamment des pertes d'emploi¹⁰⁰.

Pour les communes non-éligibles, mais qui présentent une évaluation positive, le Gouvernement wallon prévoit une période de *phasing-out* - c'est-à-dire de transition - sur deux ans, et durant laquelle la RW subsidie lesdites communes à hauteur des deux tiers la première année et du tiers la deuxième. Les modalités d'applications ne sont pour le moment pas précisées¹⁰¹ ; les communes et projets concernés sont donc dans l'incertitude. Les communes non-éligibles ont également la possibilité de se regrouper afin de cumuler ensemble les 5 % de logements publics sur leurs territoires (Union des Villes et Communes de Wallonie, 2016). Toutefois, nous souhaitons attirer l'attention sur le fait qu'une telle politique du regroupement néglige, d'une part, les distances géographiques qui peuvent constituer un frein d'accès pour les populations précarisées et marginalisées, et, d'autre part, la diversité des problématiques et des besoins d'une commune à l'autre.

96 Communiqué de presse du Gouvernement wallon du 24/03/2016 relatif à la création du FRCS.

97 Les actions proposées ne sont pas contraignantes, les bénéficiaires sont d'ailleurs encouragés à inscrire davantage d'actions que celles qu'ils mettront en œuvre. Ce système permettrait une réelle prévisibilité, une meilleure planification des investissements et une simplification administrative non négligeable (UVCW, 2009).

98 Le droit de tirage est une dotation accordée à un bénéficiaire (ici les communes ou les CPAS) sur un laps de temps déterminé et dans laquelle il peut puiser pour financer différents projets.

99 Communiqué de presse du Gouvernement wallon, *Ibidem*.

100 Question orale de M. Jeholet et M. Daele à M. Furlan, Compte rendu intégral de la Commission des pouvoirs locaux, du logement et de l'énergie du 21/06/2016 et question écrite de M. Evrard à M. Furlan «Les incidences en zones rurales de la réforme de la politique wallonne de cohésion sociale» du 22/07/2016.

101 Question écrite de M. Crucke à M. Furlan «La réforme des Plans de cohésion sociale (PCS)» du 03/08/2016.

Enfin, les acteurs de terrain n'ont pas été consultés dans le processus d'élaboration de l'avant-projet de décret. L'arrêt des PCS pour de nombreuses communes signifie la fin d'actions, dont certaines sont en place depuis plusieurs années. C'est alors un ensemble de liens établis avec des partenaires locaux et la continuité de l'expertise de terrain qui risquent fortement d'être rompus. De plus, les critères d'accès au Fonds ne tiennent pas en compte la diversité et la réalité de terrain des communes dont les profils varient. Selon ces mêmes parlementaires, la RW imposerait de la sorte sa vision de ce que devraient être les PCS¹⁰². En effet, l'annexion de la cohésion sociale à la lutte contre la pauvreté a été décriée, notamment parce que celle-ci suppose, d'une part, un glissement budgétaire de la cohésion sociale vers la lutte contre la pauvreté, et, d'autre part, la conversion d'un dispositif d'émancipation (par la prévention de l'appauvrissement et la construction du «vivre ensemble») vers une politique curative (c'est-à-dire encourager le logement social et lutter contre la pauvreté)¹⁰³.

Selon le Conseil économique et social de Wallonie (CESW, 2016), la cohésion sociale gagnerait à définir ses finalités et actions propres, qui ne se chevauchent pas avec d'autres initiatives proches (l'insertion socioprofessionnelle ou l'insertion sociale, par exemple). Le CESW estime dès lors indispensable de précéder l'élaboration d'actions de cohésion sociale d'un **état des lieux** des initiatives déjà en cours en Wallonie. Le Conseil recommande également d'appliquer au FRCS un principe de subsidiarité afin d'éviter toute redondance, le rôle de celui-ci n'étant pas de «servir de substitut financier aux autres missions des pouvoirs publics définies par ailleurs». Nous nous interrogeons toutefois : la réinjection de financements publics dédiés à la cohésion sociale dans des projets aux objectifs proches est-elle la conséquence d'un simple chevauchement de problématiques ? Ou bien celle de budgets publics insuffisants qui ne permettent pas aux services publics de remplir leurs missions premières et les contraignent à jongler entre les différentes sources de financement ?

1.3.5. LA RÉORGANISATION DE LA 1^{ÈRE} LIGNE DE SOINS EN WALLONIE

Le 21 juillet 2016, le ministre wallon en charge de la santé a 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 a été approuvée par le Gouvernement.

En accord avec la DPR 2014-2019, le ministre Prévot souhaite 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} ligne¹⁰⁴.

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

Afin de mener ces projets à bien, la note-cadre prévoit la mise en place d'une évaluation continue des dispositifs dès 2017. En effet, selon le ministre, instaurer un système d'évaluation permettrait d'identifier des bonnes pratiques et de les échanger entre structures¹⁰⁵.

102 Question orale de M. Jeholet et M. Daele à M. Furlan, Compte rendu intégral de la Commission des pouvoirs locaux, du logement et de l'énergie du 21/06/2016 et question écrite de M. Evrard à M. Furlan «Les incidences en zones rurales de la réforme de la politique wallonne de cohésion sociale» du 22/07/2016.

103 Question orale de M. Jeholet et M. Daele à M. Furlan, Compte rendu intégral de la Commission des pouvoirs locaux, du logement et de l'énergie du 21/06/2016.

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

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

1.3.6. LE LABEL BACKSAFE

Dans le cadre de la 6^{ème} Réforme de l'État et de la régionalisation, la RW est devenue compétente entre autres en matière de sécurité routière. La Région s'est alors saisie de cette opportunité pour lancer le label BackSafe en juin 2015 dans le but d'améliorer la sécurité routière dans le contexte des sorties. L'objectif de ce label est de diminuer de moitié le nombre de tués sur les routes wallonnes d'ici 2020 ; un objectif fixé par différents niveaux de pouvoir (européen¹⁰⁶, fédéral¹⁰⁷) et repris dans la Déclaration de politique régionale 2014-2019 du Gouvernement wallon¹⁰⁸.

Le label est octroyé par l'Agence wallonne pour la sécurité routière (AWSR)¹⁰⁹ afin de soutenir les organisations ou établissements de fêtes (festivals, cafés, discothèques, salles des fêtes communales, ...) qui prennent des initiatives de sensibilisation auprès de leur public, plus particulièrement les 18-34 ans qui prennent le volant pour rentrer de soirée ou de festival. Les jeunes automobilistes sont donc sensibilisés à la conduite sous influence d'alcool ou en état de fatigue, et aux moyens alternatifs concrets de retour au domicile. Le label ne porte cependant pas sur la consommation de drogues illicites ou de médicaments.

La nature des liens entre les jeunes, la conduite sous influence et les accidents de route est plus complexe qu'il n'y paraît. Dans le cadre d'accidents corporels, les 20-29 ans au volant sont plus souvent (entre 16 et 17 %) sous influence de l'alcool que les 30-59 ans (13 %). Mais en dehors du contexte d'accident, les moins de 25 ans prennent moins souvent le volant lorsqu'ils sont sous influence d'alcool¹¹⁰ (Nuyttens, Focant et Casteels, 2012). Cependant, la tendance s'inverse pour les drogues, davantage consommées par les moins de 25 ans. Et la conduite sous influence de drogues est plus fréquente chez les conducteurs plus jeunes. En effet, par exemple, la conduite sous influence de THC concerne 2,55 % des 18-24 ans, 0,38 % des 25-34 ans, 0,04 % des 35-49 ans et 0 % des plus de 50 ans. Les tendances sont les mêmes pour la cocaïne et les opiacés illégaux, quoique dans une moindre mesure puisque ces produits sont moins consommés dans la population générale (Van der Linden, Legrand, Silverans et Verstraete, 2011).

L'Institut belge de la sécurité routière fournit plusieurs interprétations afin de comprendre cette contradiction apparente en ce qui concerne l'alcool. D'un côté, les jeunes d'aujourd'hui sont la génération Bob, qui a été depuis longtemps sensibilisée aux risques de l'alcool au volant, ce qui pourrait expliquer pourquoi ils conduisent moins souvent après avoir bu. Mais de l'autre côté, pour un même taux d'alcoolémie, les jeunes sont plus sensibles aux effets que leurs aînés. Ils sont également moins expérimentés en conduite, a fortiori sous influence, que ces derniers, ce qui explique pourquoi l'alcool est souvent pour eux une cause d'accident. En outre, leurs habitudes de consommation d'alcool sont différentes : si les jeunes consomment moins souvent ou moins régulièrement, lorsqu'ils consomment, ils tendent à consommer en plus grande quantité que les tranches d'âge supérieures (Gisle, 2014). D'autres facteurs qui ne sont pas liés à la prise de drogues ou de médicaments peuvent également favoriser les accidents chez les jeunes. La fatigue au volant, d'abord, touche davantage les jeunes en raison de leur rythme de vie, à savoir qu'ils restent éveillés plus longtemps. Les jeunes automobilistes sont aussi moins aguerris à la conduite. En effet, ils mettent plus de temps à diagnostiquer les informations qui les entourent et ont moins d'automatismes - et donc de réflexes - en cas de danger que les conducteurs plus expérimentés.

106 La Commission européenne a publié les «orientations politiques pour la sécurité routière de 2011 à 2020» dans lesquelles elle maintient l'objectif de réduire de moitié le nombre de tués sur les routes à l'horizon 2020 dans l'Union européenne

107 Notamment via l'Institut belge de la sécurité routière.

108 La RW a elle-même délégué la réalisation de cet objectif au Conseil supérieur wallon de la sécurité routière et créé l'Agence wallonne pour la sécurité routière.

109 L'AWSR est présidée par le ministre wallon en charge de la santé et poursuit 4 objectifs : l'organisation des campagnes de sensibilisation, l'information et l'orientation des victimes, le soutien de la politique de contrôle des services de police, et la production et l'analyse de statistiques.

110 1,9 % (18-25 ans), 2,7 % (26-39 ans), 3,2 % (40-54 ans) et 1,6 % (plus de 55 ans) en 2010.

Pour réduire l'impact de cette plus grande vulnérabilité des jeunes conducteurs, la RW a donc mis en place le label BackSafe. Concrètement, chaque organisation ou établissement intéressé signe avec l'AWSR une charte BackSafe aménagée par les deux parties¹¹¹. D'un côté, l'organisation ou l'établissement s'engage à prendre des mesures afin de favoriser le retour en sécurité de leurs clients ou participants à domicile, telles que :

- Communiquer de manière visible les solutions existantes ou mises en place pour un retour à domicile en sécurité ;
- Sensibiliser les clients ou participants à des endroits stratégiques ;
- Proposer des solutions concrètes comme la mise à disposition d'eau potable gratuite ou de «softs» à prix moins élevés que la bière, la vente d'éthylotests jetables à prix démocratique, des navettes de bus gratuites, ...
- Prolonger les campings des festivals au-delà du dernier concert pour que les participants puissent se reposer et quitter les lieux le lendemain.

En contrepartie, l'AWSR soutient ces efforts par :

- La mise à disposition ou le développement de matériel de communication ;
- La mise en contact avec des partenaires utiles à la mise en place du projet ;
- La réalisation d'actions de sensibilisation ;
- Des subventions qui pourront être accordées sous deux conditions : l'organisation devra avoir le statut juridique d'asbl et proposer un projet qui corresponde aux exigences du label BackSafe¹¹².

Si, pour le moment, le label s'est développé auprès de plusieurs festivals wallons¹¹³ et dans le secteur Horeca, le ministre Prévot et l'AWSR prévoient déjà d'étendre son application et d'établir des accords avec les discothèques (avec l'appui du label Quality Night qui opère déjà en la matière) et les communes. Le ministre Prévot a également déclaré qu'à terme, il souhaiterait lier les demandes de subsides pour les organisateurs d'événements festifs à l'obligation d'obtenir le label BackSafe¹¹⁴.

Les modalités de mise en œuvre du label semblent s'adapter aux spécificités des milieux dans lesquels il s'implante et des publics qu'il vise. Le retour en sécurité au domicile est traité de manière globale mais les actions menées, les formations dispensées et les dispositifs mis en place prennent en compte les consommations, les pratiques et les besoins réels des publics cibles (tant les usagers que les professionnels). Le label semble également consulter et développer des collaborations avec les associations de terrain déjà actives en matière de RdR en milieu festif.

Toutefois, la prévention dans les festivals peut s'accompagner d'initiatives répressives : des contrôles de police peuvent en effet être menés dans les environs et la consommation d'alcool interdite aux abords de la soirée par arrêté communal (comme ce fut le cas pour la G-Move Party en 2015). Or, la répression considère inégalement les drogues par rapport à l'alcool, puisque la conduite sous influence de drogues illégales engendre des sanctions plus lourdes pour l'automobiliste qu'en cas de conduite sous influence d'alcool¹¹⁵.

111 Les mesures prises varient donc en fonction de l'accord conclu entre les parties, tout en respectant bien sûr l'esprit du label.

112 Nous n'avons pas d'informations plus complètes à fournir à l'heure actuelle.

113 13 festivals wallons sont concernés à l'heure de la rédaction de ces lignes.

114 Question écrite «Le label «BackSafe»» de C. Vienne au Ministre Prévot du 30/10/2015 en Commission des travaux publics, de l'action sociale et de la Santé du Parlement wallon.

115 Nous invitons le lecteur à prendre connaissance de la brochure «Drogue et circulation» d'Infor-Drogues, téléchargeable sur leur site internet www.infordrogues.be

1.4. DÉBATS ET ÉVOLUTIONS

1.4.1. UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY SPECIAL SESSION (UNGASS) 2016

En octobre 2012, la Colombie, le Guatemala et le Mexique ont demandé l'organisation d'une session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies (United Nations, UN) au sujet des politiques drogues. La conférence s'est tenue du 19 au 21 avril 2016 à New York. Dès le 1er jour de celle-ci, les États membres ont adopté par consensus le document final «Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue».

L'adoption a été toutefois immédiatement suivie par les interventions des différents États membres dont certains ont marqué leur désaccord avec certains points. Ceci s'explique par le fait que le document final ait été entièrement pré-négocié avant l'UNGASS par seulement 54 États membres et en grande partie dans le cadre de discussions informelles. La société civile et plus de 100 pays - pour la plupart des pays «du Sud» - n'y étaient pas représentés et n'ont donc pas pris part aux négociations (International Drug Policy Consortium, IDPC, 2016a). Ce manque de transparence a d'ailleurs suscité nombre de réactions de la part de la société civile (IDPC, 2016b).

Le document final est composé de 7 piliers (contre seulement 3 auparavant) : la réduction de la demande, l'accès aux substances placées sous contrôle à des fins médicales ou scientifiques, la réduction de l'offre, les questions transversales liées aux Droits de l'Homme, les tendances et les défis, la coopération internationale et le développement d'alternatives.

Les négociations ont été particulièrement difficiles sur certaines questions¹¹⁶ : la réduction des risques (RdR), l'accès aux médicaments placés sous contrôle (*controlled medicines*), la peine de mort, la proportionnalité des peines, le développement des alternatives, l'usage personnel, les droits indigènes, et la cohérence à l'échelle du système entier de l'UN (Jelsma, 2016). Le vocabulaire utilisé a également fait l'objet de longues négociations. L'un des exemples les plus probants est sans doute l'**absence de référence explicite à la RdR**. En lieu et place, «l'accès aux médicaments placés sous contrôle» inclut la naloxone et la prévention des overdoses, les «thérapies médicalement assistées (*medication-assisted therapy*)» et les «programmes de distribution de matériel d'injection (*injecting equipment programmes*)». Les deux derniers désignant respectivement les traitements de substitution aux opiacés et les programmes d'échange de seringues.

Parmi les avancées les plus marquantes, nous relevons la référence, pour la première fois, au concept de proportionnalité des peines¹¹⁷. Cependant, d'une part, le document laisse la notion de proportionnalité à l'appréciation des pays, afin qu'elle corresponde et s'intègre au cadre social et culturel ; d'autre part, l'UNGASS 2016 a échoué à se saisir de la question de la peine de mort. Le document appelle également à la prise en compte de la dimension «genre» dans l'élaboration des politiques publiques et au développement d'alternatives en matière de condamnation ou de peine. Le besoin d'aborder la culture illicite mais aussi la production et le trafic à travers le prisme de problèmes socio-économiques parcourt le document ; lutter contre la pauvreté serait en effet un combat fondamental pour endiguer la violence et les crimes liés à la drogue. Concernant les Droits de l'Homme, les États membres s'engagent à offrir aux détenu.e.s des soins de santé équivalents à ceux disponibles en milieu libre. Les pouvoirs publics doivent également veiller à ce que les structures de traitement et de réadaptation des personnes souffrant de toxicomanie soient de qualité et exemptes de traitements «cruel[s], inhumain[s] ou dégradant[s]».

116 Quand les négociations bloquent, les sujets problématiques sont regroupés dans un *package* dans lequel les concessions des uns sur un sujet sont échangées contre les concessions des autres sur un autre sujet. Ce sont ces *packages* qui ont permis l'adoption par consensus du document final à l'UNGASS (Jelsma, 2016).

117 Plus encore, les peines prononcées doivent tenir compte aussi bien des facteurs atténuants qu'aggravants.

Toutefois, les références faites au respect des Droits de l'Homme restent floues. En effet, le document final ne se prononce ni sur ce qu'il entend plus précisément par une telle notion, ni sur les droits des «peuples autochtones». L'idée, en particulier, que le respect des Droits de l'Homme implique, d'une part, la décriminalisation de l'usage de drogues et, d'autre part, le respect des pratiques traditionnelles¹¹⁸ des peuples autochtones qui impliquent des substances psychoactives¹¹⁹ a été rapidement laissée en dehors des négociations (Jelsma, 2016). Plus encore, le document réaffirme même que les principes de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme seront abordés «dans le plein respect de la souveraineté et de l'intégrité territoriale des États, du principe de non-ingérence dans leurs affaires intérieures, de tous les droits de l'homme, des libertés fondamentales, de la dignité inhérente à tous les individus et des principes de l'égalité de droits et du respect mutuel des États»¹²⁰. Autrement dit, les États membres disposent d'un espace de manœuvre au sein duquel le respect des Droits de l'Homme s'ajuste à leurs législations nationales (plutôt que l'inverse), et ce, sans qu'ils ne soient inquiétés par des ingérences extérieures.

Nulle mention n'est faite de l'échec de la guerre globale contre les drogues ni de l'inefficacité de la culture prohibitionniste. Le document final parle même de «progrès tangibles» sans préciser de quoi il s'agirait. Il réaffirme même que le but poursuivi par les politiques drogues et les Nations-Unies est une société exempte de tout abus de drogues. Au cours des mois de négociation, la légalisation du cannabis effective ou en discussion dans plusieurs pays membres a d'ailleurs été *the elephant in the room*, pour reprendre l'expression du politologue Martin Jelsma (2016), tant celle-ci risquait de mettre en péril le fondement même du système prohibitionniste. Tel un charme de protection, le document final réaffirme à plusieurs reprises l'attachement des Nations-Unies aux «buts et objectifs des trois conventions internationales relatives au contrôle des drogues»¹²¹. Il insiste également sur la nécessité de fonder les politiques drogues sur des données scientifiques et sur des évaluations. Cette autodiscipline honorable pose toutefois la question de savoir si les études qui démontrent l'inefficacité des politiques drogues actuelles seraient prises en compte et initieraient un changement paradigmatique drastique.

Un autre point à mettre en exergue est la forte mobilisation de la société civile en faveur d'une réforme des politiques drogues et des conventions internationales. Son influence sur les négociations et le contenu du document final a toutefois été bénigne. L'IDPC (2016b) rapporte également que certains de représentants de la société civile n'ont pas pu accéder à l'UNGASS et ont subi des restrictions et des censures.

Comme nous le disions plus haut, l'UNGASS 2016 a été demandée par la Colombie, le Guatemala et le Mexique, trois pays d'Amérique du Sud qui constatent chaque jour l'échec de la guerre contre la drogue et subissent l'hégémonie et la violence des cartels. Ces États, soutenus par d'autres et par la société civile, ont appelé à rompre avec une approche répressive inefficace et éculée. Certains États et observateurs avaient espéré que l'UNGASS 2016 constitue un tournant (sinon une révolution) vers une approche réaliste et globale de la problématique. À l'issue, cependant, force est de constater que nous en sommes encore loin : le document final, s'il présente quelques avancées, reste sans surprise et sans prise de position réellement innovante ; il n'est pas non plus contraignant pour les États et son contenu est flexible (c'est-à-dire que les États souverains adaptent celui-ci à leurs lois nationales et à leurs us et coutumes). Toutefois, peut-être au moins l'Assemblée aura-t-elle permis d'exposer la rupture d'un consensus global autour du bien-fondé des politiques drogues prohibitionnistes et répressives ; une rupture qui pourrait être le terreau pour de futures avancées.

La prochaine session spéciale de l'Assemblée générale des UN dédiée aux politiques drogues se tiendra en 2019.

118 L'utilisation de la notion de «tradition» ici semble faire référence à des pratiques «anciennes», historiquement liées à une communauté «autochtone» donnée.

119 Par exemple la mastication de feuilles de coca en Amérique du Sud.

120 Ces principes font également l'objet de conventions internationales.

121 C'est-à-dire la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972, la Convention sur les substances psychotropes de 1971, et la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

1.4.2. LA RECONNAISSANCE LÉGALE DES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE ET DU 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 Gerken, a déposé deux propositions d'avis positifs le 29 septembre 2015. Ces avis ont été remis à la Commission Justice qui, elle-même, examine les deux propositions de lois portant sur ces sujets.

Les travaux de la Commission Santé sur les avis étaient toutefois à l'arrêt à la fin d'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 propositions¹²². Les travaux pourraient être relancés pour le début de l'année 2017.

Le Ministre-Président de la Région de Bruxelles-Capitale a répondu à cette demande d'avis, en concertation avec l'ensemble des cabinets chargés de la santé sur la Région (COCOF et COCOM). La Région apporte son soutien aux deux propositions, précisant cependant que la faisabilité de telles avancées était conditionnée par l'adaptation des lois fédérales qui régissent la matière, notamment la loi de 1921. *In fine* donc, le fédéral reste seul compétent pour légiférer sur ces matières.

Quant au ministre wallon en charge de la santé, M. Prévot, il a déclaré être favorable à l'implémentation de SCMR en Wallonie¹²³. Il était cependant moins complaisant concernant le traitement de substitution par diacétylmorphine, malgré les avis favorables de l'équipe scientifique de l'ULg qui a évalué le projet «TADAM» mené à Liège et de l'Académie Royale de Médecine. Si le traitement par diacétylmorphine s'est révélé plus efficace que le traitement par méthadone auprès des personnes sévèrement dépendantes, le ministre estimait que le dispositif de délivrance reste trop coûteux, compte tenu du petit nombre de personnes concernées et par rapport au coût du traitement par méthadone¹²⁴. Le ministre semble toutefois avoir révisé son jugement et a récemment déclaré être autant favorable aux SCMR qu'au projet TADAM¹²⁵.

Le coût d'un dispositif TADAM, du point de vue de la Fédito bruxelloise, n'est pas un argument pertinent et suffisant pour rejeter la proposition de reconnaissance du traitement à la diacétylmorphine (Fédito Bxl, 2016). En effet, la délivrance de diacétylmorphine pourrait être prise en charge par des structures déjà existantes et des professionnels de la santé déjà en exercice. Les coûts liés à l'infrastructure seraient dès lors amoindris et la différence de coût avec le traitement par méthadone moins marquée ; ceci serait d'autant plus vrai que les coûts de mise en place d'un dispositif spécifique à la réalisation du projet-pilote et ceux liés à l'évaluation de ce dernier ont largement gonflé les charges financières du projet TADAM. Justifiées ou non, des considérations économiques ne devraient toutefois servir de fer de lance pour refuser de délivrer un traitement médical aux personnes qui en ont besoin.

122 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.

123 Question orale de Mme Salvi à M. Prévot «La plan d'action de lutte contre l'alcool 2017-2025», Compte rendu avancé, séance publique de la Commission des travaux publics, de l'action sociale et de la santé du 10/11/2016.

124 Question écrite de M. Imane à M. Prévot «Le traitement des héroïnomanes de longue durée par diacétylmorphine» le 18/01/2016.

125 Question orale de M. Daele et M. Onkelinx «Les salles de consommation de drogue à moindre risque», Compte rendu intégrale de la Commission des travaux publics, de l'action sociale et de la santé du 17/01/2017.

LES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE À 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 conclut 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 constate toutefois que la modification de la loi fédérale «drogues» de 1921 est une condition indispensable à la mise en place de SCMR. En effet, dans la situation législative actuelle, la mise à disposition d'un local qui facilite ou incite la consommation de drogues illégales est passible de poursuites pénales. La Cellule recommande une large concertation du secteur, de la population locale et des usagers dans les processus de mise en place de SCMR. Aussi, elle invite 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 ajoute que les conventions internationales ne constituent pas une chapelle de plomb législative et n'a pas empêché la mise en place de SCMR dans certains pays (Canada, France, ...). Elle rapporte également que les ministres compétents des régions bruxelloise et wallonne jugent que l'implantation de SCMR répond à un problème de santé publique. La position du fédéral, réaffirmée lors de la CIM du 24 octobre 2016, reste 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 étude de faisabilité des SCMR.

Le bourgmestre de Liège, Willy Demeyer, a déclaré vouloir s'emparer du projet fédéral d'une étude de faisabilité pour proposer une recherche-action et ainsi ouvrir une SCMR à Liège¹²⁶.

1.4.3. L'ÉTUDE SOCOST : LE COÛT SOCIAL DES DROGUES LÉGALES ET ILLÉGALES EN BELGIQUE EN 2012

Financée par la Politique scientifique fédérale (Belspo) et menée conjointement par l'Université de Gand et la Vrij Universiteit Brussel (VUB), l'étude SOCOST dresse une première estimation du coût social des drogues licites et illicites (alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psychoactifs) en Belgique pour l'année 2012 (Lievens et al, 2016).

Elle estime ainsi le coût total attribuable à la consommation de drogues dans la société belge. Pour cela, l'étude compare la situation actuelle à une situation hypothétique dans laquelle la consommation (abusives) de substances psychoactives n'existerait pas.

Les coûts sociaux rassemblent traditionnellement les coûts privés (c'est-à-dire ceux qui incombent à la personne concernée) et les coûts externes (c'est-à-dire ceux qui sont payés par la collectivité et qui comprennent : la répression, les soins de santé, les services sociaux, la prévention, la perte de productivité, etc.).

126 Article de Gaspard Grosjean «Willy Demeyer (PS) s'attaque à la toxicomanie : «Une salle de consommation à Liège via une expérience-pilote» du 21/11/2016, La Meuse

MÉTHODOLOGIE

Trois sortes de coûts ont été comptabilisées : les coûts directs, les coûts indirects et les coûts intangibles. Les **coûts directs** désignent les moyens mobilisés pour gérer les conséquences de la consommation de drogues, c'est-à-dire les mauvais états de santé, les accidents et les coûts induits par ceux-ci (hospitalisation, consommation de médicaments, visites médicales, etc.), ainsi que les délits attribuables à la consommation de produits et leurs conséquences (enquête policière, incarcération, etc.). Les **coûts indirects** représentent les pertes de productivité dues à la maladie, au décès prématurés (suite à une maladie, à cause d'un accident ou d'un crime), ou à l'incarcération. Enfin, les **coûts intangibles** sont les coûts de bien-être non financiers qui pèsent sur les personnes, c'est-à-dire la douleur, la souffrance ou la perte de qualité de vie.

Une **approche basée sur la prévalence** a été préférée à une approche basée sur l'incidence pour mesurer les conséquences de l'abus de substances. Cette méthode embrasse la consommation abusive passée et présente, et permet d'estimer le nombre de cas d'hospitalisation, de décès, de visites médicales ... attribuables à l'abus de drogues sur une période donnée (l'année 2012 dans ce cas-ci).

Afin de quantifier la proportion de morbidité totale et de mortalité des maladies et états de santé connus pour être corrélés à l'usage (abusif) de substances psychoactives, les chercheurs ont utilisé le concept épidémiologique des **fractions attribuables aux substances** (Kleinbaum et al., 1982). Le calcul des fractions attribuables aux substances permet d'estimer quelle proportion des différents cas de maladies ou mauvais états de santé peut être attribuée à l'abus de l'une ou l'autre substance.

Les pertes de productivité ont été estimées en utilisant la **méthode du capital humain**, qui évalue les pertes de productivité actuelles et futures. Cette méthode permet de mesurer les heures de productivité perdues d'un individu et calcule les coûts de productivité à partir du produit du nombre total d'heures perdues et du salaire horaire de l'individu.

Les coûts intangibles ont été calculés grâce au concept des **années de vie corrigées de l'incapacité** (AVCI, *Disability Adjusted Life Years*). Cette méthode 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).

Il convient de rappeler que les résultats de cette étude sont des estimations, conditionnées par les choix méthodologiques des chercheur.e.s et les données disponibles.

Nous proposons un résumé succinct de l'étude et invitons fortement le lecteur à découvrir les subtilités des résultats et les limites de ceux-ci dans le texte original¹²⁷.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

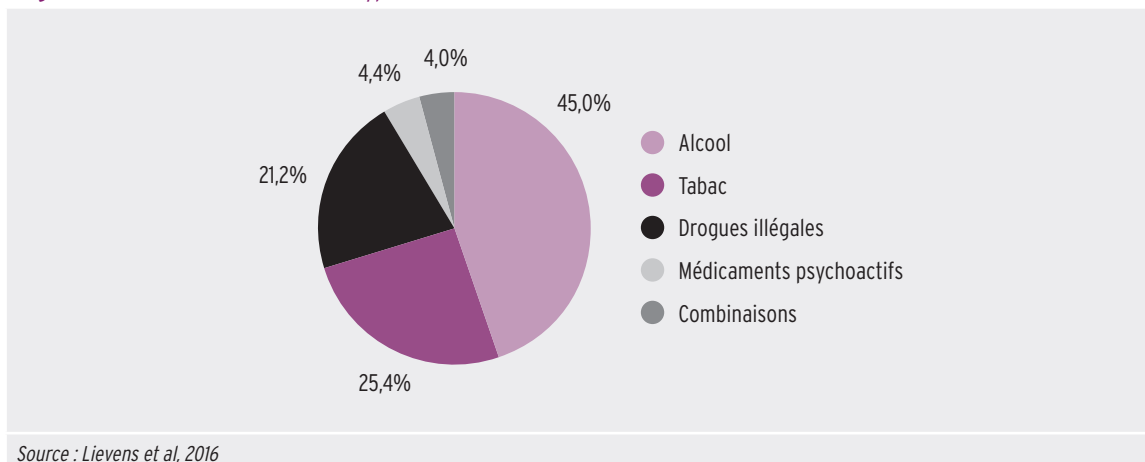
Les coûts directs et indirects pour l'année 2012 atteignent **4,6 milliards d'euros**, ce qui équivaut à 419 euros par habitant et par an, ou 1,19 % du PIB. Sans conteste, les drogues légales pèsent davantage sur la société. En effet, 45 % (2,1 milliard d'euros) du coût total peut être lié à la consommation (abusives) d'alcool, 32 % (1,5 milliards d'euros) au tabac et 5 % (215 millions d'euros) aux médicaments psychoactifs. Les drogues illégales représentent quant à elles 16 % (726 millions d'euros), et les 2 % restant englobent les coûts qui ne peuvent être spécifiquement rattachés à un type de produit. En plus des coûts directs et indirects, l'abus de substances psychoactives s'accompagne de la perte de plus de **515.000 années de vie en bonne santé**, dont l'alcool et le tabac sont responsables à la hauteur de 91 % (34 % et 57 % respectivement).

127 Voir 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, Antwerpen, Apeldoorn, Portland, 422 pp.

Les coûts directs

Les coûts directs s'élèvent à 2,86 milliards d'euros en 2012. La consommation d'alcool représente 45 % (1.290 millions d'euros) de ceux-ci, et le tabac 25,4 % (727 millions d'euros). À eux seuls, l'alcool et le tabac sont responsables de 70 % des coûts directs. Les drogues illégales représentent quant à elles 21,2 % (606 millions d'euros) des coûts directs et les médicaments psychoactifs 4,4 % (125 millions d'euros). La catégorie «combinaisons» comprend les coûts ne pouvant être spécifiquement imputés à un type de produit.

Figure 5 : Les coûts directs selon le type de substance (2012)

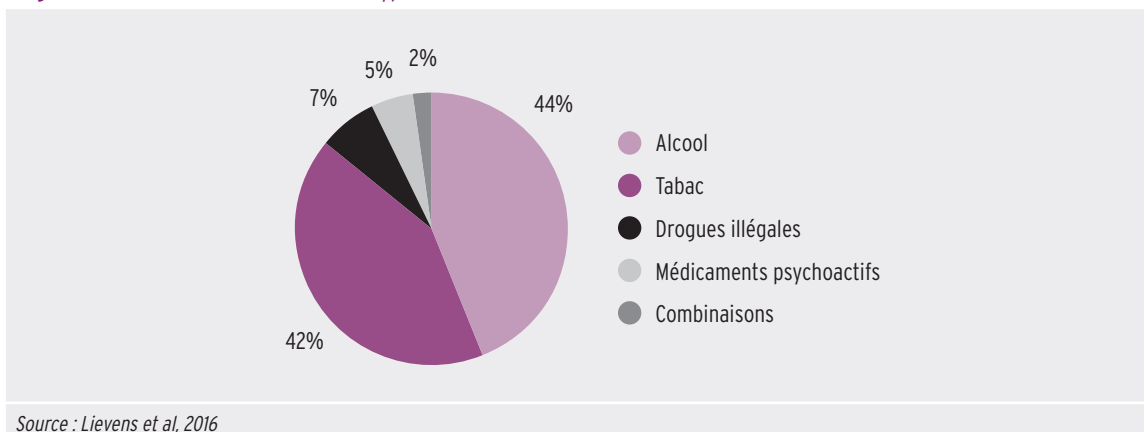


Les coûts directs comprennent :

- Les services de soins liés aux troubles et maladies causés ou associés à la consommation (abusives) de toutes les substances, qui représentent 69 % des coûts directs ;
- Les forces de l'ordre et le système judiciaire mobilisés en cas de délits liés aux drogues (c'est-à-dire les coûts liés à l'investigation, la poursuite, le jugement et l'application des peines), qui représentent 27 % des coûts directs ;
- Les accidents de la route sous l'emprise de substances et l'IBSR (c'est-à-dire les hospitalisations suite à un accident, les tests d'haleine effectués par la police, les campagnes de prévention, etc.), qui représentent 4 % des coûts directs.

Les coûts indirects

Les coûts indirects s'élèvent à 1,8 milliards d'euros pour l'année 2012. La consommation d'alcool représente 44 % (778 millions d'euros) des coûts indirects, et le tabac 42 % (746 millions d'euros) ; l'alcool et le tabac sont donc responsables de 86 % des coûts indirects. Les drogues illégales représentent 7 % (120 millions d'euros) des coûts indirects et les médicaments psychoactifs 5 % (90 millions d'euros).

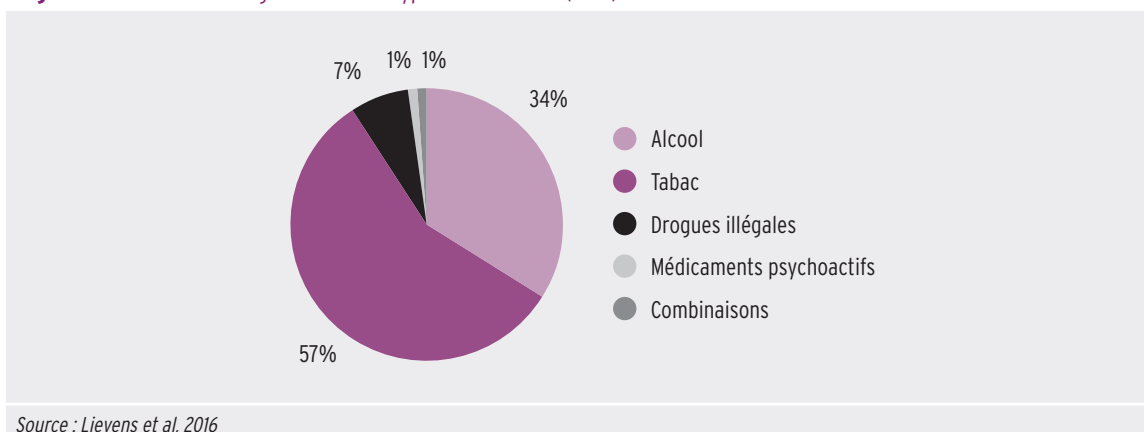
Figure 6 : Les coûts indirects selon le type de substance (2012)

- 85 % sont liés à la santé, c'est-à-dire à la perte de productivité due à l'incapacité, l'invalidité ou la mortalité prématurée associée à la maladie ;
- 5 % à la criminalité, c'est-à-dire la perte de productivité liée à l'incarcération suite aux délits liés aux drogues et la mortalité prématurée provoquée par un homicide, sachant que la mortalité prématurée due à d'autres délits (agression, crimes sexuels, vol à main armée) n'est pas prise en compte, faute de données ;
- 10 % aux accidents de la route, c'est-à-dire la perte de productivité associée à une mortalité prématurée.

Au sein de la catégorie santé, 74 % des coûts sont liés à une perte de productivité due à la mortalité prématurée faisant suite à une maladie ou un mauvais état de santé consécutifs à une consommation (abusive) de substances. Le tabac et l'alcool en sont respectivement responsables à 60,5 % et à 35,8 %. Les médicaments psychoactifs représentent quant à eux 2,9 % de ces pertes et les drogues illégales 1,3 %. Les pertes de productivité associées à une consommation (abusive) de drogues illicites sont principalement provoquées par une overdose à l'héroïne (dans 37,8 % des cas), l'hépatite virale (27 %), une overdose à la cocaïne (26,8 %) et le VIH (4,6 %).

Les coûts intangibles

La consommation (abusive) de substances psychoactives est responsable de la perte de 515.000 années de vie corrigées de l'incapacité en 2012, soit 16 % des AVCI toutes causes confondues. Les coûts intangibles sont inégalement répartis entre les différentes substances. Ainsi, le tabac représente plus de la moitié des coûts intangibles (57 %), l'alcool 34 % et les drogues illicites 7 %.

Figure 7 : Les coûts intangibles selon le type de substance (2012)

Les problèmes de santé représentent 94 % des coûts intangibles. La circulation est responsable de 5 % de ces derniers et la criminalité de 1 %. L'implication de la criminalité est toutefois sous-estimée car seules les violences interpersonnelles sont comptabilisées.

DISCUSSION DES RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS POLITIQUES

Les coûts directs et indirects en **matière de santé** sont majoritairement générés par la consommation (abusives) d'alcool et de tabac. Le plus gros des dépenses se répartit entre les soins hospitaliers (76,9 %) et les soins ambulatoires (21,7 %). Les soins en milieu hospitalier peuvent être dispensés soit en hôpital général, soit en hôpital psychiatrique. Cependant, le manque de données disponibles rend impossible la distinction entre les coûts des soins de santé «purement mentales» et les coûts de soins somatiques. Les dépenses liées à la prévention et celles liées à la RdR ne représentent respectivement que 0,4 % et 0,11 % des coûts de santé directs.

L'étude SOCOST recommande dès lors de renforcer le rôle de détection, de diagnostic, d'intervention précoce et de soins de santé des services ambulatoires, afin de réduire le recours aux soins résidentiels. Cela implique notamment de soutenir le travail des médecins généralistes, leur formation et leur collaboration avec les médecins du travail. De manière générale, l'étude - appuyée par une autre étude européenne - soutient qu'une première ligne de soins forte permet une meilleure santé publique et réduit les admissions en hôpital évitables (Kringos et al, 2013). De plus, la première ligne de soins, en collaboration avec les autres services de santé ainsi que les services d'accompagnement social, a un véritable rôle à jouer dans la détection précoce, la prévention et la prise en charge des consommations problématiques de substances. Parvenir à des prestations de soins intégrés et pluridisciplinaires exige cependant un financement approprié (Mistiaen et al, 2015).

Les résultats de l'étude encouragent également à investir davantage dans les programmes de réduction des risques et de prévention de l'usage et de l'abus de drogues, qui ont fait leurs preuves en termes d'efficacité (Strang et al, 2012 ; Wilson, Donald, Wilson et Fraser-Hurt, 2015 ; Rhodes et Hedrich, 2010) et permettent d'éviter des dépenses dans des secteurs plus coûteux comme les traitements ou la répression (Vander Laenen, 2012).

En **matière de criminalité**, les coûts directs représentent 783 millions d'euros et les coûts indirects 81 millions d'euros¹²⁸. L'étude SOCOST invite dans ses recommandations à investir davantage dans la prévention de la criminalité (notamment celle attribuable aux substances) plutôt que dans le système pénal¹²⁹. Sur le long terme, en effet, la première est moins coûteuse que le second. La prévention est également davantage bénéfique à la société puisque la première prévient les délits, épargnant à la seconde d'en payer et de réparer les dégâts et conséquences (notamment judiciaires). Les actions de soutien à l'emploi, la prévention dès le plus jeune âge et le traitement des consommations problématiques de drogues licites et illicites, s'ils ne sont pas *per se* de l'ordre de la prévention de la criminalité, agissent indirectement sur celle-ci en influençant les **racines socioéconomiques de la criminalité** liée aux substances psychoactives. Apporter des solutions aux problèmes de criminalité ne se fera pas sans des politiques globales, à la fois sociales et économiques. Les centres de soins de jour comme de nuit et les salles de consommation à moindre risques, tout en améliorant la santé des usagers, sont des initiatives particulièrement efficaces pour réduire les nuisances et délits liés à la consommation de drogues (Bayoumi et Zaric, 2008 ; Zurhold, 2003 ; Enns et al, 2015).

Nous tenons à souligner, si cela est encore nécessaire, que l'incarcération marque la fin d'un long parcours de désaffiliation sociale, de marginalisation et de précarisation¹³⁰, dont l'inéluctabilité apparente témoigne d'un dysfonctionnement systémique en amont, qui handicape la détection précoce des usages problématiques, la promotion de la santé et l'aide aux personnes ; un dysfonctionnement inextricable du contexte prohibitionniste et répressif dans lequel il s'inscrit. Rappelons en effet que ce paradigme prohibitionniste favorise la criminalité liée à l'usage de drogues (les usagers les plus marginalisés n'ayant

128 Ces chiffres sont une moyenne des estimations minimales et maximales.

129 46 % des dépenses publiques sont liées à la l'application des peines.

130 Voir pour cela les profils des groupes comparés sur les usagers des Tribunaux de Traitement de la Toxicomanie (projet pilote à Gand depuis 2008) dans l'étude de Wittouck et al. (2015). Nous invitons par ailleurs le lecteur à lire le chapitre consacré aux «Systèmes judiciaires alternatifs pour les usagers de drogues» dans notre rapport 2015.

souvent pas d'autres options que le deal, le vol, la mendicité ou la prostitution pour pouvoir acheter leurs produits).

Si l'on prend l'estimation minimale, 89 millions d'euros (environ 70 % des dépenses publiques directes au niveau de l'application des peines) sont investis dans l'incarcération, dont la majorité est liée aux infractions de la loi de 1921 relatives aux drogues illicites. Or, l'incarcération semble être rarement efficace pour réduire la criminalité et la récidive (Smith et al, 2002 ; voir aussi Wittouck et al, 2015 au sujet des Tribunaux de traitement de la toxicomanie).

Considérant ses résultats et la littérature (Henrichson, 2015 ; EMCDDA, 2015), l'étude SOCOST recommande d'investir dans des peines ou dans des mesures alternatives à l'emprisonnement. Combinées à un accompagnement psycho-médico-social, les peines alternatives se montrent d'ailleurs efficaces, contrairement à la justice pénale et à l'emprisonnement (Mazerolle et al, 2007 ; Werb et al, 2011). Concernant plus particulièrement les condamnations de délits liés à un usage problématique de drogues illicites, non seulement les alternatives permettent de réduire l'activité criminelle, mais elles améliorent aussi d'autres sphères de la vie des usagers problématiques, telles que la réduction de l'usage problématique, les conditions de logement, l'amélioration de la vie professionnelle, sociale et familiale (voir De Wree et al, 2009 ; Cid, 2009 ; Plettinckx et al, 2014). L'incarcération - ou plus largement l'entrée dans le système judiciaire - peut cependant être perçue comme une opportunité d'approcher des personnes hors de la portée des dispositifs de soins, de prévention ou de RdR.

Toutefois, en prison, l'accès à ces dispositifs est encore loin d'être optimisé. En particulier, l'accès aux traitements de substitution est limité et seule une faible proportion de la population carcérale a accès à ceux-ci (Caraël, 2012 ; EMCDDA, 2012)¹³¹. Le suivi des détenus doit se poursuivre à leur sortie de prison, notamment afin d'assurer la continuité des soins et prévenir les risques socio-sanitaires. En effet, la sortie de prison est un moment critique, notamment en raison des multiples défis physiques¹³², pratiques et psychosociaux qui l'accompagnent (Binswanger et al, 2011). La difficulté est d'autant plus grande chez les détenus qui ont un historique d'usage problématique de drogues (les usagers d'héroïne en particulier), pour lesquels la sortie de prison représente un risque fortement accru de rechute et/ou d'overdose¹³³ (EMCDDA, 2012). En l'état actuel des choses, les détenus subissent donc une double peine que sont l'incarcération et les mauvaises conditions de détention (couplées d'un accès aux soins inégal entre la prison et l'extérieur).

CONCLUSION

Parce qu'elles s'inscrivent dans un temps long, les actions de prévention en matière de criminalité et de santé ont le « désavantage » d'être moins politiquement attractives, moins spectaculaires, et moins quantifiables en termes de résultats, que les actions de répression. Cependant, leur efficacité et leur rapport coût-bénéfices ont été prouvés par plusieurs études (voir les références données par l'étude SOCOST).

Les recommandations politiques de SOCOST ont le mérite, d'une part, d'affirmer la nécessité de prendre en compte et d'agir sur les racines socio-économiques de la criminalité liées aux drogues via les politiques publiques ; d'autre part, de rappeler (peut-être indirectement) que l'on ne doit pas laisser la prise en charge et l'accompagnement des usagers uniquement se médicaliser et qu'il importe d'adopter une approche globale de la santé et de renforcer le travail en amont (prévention, détection précoce, etc.).

Ces recommandations reposent essentiellement sur des arguments économiques ; une démarche logique puisqu'il s'agit là du sujet d'étude de SOCOST. Nous tenons toutefois à souligner plusieurs éléments. D'abord, les chiffres en matière de consommation de drogues mesurent très souvent - si ce n'est toujours -

¹³¹ Ceci est également vrai pour les traitements de l'hépatite C.

¹³² Les détenus étant en moins bonne santé que la population générale et davantage vulnérables aux maladies infectieuses (Rouillon et al, 2007 ; OMS, Bureau régional de l'Europe, 2007). Leur mauvaise santé physique et mentale serait due aux mauvaises conditions de détention et à l'inadéquation des services psycho-médico-sociaux par rapport à leurs besoins (l'accessibilité problématique aux soins, le manque de moyens et de personnels, le manque de formation/sensibilisation du personnel pénitentiaire en matière de prévention/RdR).

¹³³ Le risque d'overdose est notamment dû au développement d'une tolérance plus basse aux opioïdes au cours de l'incarcération (Farrell et Marsden, 2008).

les méfaits de celle-ci mais n'appuient que trop rarement les bienfaits éventuels de certains usages, en tant qu'objets de plaisir, outils thérapeutiques et/ou de traitement de la douleur, etc.

Ensuite, les arguments économiques gagneraient à s'accompagner d'arguments éthiques, et ce, pour plusieurs raisons : les intérêts financiers de l'État et des marchés ne sont pas toujours du côté de la santé et de la prévention (en témoigne le nouvel avortement du plan national alcool¹³⁴) ; les arguments politiques et l'opinion publique sont eux-mêmes souvent emprunts de questions éthiques et de préjugés négatifs à l'égard des usagers de drogues, contre lesquels les arguments économiques ne font pas le poids (comme l'ont rappelé les débats politiques autour des SCMR et du traitement par diacétylmorphine¹³⁵) ; ces arguments sont généralement recevables tant qu'ils inscrivent l'usage(r) de drogues dans le registre soit de la «maladie», soit de la «délinquance». Le débat devient en effet plus épineux (et les arguments économiques pèsent moins dans la balance) dès lors que l'on parle de consommation récréative, de légalisation ou de RdR. Les arguments en faveur des actions de prévention et de RdR sont aussi, à notre sens, éthiques, puisque celles-ci promeuvent des valeurs morales de solidarité, de liberté individuelle et de justice sociale. Elles sont également davantage respectueuses des droits fondamentaux des individus, notamment en matière d'accès aux soins de santé.

Enfin, nous souhaitons pousser la réflexion plus loin et replacer les conclusions de SOCOST dans le cadre légal et politique prohibitionniste plus large qui, en criminalisant de facto l'usage(r) de drogues et n'autorisant pas (ou handicapant fortement) nombre d'actions de RdR¹³⁶, contraint à de mauvaises conditions de consommation, à l'incontrôlabilité de la qualité des substances illicites, à la stigmatisation des usagers, à la précarisation et à la marginalisation de ceux-ci, et au manque systémique de financements des actions de prévention, de RdR et de promotion de la santé.

1.4.4. LA SANTÉ DES DÉTENUS

Nos précédents rapports relayaient l'appel en faveur d'un transfert des compétences relatives aux soins des détenus¹³⁷ depuis le ministère de la Justice vers le ministère de la Santé publique ou celui de la Sécurité sociale¹³⁸. Un tel transfert s'avère incontournable afin de garantir une prise en charge optimale de la santé des détenus et de pérenniser à la fois les récoltes de données et les projets de prévention et de RdR.

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 détenus» sur leur territoire.

Dans les lettres, 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 détenus doivent faire partie intégrante du système de soins de santé publique. Le contexte législatif belge va également dans ce sens puisque les lois du pays n'établissent pas de distinction entre les détenus et les personnes vivant extra-muros en matière d'accès aux soins de la santé. 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, ces principes ne sont pas respectés, et ce, notamment parce que les soins intra et extra-muros sont respectivement assurés par le SPF Justice et le SPF Santé publique. Intra-muros, en effet, la continuité des soins est mal assurée et les services psycho-médico-sociaux sont inadéquats par

134 A ce sujet, nous renvoyons le lecteur au chapitre 1.1.5.

135 Le lecteur trouvera davantage de détails à ce sujet au chapitre 1.4.2.

136 Notamment les SCMR, la délivrance contrôlée d'héroïne, le testing ...

137 Précisons d'emblée que le terme «détenus» désigne des personnes des deux sexes.

138 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.

rapport aux besoins des détenus¹³⁹. Les conditions de détention sont également mauvaises et l'accès aux traitements est limité (hépatite C, traitements de substitution ; Caraël, 2012 ; EMCDDA, 2012)¹⁴⁰.

Tous ces éléments contribuent à une mauvaise santé physique et mentale des détenus, qui sont dès lors en moins bonne santé que la population générale (Rouillon et al, 2007 ; OMS, Bureau régional de l'Europe, 2007). Cet inégal accès aux soins de santé ne s'arrête pas aux murs de la prison puisqu'à leur sortie de prison, les détenus 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 administrés par le SPF Santé publique.

La santé des détenus ne repose pas uniquement sur les soins de santé mais également sur l'accès à la prévention et à la réduction des risques. Ces dernières, à la fois, sont des compétences régionales et dépendent des établissements pénitentiaires eux-mêmes. En effet, 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 compétences qui touchent à la santé et au bien-être des personnes détenues dépendent donc de différents ministres et sont éclatées entre différents niveaux de pouvoir.

Plusieurs initiatives récentes semblent indiquer que le fédéral et les entités fédérées (francophones) se saisissent progressivement de la question.

Au niveau fédéral, un organe de concertation baptisé «Groupe de pilotage soins et détention» a été mis en place. Il rassemble les représentants des cellules stratégiques et des administrations de la Justice, de la Santé publique et de l'INAMI. La ministre de la Santé publique a également souligné l'importance d'une collaboration étroite avec les entités fédérées et les organisations de terrain. Par ailleurs, une étude sur les besoins réels en soins et l'offre de soins actuelle est présentement coordonnée par le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) et financée par l'INAMI. Attendue pour mai/juin 2017, cette étude devrait permettre d'élaborer des recommandations concrètes pour l'organisation future des soins de santé et l'assurance soins de santé des personnes en détention¹⁴¹.

Concernant la **Région wallonne**, le ministre de la santé, Maxime Prévot, a demandé à la députée Véronique Salvi un rapport parlementaire au sujet de «La santé et la promotion de la santé des personnes détenues en milieu carcéral». Publié en octobre 2016, ce rapport est le résultat d'une enquête à la fois quantitative et qualitative, dont l'ambition est de restituer les différentes réalités de vie des intervenants extérieurs, du personnel pénitentiaire et psycho-médico-social, et des personnes détenues (Salvi, 2016). L'étude de Véronique Salvi l'a menée à proposer une série de recommandations, dont notamment le transfert de la compétence «santé des détenus» vers le SPF Santé publique, un meilleur appui aux intervenants et projets associatifs, la création et le soutien des collaborations à la fois au sein des établissements pénitentiaires, et entre ceux-ci et les intervenants extérieurs. Elle met également en évidence l'importance de donner accès à l'information à tous les détenus, et de soutenir et former le personnel pénitentiaire et psycho-médico-social. Le rapport déplore le mauvais état de santé des détenus et les carences en matière de dépistage, encourageant dès lors le développement des dispositifs de prévention et de RdR. Enfin, s'il défend l'accès aux traitements de substitution à la méthadone comme stratégie de limitation des risques, le rapport se limite à recommander une meilleure information des détenus quant aux risques que les pratiques sexuelles, d'injection ou de sniff impliquent, sans pour autant encourager un meilleur accès au matériel de RdR (préservatifs, matériel stérile d'injection ou de sniff).

Les **entités fédérées francophones** se sont réunies le 20 juin 2016 à l'occasion de la Conférence interministérielle (CIM) francophone des politiques d'intervention en lien avec le milieu carcéral. La dernière CIM organisée sur ces matières datait de décembre 2010. L'objectif de cette concertation est de

139 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.

140 Récemment, la Cour européenne des Droits de l'Homme a fait jurisprudence en statuant par l'arrêt du 1er 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).

141 Question écrite de M. Massin à Mme De Block «Le possible transfert des soins de santé des détenus vers le SPF Santé publique» le 29/12/2015

«pouvoir formuler un projet politique concret concernant le déploiement en prison d'aide et de services à destination des détenus»¹⁴².

L'accompagnement des détenus, tel qu'envisagé par la CIM et dans la perspective de favoriser la réinsertion des détenus et lutter contre la récidive, comprend non seulement la santé, mais aussi : le droit à l'éducation, à la formation, aux activités sportives et culturelles au sein des prisons. La Conférence rassemble donc l'ensemble des ministres francophones (FWB, COCOF et RW) compétents en ces matières.

Pour chacune de ces matières, les différentes entités ont formulé une série de propositions. Nous retiendrons ici celles qui concernent la santé et l'action sociale¹⁴³ :

En matière de santé, la COCOF propose de développer un projet-pilote de promotion de la santé, qui comprend :

- Un éducateur spécialisé en promotion de la santé dont la mission est d'apporter un soutien individuel et collectif aux détenus, en collaboration avec le personnel pénitentiaire et médical ;
- La diffusion d'une newsletter afin de sensibiliser et informer les professionnels de la santé travaillant avec les (ex-)détenus. 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 détenus.

La RW prévoit également de mettre en place un projet-pilote de promotion de la santé afin, d'une part, de mieux informer, sensibiliser et orienter les détenus et les acteurs internes et externes en matière de santé et, d'autre part, sensibiliser les détenus et le personnel encadrant à une alimentation saine et équilibrée et encourager l'activité physique.

Ensuite, en matière d'action sociale, la COCOF souhaite soutenir les projets de lutte contre le sans-abrisme des ex-détenus et contre les phénomènes d'exclusion sociale lors de la sortie de prison, notamment en soutenant les programmes d'accès au logement¹⁴⁴.

Si les drogues sont 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 usagers sous traitement de substitution. Il n'est question ni de prévention, ni de RdR, compétences pour lesquelles les entités fédérées sont pourtant compétentes et qui participent à la santé globale des (ex-)détenus. La CIM ne semble pas non plus se saisir de la problématique de l'équivalence et de la continuité des soins, ni ne revendique le transfert de la compétence «santé des détenus» du SPF Justice vers le SPF Santé publique.

Aussi, 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-)détenus, et, d'autre part, leur santé globale. En effet, garantir aux (ex-)détenus des conditions de vie 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 doivent pas être des lieux d'où l'on sort en moins bonne santé physique et mentale qu'en y entrant.

Les mauvaises conditions de détention constituent une double peine pour les détenus et ne préparent aucunement leur sortie, encore moins leur (ré)insertion sociale. 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* de la santé des détenus. 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.

142 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/>

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

144 *Ibidem*

L'éclatement des compétences entre moult niveaux de compétences et ministres est clairement un obstacle majeur à une politique globale, cohérente, concertée et intégrée en matière de santé des détenus. C'est pourquoi une réelle collaboration entre les différentes entités politiques concernées est indispensable et nécessaire. De plus, depuis l'arrêt de l'enquête récurrente du SPF Justice sur l'usage de drogues en milieu carcéral et sur les risques associés en 2010¹⁴⁵, aucune enquête sur les conditions de détention et l'état de santé des détenus (et particulièrement des usagers) n'est menée. Les données ne sont donc plus mises à jour et la dure réalité de la situation actuelle échappe aux politiques et autorités publiques.

1.4.5. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES PROBLÉMATIQUES DE TOXICOMANIE

Seule une minorité des usagers de drogues évoluerait vers une consommation problématique qui nécessiterait une prise en charge (UNODC, 2011 ; Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005). Tous 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, selon le produit (EMCDDA, 2002). L'offre de soins à destination des usagers d'alcool et de drogues se décline en services spécialisés et non-spécialisés en assuétudes. Les usagers se dirigent vers l'un ou l'autre service selon leur problématique, leur parcours personnel, et leurs besoins, mais aussi en fonction de leur connaissance du dispositif, de leur mobilité et de l'influence de tiers. Ils peuvent parfois en utiliser plusieurs à la fois ou successivement.

Au sein des structures non-spécialisées ou dans le cadre d'une pratique libérale, les médecins généralistes (MG) sont les intervenant.e.s de première ligne susceptibles de détecter le plus précocement un usage problématique. Ils peuvent aussi répondre aux premières formulations de demande d'aide (dont celles relatives aux traitements de substitution aux opiacés) et en faciliter l'expression, voire les proposer.

Selon l'étude «Up to date» de Belspo (Vanmeerbeek et al, 2015), dans la moitié des cas, les MG sont l'unique thérapeute accompagnant le patient¹⁴⁶. Il s'agit le plus souvent de situations relativement stables : surtout des patients hommes (66 % d'hommes, 34 % de femmes), plus âgés (47 ans en moyenne, 35 % ayant entre 45 et 54 ans), et exerçant souvent un travail. La plupart n'abusent que d'une seule substance : l'alcool dans 47 % des cas et souvent pour une période longue (57 % ont une consommation abusive depuis plus de 10 ans). Enfin, 47 % sont abstinents depuis le mois précédent l'enregistrement auprès du MG. Les entretiens individuels approfondis révèlent une perception biaisée des MG vis-à-vis des usagers de drogues (UD) ; bien que cela ne soit corroboré par l'analyse quantitative, les MG associent une plus forte probabilité de développer une consommation problématique à «une pratique urbaine, un niveau socioéconomique bas, une population plus jeune, des problèmes psychiatriques ou sociaux» (Vanmeerbeek et al, 2015). Or, le lien entre situation précaire et consommation problématique reste encore très controversé (Hans, 1999 ; Metsch et Pollack, 2005).

L'étude «Up to date» montre également que la nature licite ou illicite des substances consommées entretient un lien étroit avec les pratiques et attitudes des MG. D'abord, la proportion de MG prenant en charge des patients abusant de substances varie avec la nature des substances ; la moitié seulement considère que la prise en charge des abus de drogues illégales fait partie de leur travail (à l'exception du cannabis avec 7 MG sur 10), tandis que 9 sur 10 sont d'accord lorsqu'il s'agit de tranquillisants/somnifères ou d'alcool. Ensuite, le sentiment d'impuissance rapporté par les MG est également plus fort lorsqu'ils sont confrontés à l'abus de substances illicites. Deux profils de MG se sont dégagés de l'étude : ceux qui considèrent que l'abus de substances est une maladie chronique, faisant dès lors partie intégrante de leur domaine d'intervention ; et ceux qui abordent le problème à travers un prisme moral et font peser le poids des dommages personnels et sociaux sur la responsabilité individuelle des patients. Enfin, les MG peuvent éprouver des difficultés à identifier une consommation problématique avant que celle-ci ne se manifeste par des symptômes psycho-médico-sociaux. Si, dans le cadre de l'alcool ou des médicaments psychoactifs,

¹⁴⁵ Voir pour davantage de détails nos rapports 2013-2014 et 2015.

¹⁴⁶ Les résultats sont issus des données récoltées, sur une période de 5 ans, par les 104 MG vigies exerçant en Belgique et qui envoient volontairement au WIV-ISP des données de routine de manière à surveiller certains problèmes de santé spécifiques. Ces données ont été complétées par des entretiens individuels approfondis auprès de 20 MG. Il ne s'agit donc pas d'une étude de prévalence ni d'un descriptif de la charge de travail en médecine générale.

une grande part des MG semble se reposer sur les quantités consommées pour détecter un abus, il en est autrement pour les substances illicites (à l'exception du cannabis). Dans ce cas-ci, le diagnostic ne repose plus uniquement sur une approche sanitaire puisque plus de la moitié des MG considère leur consommation comme problématique par défaut.

Il est courant que les MG ne se sentent pas suffisamment formés, confiants ou même à l'aise avec la prise en charge et le suivi de ce type de patients. Et il semble que leur motivation repose tout autant sur des représentations sociales ou sur leur histoire personnelle, familiale ou professionnelle, que sur le fait de disposer de connaissances et d'une formation spécifique en la matière (Ketterer et al, 2014). La motivation à prendre en charge, s'investir et suivre sur le long terme un patient dont la consommation est problématique repose en effet sur de multiples facteurs : l'âge et l'expérience, la capacité à gérer ses émotions et à se préserver, la crainte de l'épuisement ou du burnout ; l'histoire personnelle du MG, notamment une expérience d'abus chez un proche, peut autant jouer en faveur de la prise en charge qu'amener à une attitude intransigeante (Vanmeerbeek et al, 2015).

La consommation de substances psychoactives peut susciter différents jugements moraux, en particulier lorsque l'usage est problématique, qu'il concerne des produits illégaux, et que les conséquences de cet usage sont visibles. Les MG, et plus largement les professionnels du soin, ne sont pas épargnés par ce risque, même s'ils sont nombreux à concevoir l'usage problématique comme une «maladie». Ces représentations stigmatisantes peuvent mener à considérer les UD comme des personnes violentes, auxquelles on ne peut pas faire confiance (Goffman, 1975). Cela explique pourquoi certains professionnels de la santé (y compris les pharmaciens) peuvent percevoir les usagers de drogues comme des personnes indésirables, se sentir en insécurité en leur présence, tenir des propos moralisateurs et culpabilisants, ou même refuser de les accompagner. Ainsi, les représentations véhiculées dans la société au sujet des usagers (problématiques) de drogues ont de réels effets sur les pratiques des professionnels de santé¹⁴⁷.

La formation de base des MG, fortement lacunaire en matière d'usage de drogues et d'assuétudes, contribue probablement à la force de certains stéréotypes. En effet, d'une part, ceux-ci ne sont pas assez sensibilisés aux principes de la RdR et ne participent que partiellement à la diffusion des outils en la matière. D'autre part, les différentes substances psychoactives ne sont pas enseignées de manière égale dans les universités : si l'usage problématique d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes font partie de la formation de base, c'est plus rarement le cas des substances illicites (Hoffman, 2008). Ainsi, plus une substance est socialement acceptée (comme l'alcool) ou prévalente (comme le cannabis), plus les professionnels du soin sont formés, et plus ils prennent en charge les usagers problématiques s'y afférant, et inversement (Vanmeerbeek et al, 2015)¹⁴⁸. Enfin, leur formation de base ne favorise pas non plus le développement de compétences relationnelles qui permettent d'établir un lien de confiance entre soignant et patient, et de pérenniser l'accompagnement¹⁴⁹.

De manière générale, la prise en charge d'un usager problématique demande du temps et un investissement sur le long-terme. D'une part, la démarche même de changer un comportement, avec ce qu'elle comporte de progressions et de rechutes (Prochaska et DiClemente, 1982), est chronophage et variable d'un individu à l'autre. D'autre part, la situation des UD mêle souvent plusieurs problématiques, qu'elles soient sociales, médicales ou psychologiques, qui requiert une prise en charge globale et pluridisciplinaire. Face à ces réalités difficiles et diversifiées, les MG peuvent se sentir démunis et craindre le burnout ou l'épuisement, notamment liés à un investissement considérable et une implication émotionnelle (Lacroix et Denis, 2004) ; ils peuvent alors choisir de se tourner vers un groupe de soutien, de réorienter leur patient vers des services spécialisés ou d'impulser une collaboration avec d'autres professionnels, la grande majorité des MG de l'étude estimant qu'une prise en charge efficace des problèmes d'assuétudes requiert une approche pluridisciplinaire.

147 Il n'est pas anodin, par exemple, que les interactions au sein des services d'urgence soient plus fréquemment conflictuelles avec les usagers de drogues qu'avec les autres patients (Denis et al, 2008).

148 Les universités belges, notamment l'Université Catholique de Louvain et l'Université de Liège, semblent aujourd'hui plus attentives à former leurs futurs diplômés en médecine aux assuétudes illicites et à l'accompagnement des usagers problématiques d'alcool et d'opiacés, et y consacrent.

149 Ecoute active, entretien motivationnel, etc.

Le contexte des assuétudes, les produits consommés et le profil des usagers ne cessent d'évoluer. Il est donc nécessaire que les professionnels du soin spécialisés et non-spécialisés s'adaptent et intègrent ces changements dans leurs pratiques (Hoffman, 2008). La prise en charge d'usagers problématiques requiert la mise en place de formations continues, de structures d'appui pluridisciplinaires et de collaboration avec l'ensemble du secteur spécialisé (Hoffman, 2008 ; Ketterer et al, 2014). Plus encore, un travail en réseau au sein du secteur spécialisé et avec le secteur non-spécialisé est indispensable à la continuité des soins, à une approche globale de la santé et un suivi plus étroit des patients. Actuellement, des structures de soutien aux thérapeutes, MG et paramédicaux et de mise en réseau entre intervenants spécialisés et non spécialisés existent à Bruxelles (Réseau d'Aide aux Toxicomanes) et en Wallonie (Réseau Alto).

1.4.6. L'INTÉGRATION DE LA NOTION DE GENRE DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES

Lors de la quatrième **Conférence mondiale sur les femmes** de Pékin de l'ONU, en septembre 1995, les États membres ont adopté la Déclaration et le Programme d'actions et se sont engagés à veiller à leur mise en œuvre sur leur territoire. La Belgique a donc adopté la loi du 12 janvier 2007 visant au contrôle de l'application des résolutions de la conférence mondiale sur les femmes réunie à Pékin en septembre 1995 et intégrant la dimension du genre dans l'ensemble des politiques fédérales et préparations de budget¹⁵⁰.

Le Programme d'actions de la Conférence de Pékin affirme notamment le **droit des femmes de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale**, tout au long de leur vie et à égalité avec les hommes. Dès lors, les États membres doivent être attentifs à ce que leurs politiques publiques en matière de santé et matières connexes (budget, logement, etc.) ne détériorent pas l'état de santé des femmes (ou plus largement leurs conditions de vie), ne renforcent pas les inégalités hommes-femmes et n'entravent leur accès aux soins de santé. Pour cela, les autorités publiques veillent à évaluer les impacts en termes de genre de leurs politiques publiques et à collecter des statistiques ventilées et analysées en fonction de l'âge, du sexe, de la situation socio-économique et des paramètres démographiques, qui permettraient de résoudre les problématiques spécifiques aux groupes les plus vulnérables. Elles doivent également promouvoir et informer les femmes des services et options à leur disposition, et assurer la protection de leur vie privée et la confidentialité des informations les concernant. Les services médicaux et soins de santé, les gouvernements et l'ensemble des acteurs concernés doivent intégrer la problématique hommes-femmes dans leurs politiques, budgets et programmes, et évaluer leurs impacts éventuels sur les hommes et les femmes¹⁵¹.

Pour cela, le Programme d'actions établit une série d'objectifs stratégiques :

- Élargir l'accès des femmes tout au long de leur vie à des soins de santé, à l'information et à des services connexes adaptés, abordables et de bonne qualité ;
- Renforcer les programmes de prévention propres à améliorer la santé des femmes ;
- Lancer des initiatives tenant compte des besoins des femmes face aux maladies sexuellement transmissibles, au VIH/sida et aux autres problèmes de santé se rapportant à la sexualité et à la procréation ;
- Promouvoir la recherche et diffuser des informations sur la santé des femmes ;
- Augmenter les ressources consacrées à la santé des femmes et suivre et évaluer la situation dans ce domaine.

En Belgique, la loi du 12 janvier 2007 prévoit donc que le Gouvernement fédéral fixe, dans sa déclaration de gouvernement, des objectifs spécifiques conformes à ceux de la Conférence de Pékin. L'ensemble des ministres devra intégrer la notion de genre dans toutes les politiques publiques et préparations de budget, et veiller à la mise en œuvre des objectifs stratégiques ainsi fixés.

¹⁵⁰ «On ne naît pas femme, on le devient» (Simone de Beauvoir, *Le deuxième sexe*, 1949) : si, à la naissance, la plupart des individus possèdent un sexe biologique, le genre est une construction sociale des rôles, des attitudes, des activités et des qualités considérés comme appropriés selon le sexe. Ceux-ci diffèrent d'une société à l'autre, d'une époque à l'autre.

¹⁵¹ Le document original est infiniment plus complexe et développé que ce que nous n'en rapportons ici ; nous ne pouvons donc qu'inviter le lecteur à en prendre connaissance.

L'accord du Gouvernement fédéral du 9 octobre 2014 stipule d'ailleurs que celui-ci «œuvrera à intégrer la dimension du genre dans chaque domaine politique en vue d'éliminer les inégalités existantes et d'éviter que la politique gouvernementale ne crée ou ne renforce une inégalité entre les femmes et les hommes (*gender mainstreaming*)», notamment en développant des récoltes de données ventilées par sexe et des indicateurs de genre. L'accord précise également qu'une «attention particulière sera accordée aux différences qui existent entre les femmes et les hommes dans le cadre des réformes socioéconomiques».

Chaque ministre s'engage, dans le cadre de ses compétences, à intégrer la notion de genre dans ses politiques. Plus particulièrement, l'Accord de Gouvernement précise que Maggie De Block, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, veillera à intégrer la dimension de genre dans :

- Le développement des soins de santé mentale ;
- L'utilisation d'objectifs de santé concrets pour l'élaboration des politiques ;
- L'adaptation du système aux besoins de la société et la garantie d'offrir à tou.te.s les citoyen.ne.s des soins de santé de qualité, abordables et accessibles, adaptés à l'évolution des besoins des patient.e.s ;
- L'implémentation de «l'agenda pour le développement post-2015» et la révision des «objectifs UE 2020» ;
- L'examen des investissements liés à l'accès aux médicaments.

Le Programme d'actions de la Conférence de Pékin précise également que les **structures régionales et sous-régionales** devraient assister les autorités publiques à appliquer celui-ci. Les entités fédérées se sont donc engagées à leur tour à intégrer la dimension de genre dans leurs politiques publiques et budgets. En effet, au terme d'un long processus d'appropriation, l'Assemblée de la COCOF a finalement adopté un décret le 21 juin 2013, Gouvernement de la RBC un arrêté le 24 avril 2014, le Parlement de la Communauté française un décret le 7 janvier 2016 (qui prévoit l'institution d'un groupe de coordination chargé d'assurer la mise en œuvre du décret), et enfin, le Parlement et le Gouvernement wallons un décret le 3 mars 2016. L'adoption de ces textes par les entités fédérées a son importance en termes d'égalité sociale, particulièrement depuis la 6^{ème} Réforme de l'État et le transfert de compétences vers les Communautés et les Régions.

Ainsi, chaque ministre ou autorité publique doit évaluer les impacts directs ou indirects des politiques publiques et préparations budgétaires sur les femmes et sur l'égalité hommes-femmes, dans l'ensemble des matières relevant de leurs compétences (santé, logement, emploi, égalité des chances, etc.). En matière de santé, le *gender mainstreaming* devrait éviter ou corriger les inégalités hommes-femmes qui pourraient impacter négativement l'état de santé global des femmes ou leur accès aux soins de santé. Un tel enjeu ne concerne donc pas isolément les politiques «santé» mais l'ensemble des politiques liées aux déterminants de la santé (prix des médicaments, mesures d'austérité, places en crèche, allocations familiales, exclusion du chômage, politiques migratoires, etc.). Pour que l'application de la Conférence de Pékin aux différents niveaux de pouvoir soit efficiente, l'évaluation de l'impact des politiques publiques doit donc être transversale.

Toutefois, étant donné la lenteur du processus au terme duquel la Belgique, puis les entités fédérées, se sont saisi du Programme d'actions de la Conférence de Pékin, nous espérons que leur application sera plus prompte. Ensuite et surtout, au vu du contexte d'austérité actuel et des décisions politiques peu attentives aux impacts genrés (en termes d'accès aux soins de santé, de coupes budgétaire, d'emploi, etc.), nous nous interrogeons sur la valeur contraignante de l'évaluation négative d'une politique publique ou d'un budget dont les impacts sur les hommes et les femmes seraient inégaux ou renforceraient les inégalités déjà présentes. Nous nous interrogeons également sur les recours possibles et sur les outils de contrepouvoir ou de surveillance. Sans ceux-ci, seule la bonne volonté des autorités politiques et la veille de la société civile seraient les garants de la prise en compte réelle de la dimension de genre dans les politiques publiques.

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 aux problématiques associées, et d'en suivre l'évolution dans le temps.

Il concerne essentiellement cinq indicateurs épidémiologiques clés de l'OEDT que nous détaillerons pour la Wallonie et pour la région bruxelloise.

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).

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 (TDI)
- Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues
- Mortalité liée à l'usage de drogues

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 (Escotado, 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», qui évoluera parfois vers un usage plus 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. Cette dernière s'explique en raison d'une démarche d'*échantillonnage* durant la phase d'enquête, à défaut de pouvoir consulter la *population* dans son ensemble. Pour des raisons pratiques de lisibilité, nous éviterons de présenter ces intervalles de confiance dans le présent rapport.

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

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

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

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 et des autres drogues est néanmoins estimé sur base de la consommation auto-rapportée via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête de santé par interview (HIS pour *Health Interview Survey*) réalisée par l'Institut scientifique de santé publique (WIV-ISP) environ tous les quatre ans, et dont la dernière porte sur 2013 (voir Gisle, 2014). Comme il s'agit d'une enquête générale de santé, le nombre de questions sur les drogues est limité.

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 cannabis et des autres drogues, 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, la participation à l'enquête se fait par ménage. Or en 2013, la moitié des ménages contactés par téléphone 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 divulguer certains comportements (notamment la consommation de drogues illicites) 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	Etude 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 5.000 personnes ¹⁵² 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.

152 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 2 : Prévalence de l'usage de cannabis et des autres drogues en Wallonie, par âge et par sexe, 2013

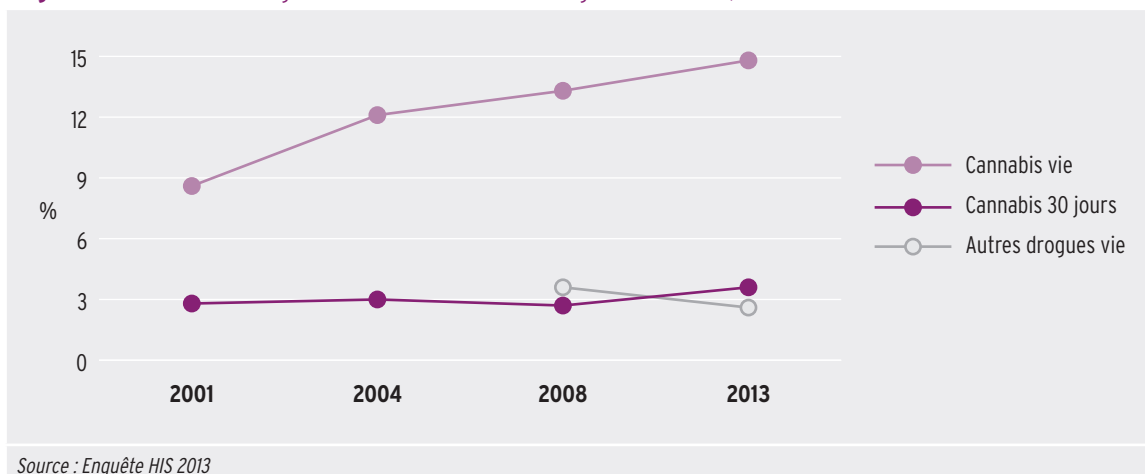
	15-24 ans (n=310)	25-34 ans (n=368)	35-44 ans (n=396)	45-54 ans (n=463)	55-64 ans (n=442)	Total (N=1.979)
	%	%	%	%	%	%
Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie						
Hommes	25,0	44,5	22,8	5,6	2,9	19,5
Femmes	16,8	19,4	11,6	4,4	1,0	10,1
Total	20,9	32,4	17,1	5,0	2,0	14,8
Prévalence de l'usage 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 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

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 est resté relativement stable. 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 8 : Évolution de l'usage de cannabis et des autres drogues en Wallonie, 2001-2013



Source : Enquête HIS 2013

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

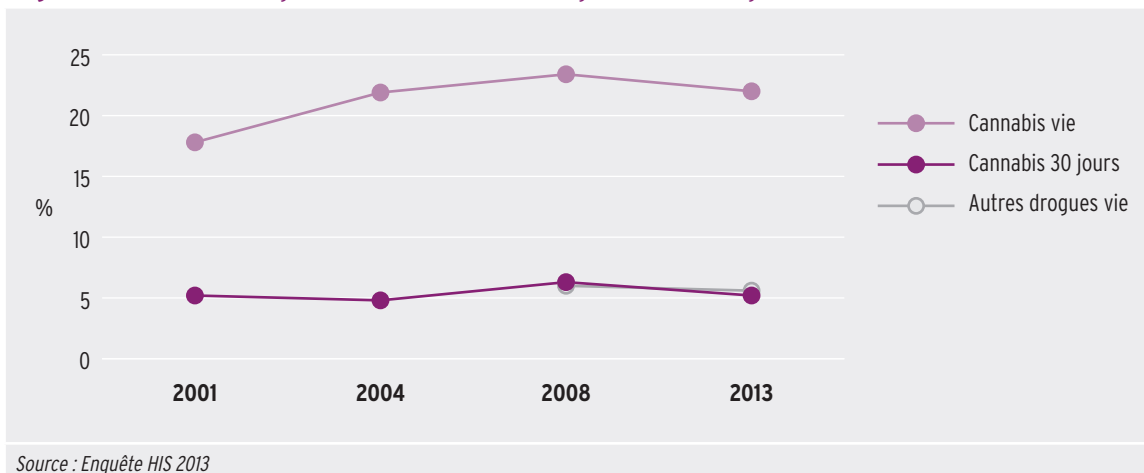
	15-24 ans (n=132)	25-34 ans (n=278)	35-44 ans (n=235)	45-54 ans (n=232)	55-64 ans (n=211)	Total (N=1.088)
	%	%	%	%	%	%
Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie						
Hommes	40,7	38,6	29,6	15,2	11,5	27,4
Femmes	28,2	20,4	14,1	15,1	6,0	16,8
Total	34,0	28,4	22,5	15,1	8,7	22,0
Prévalence de l'usage 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

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 actuel est quant à lui resté relativement stable. 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 9 : Évolution de l'usage de cannabis et des autres drogues illicites en Région bruxelloise, 2001-2013



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 et en Flandre, 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 apparemment¹⁵³ 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

153 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.

(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 2500 Wallons et de 1300 Bruxellois âgés de 15 ans et plus ont complété le questionnaire relatif à la consommation d'alcool. Nous nous intéresserons 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)¹⁵⁴, 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**¹⁵⁵ **hebdomadaire** (consommation d'au moins 6 verres d'alcool lors d'une même occasion chaque semaine au cours des 12 derniers mois), et enfin l'**usage problématique d'alcool sur la vie**¹⁵⁶, qui est estimé chez les personnes ayant consommé de l'alcool les 12 derniers mois ainsi que chez celles qui sont abstinentes depuis plus de 12 mois.

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 % 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.

154 Cette définition correspond à la transposition en nombre de verres des limites hebdomadaires que l'OMS recommande de ne pas dépasser (WHO, 2000).

155 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.

156 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.

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 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 dépendance à l'alcool, 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.

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 Wallonie, par sexe et par tranche d'âge, 2013

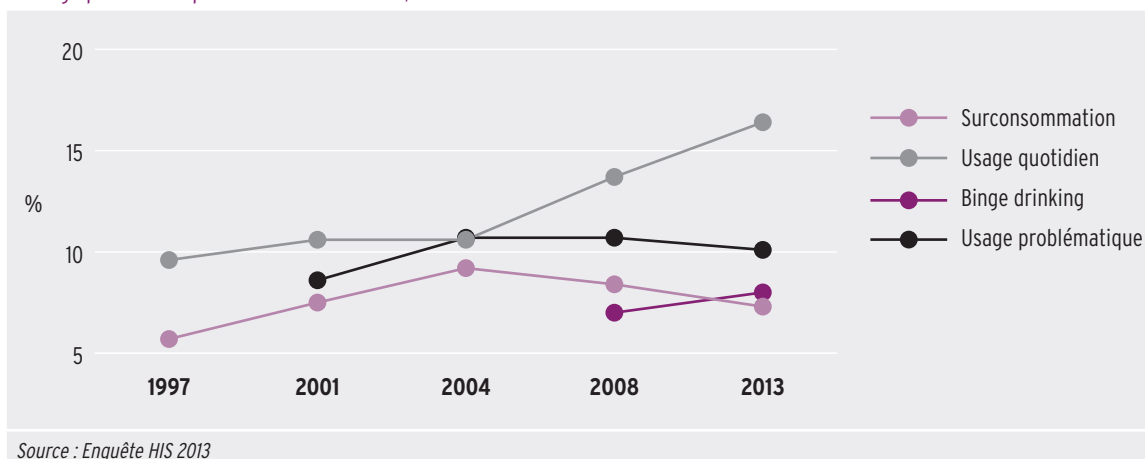
	15-24 ans (n=273)	25-34 ans (n=356)	35-44 ans (n=374)	45-54 ans (n=441)	55-64 ans (n=450)	65-74 ans (n=346)	75 ans et + (n=233)	Total (N=2.473)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Prévalence de l'abstinence sur la vie								
Hommes	27,8	8,7	7,4	7,5	5,4	3,6	7,5	9,4
Femmes	28,5	21,1	12,3	14,3	11,2	14,6	31,6	18,0
Total	28,1	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								
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

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 10 : Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du *binge drinking* et de l'usage problématique d'alcool en Wallonie, 1997-2013



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 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 dépendance à l'alcool, 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 5 : 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

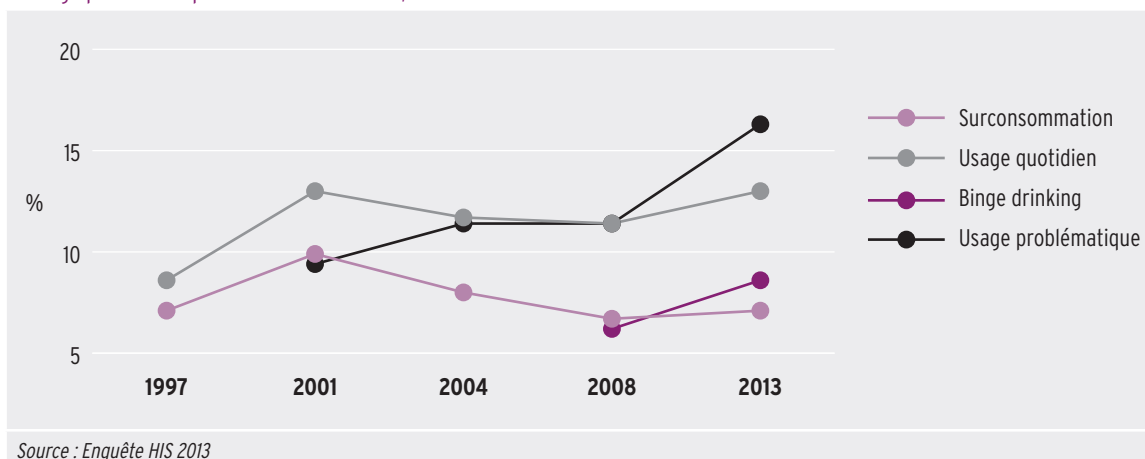
	15-24 ans (n=114)	25-34 ans (n=271)	35-44 ans (n=222)	45-54 ans (n=230)	55-64 ans (n=205)	65-74 ans (n=142)	75 ans et + (n=108)	Total (N=1.292)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Prévalence de l'abstinence sur la vie								
Hommes	39,8	18,8	21,1	15,4	22,8	3,1	4,4	18,8
Femmes	31,6	26,0	32,2	22,4	19,5	16,1	11,3	23,8
Total	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								
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

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 (figure 11).

Figure 11 : Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du *binge drinking* et de l'usage problématique d'alcool à Bruxelles, 1997-2013



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, et surviennent généralement quelques temps après la découverte du produit. Les jeunes de 15 ans et plus sont relativement nombreux à pratiquer la surconsommation ou l'hyperalcoolisation de manière hebdomadaire, 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 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 drinking¹⁵⁷, 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 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 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.

¹⁵⁷ 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.

Tableau 6 : 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 +	Moyenne
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 académique¹⁵⁸, 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*¹⁵⁹ au moins à deux reprises chaque semaine de cette période, et 15 % ont été ivres au moins deux fois par semaine. 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. 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.

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

158 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 le dernier quadrimestre et non sur l'ensemble de l'année académique.

159 Ici défini par la consommation de 5 verres de boissons alcoolisées ou plus sur une période de 2 heures.

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.

Tableau 7 : Types de consommation excessive en fonction des caractéristiques sociodémographiques des étudiants bruxellois, 2015

	Surconsommation hebdomadaire* (%)	Binge drinking multi-hebdo** (%)	Ivresse multi-hebdo** (%)	Forte 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 présoirées				
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 binge drinking et l'ivresse multi hebdomadaires au cours du dernier quadrimestre				

PERSPECTIVE

Comme la plupart des comportements à risque, la consommation excessive d'alcool en milieu étudiant 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 étudiant 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)¹⁶⁰, 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 étudiant, et qui est favorisé par de nombreux facteurs biologiques, psychologiques, sociologiques et culturels en interaction. Le milieu étudiant semble toutefois jouer un rôle déterminant dans l'acquisition et le renforcement des pratiques de consommation à risque chez les jeunes.

2.1.4. 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 assuétudes (tabac, alcool, drogues et multimédias). L'étude est menée à l'échelle de la Fédération Wallonie-Bruxelles par le SIPES (Service d'Information Promotion Éducation Santé) de l'ULB. 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. Actuellement, nous ne disposons que de données préliminaires, le rapport de l'enquête n'ayant pas encore été publié.

¹⁶⁰ 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).

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 réponse	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

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, 2,4 % des étudiants wallons de 15-20 ans interrogés ont déclaré consommer actuellement du cannabis tous les jours, et 3,7 % pas quotidiennement mais chaque semaine.

Tableau 8 : 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

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, 1,9 % des étudiants bruxellois de 15-20 ans interrogés ont déclaré consommer actuellement du cannabis tous les jours, et 3 % pas quotidiennement mais chaque semaine.

Tableau 9 : 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

2.1.5. 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 (la recherche scientifique) voire 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 européens¹⁶¹ âgés de 15 à 24 ans. Il s'agit là d'une hausse par rapport à 2011 (+3 % pour les jeunes européens et +4 % pour les jeunes belges). 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 2700 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 (±35.000¹⁶²) ont déjà consommé au moins une fois un euphorisant légal.

¹⁶¹ Comme on peut le voir dans le tableau 10, 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.

¹⁶² 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 10 : Prévalence de la consommation de *legal highs* chez les belges et européens âgés de 15 à 24 ans. Flash Eurobaromètre 2014

	Echantillon 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	8,8
Usage de <i>legal highs</i> les 30 derniers jours	1	1,3	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 mois¹⁶³ 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

163 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. Ils peuvent dès lors inquiéter les autorités sanitaires, parce qu'ils 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 ou nouvelles substances psychoactives) 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 aussi 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. Enfin, malgré ces risques pour la santé, ces substances sont généralement vendues sans notice d'utilisation, puisqu'elles ne sont officiellement pas destinées à la consommation humaine¹⁶⁴. 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 récemment pris l'option d'élargir la portée de l'arsenal prohibitif en interdisant anticipativement les nouvelles générations de molécules (et rétrospectivement les anciennes) sur base de classifications génériques¹⁶⁵. 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). Les arrêtés d'application n'ont toutefois pas encore été publiés, ce qui la rend inopérante en l'état. Alors que la prohibition est manifestement inefficace et contre-productive en matière de lutte contre l'usage de drogues (voir par exemple Coppel & Double, 2012 ; De Corte, De Grauwe & Tytgat, 2013 ; CGPD, 2013 ; Insulza, 2013 ; Werb et al., 2011, 2013), que le *dark net* 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 paraître plus que jamais inappropriée. Au niveau européen, une directive et un règlement ont été proposés en septembre 2013 de manière à accélérer l'interdiction de la commercialisation des nouvelles substances qui présentent un risque important pour la santé. À l'heure actuelle, ils n'ont toutefois pas encore été ratifiés¹⁶⁶.

⋮ 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, 2014a).

2.1.6. 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 de récentes estimations, il y aurait entre 15.000 et 20.000 travailleurs/euses du sexe en

¹⁶⁴ Sur Internet, ces produits sont en effet systématiquement vendus comme non destinés à la consommation humaine, de manière à contourner également les lois sur les substances réglementées telles que les médicaments et les compléments alimentaires.

¹⁶⁵ Pour une présentation critique de cette loi, nous renvoyons le lecteur aux pages 33 et 34 de notre rapport 2013-2014.

¹⁶⁶ Pour une présentation critique de ces propositions, nous renvoyons le lecteur aux pages 35 à 38 de notre rapport 2013-2014.

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). Néanmoins, l'ampleur de l'usage de drogues dans ce groupe spécifique est peu connue au niveau européen, y compris en Belgique (voir Roelands, 2010).

Dans ce contexte, une étude a été réalisée à l'échelle nationale en 2011 (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).

2.1.7. 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 peuvent toutefois être amplifiés dans l'enclume de la prison, l'usager ayant moins d'opportunités de se cacher et étant donc contraint de consommer brièvement, et le matériel requis pour certains modes de consommation ne pouvant être obtenu librement. Par exemple, les usagers de drogues par injection sont souvent contraints de récupérer des seringues usagées dans la poubelle de l'infirmier, puisque la distribution de matériel stérile d'injection n'y est pas autorisée. Cette situation favorise la réutilisation excessive du même 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. Pourtant, 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.

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.

Les résultats de cette enquête sont présentés de manière détaillée dans notre rapport 2013-2014 sur l'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles (pages 69-72).

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 - L'INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT (TDI)

Selon les estimations, seule une minorité des usagers de drogues 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'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies 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 illégale¹⁶⁷. 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 des demandes 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 du TDI est coordonné par le WIV-ISP.

Les centres ayant une convention avec l'INAMI, les hôpitaux, ainsi que les services agréés auprès de la Région wallonne sont dans l'obligation formelle de participer à la récolte de cet indicateur. Même si l'actuel décret ambulatoire COCOF n'exige pas formellement d'y participer, une grande partie des centres y contribuent effectivement, tout comme certains centres ayant un autre type de financement. En revanche,

¹⁶⁷ 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.

les traitements dispensés en cabinet privé (dont les traitements de substitution aux opiacés) ainsi qu'en milieu pénitentiaire ne sont actuellement pas enregistrés, ni ceux dispensés en maison médicale ou dans un service de santé mentale non spécialisé en assuétudes, à quelques rares exceptions près. Actuellement, les données des hôpitaux ne peuvent nous être communiquées en raison de l'absence de convention de partage. Néanmoins, ces données sont exposées en détail dans le premier rapport national sur le TDI en Belgique (voir Antoine, 2016). Pour information, au niveau national, les épisodes de traitement enregistrés en 2015 en milieu hospitalier représentaient 60,4 % des demandes. Par conséquent, les données exposées ci-dessous ne sont pas représentatives de l'ensemble des patients en demande de traitement, mais uniquement des patients en demande de traitement dans les structures spécialisées en assuétudes (hors milieu hospitalier).

LES CHIFFRES 2015 EN WALLONIE

Description des patients par âge et par sexe

Le nombre de patients ayant introduit une demande de traitement pour un problème de consommation d'alcool ou de drogues s'élevait à 2140 en 2015 dans les centres participant actuellement à la récolte de cet indicateur en Wallonie (l'âge et le sexe étaient précisés pour 2131 d'entre eux). Les patients sont majoritairement de sexe masculin (ratio 4 pour 1) et d'un âge compris entre 25 et 44 ans (63,5 %). Les tranches de 25-34 ans et des 35-44 ans 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 36 ans en moyenne ; voir Eurotox, 2015a). 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 infructueuses de reprise de contrôle de la consommation. Le nombre de demandes de traitement baisse ensuite à partir de 44 ans et, surtout, après 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.).

Tableau 11 : 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 en Wallonie, 2015

	24 ans et -	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55 ans et +	Total
	%	%	%	%	%	%
Tous produits						
Hommes (n=1.671)	12,2	23,9	26,8	12,6	3,0	78,4
Femmes (n=460)	3,6	6,6	6,2	3,3	1,9	21,6
Total (N=2.131)	15,7	30,5	33,0	15,9	4,9	100
Alcool						
Hommes (n=472)	5,3	18,4	25,0	17,9	9,0	75,5
Femmes (n=153)	1,1	4,0	6,9	6,7	5,8	24,5
Total (N=625)	6,4	22,4	31,8	24,6	14,7	100,0
Opiacés						
Hommes (n=667)	5,1	24,4	35,5	16,1	0,6	81,7
Femmes (n=149)	2,9	6,7	6,6	1,6	0,4	18,3
Total (N=816)	8,1	31,1	42,2	17,6	1,0	100,0
Cocaïne						
Hommes (n=159)	8,2	32,0	26,5	5,9	0,0	72,6
Femmes (n=60)	4,6	12,8	7,8	2,3	0,0	27,4
Total (N=219)	12,8	44,7	34,2	8,2	0,0	100,0
Cannabis						
Hommes (n=287)	42,1	26,5	11,5	2,3	0,3	82,7
Femmes (n=60)	7,8	6,1	2,3	0,9	0,3	17,3
Total (N=347)	49,9	32,6	13,8	3,2	0,6	100,0

Comme on peut le voir sur le tableau 11, l'âge et le sexe des patients peuvent considérablement varier en fonction du produit principal¹⁶⁸. Par exemple, la proportion de femmes est plus importante pour la cocaïne (27,4 %) et l'alcool (24,5 %) que pour les opiacés (18,3 %) et le cannabis (17,3 %). De même, la proportion de patients de moins de 25 ans est particulièrement importante pour le cannabis (49,9 %), alors qu'elle est généralement marginale pour les autres produits. Enfin, la proportion de patients de 55 ans et + est plus importante pour l'alcool (14,7 %) que pour les autres produits (1 % ou moins).

Description des patients par produit principal

Une importante proportion des demandeurs est peu ou pas scolarisée (43,7 %) et une grande majorité a des revenus précaires : 31,7 % bénéficient d'une indemnité pour maladie ou invalidité, 19 % reçoivent le revenu minimum ou le CPAS, 16,3 % bénéficient d'une allocation de chômage et 16,3 % n'ont pas de revenu propre. Cette surreprésentation des demandeurs économiquement non-actifs ou au chômage (et peu scolarisés) est sûrement amplifiée par le fait que les personnes en situation d'abus ou de dépendance à une substance qui ont de meilleurs revenus 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. On notera aussi que près d'un tiers des demandeurs (29,1 %) ne possédaient pas de logement fixe durant la période de 30 jours précédant l'introduction de la demande 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 dans ces centres spécialisés en Wallonie.

En ce qui concerne la problématique de consommation, les produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement enregistrées en 2015 sont, par ordre d'importance, les opiacés (39,4 %), l'alcool (30,3 %), le cannabis (16,7 %) et la cocaïne/crack (10,5 %).

Plus de la moitié des patients sont pris en charge dans des centres ambulatoires (54,2 %), mais le type 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 (39,4 %) alors qu'elles sont rares pour les usages problématiques d'alcool (moins de 2 %).

La plupart des patients (64,4 %) ont des antécédents thérapeutiques liés à une problématique d'assuétude. La présence d'antécédents de traitement est très fréquente chez les usagers problématiques d'opiacés (80,7 %) alors qu'elle est relativement moins fréquente chez les patients en demande de traitement pour une consommation problématique de cannabis (25,3 %). Plus d'un tiers des patients (38,5 %) 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 (78,1 %).

Une grande partie des patients (41,6 %) ont introduit la demande de traitement de leur propre initiative, et un peu plus d'un quart (26,3 %) suite à une réorientation¹⁶⁹. Les demandes émanant du secteur de la justice sont citées par plus d'un patient sur dix (12,2 %), mais elles sont beaucoup plus fréquentes chez les patients dont le produit principal est le cannabis (25,2 %).

Moins d'un patient sur cinq (15,8 %) a mentionné avoir déjà eu recours à l'injection, dont 5,4 % durant les 30 derniers jours. Les comportements d'injection (actuels ou passés) sont plus fréquents chez les patients admis pour un problème lié aux opiacés ou, dans une moindre mesure, à la cocaïne que chez les autres patients. Parmi les patients ayant déjà eu recours à l'injection, 44 % ont déclaré avoir déjà partagé au moins une fois des aiguilles ou des seringues avec une autre personne.

Enfin, la moitié des patients (50,9 %) 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. Près d'un quart des patients (22,9 %) rapporte un usage problématique de deux produits, 9,6 % de trois produits, et 4,6 % de quatre produits ou plus. La polyconsommation problématique est nettement moins fréquente chez les patients dont le produit principal est l'alcool ou le cannabis.

168 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.

169 La réorientation est ici définie comme toute demande impulsée par un autre service d'aide aux patients : un service social, un centre ambulatoire pour usagers de drogues, un médecin généraliste, et enfin un hôpital ou un autre service médical.

Tableau 12 : Profil des patients ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés en Wallonie, 2015

	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	2.140	631	819	219	347
% des patients	100	30,3	39,4	10,5	16,7
Type de traitement (%)					
Bas seuil	20,4	1,6	39,4	18,3	13,3
Ambulatoire	54,2	62,6	37,2	42,9	79,3
Résidentiel	25,4	35,8	23,3	38,8	7,5
Origine de la demande (%)					
Propre initiative	41,6	33,2	58,4	42,8	22,6
Famille/amis	17,3	16,2	14,7	19,1	22,3
Réorientation	26,3	38,0	18,1	23,7	23,1
Justice	12,2	10,3	7,8	11,2	25,2
Autre	2,6	2,3	1,0	3,2	6,8
<i>non-réponses (n)</i>	37	7	14	4	10
Logement (%)					
Domicile fixe	70,9	75,3	61,9	73,6	79,8
Logements variables	5,1	3,2	7,6	3,7	3,5
Dans la rue	6,3	2,1	13,1	3,7	0,9
Institution	11,9	15,9	9,4	12,0	11,0
Prison	5,4	3,2	7,4	6,9	4,6
Autre	0,4	0,3	0,6	0,0	0,3
<i>non-réponses (n)</i>	14	7	3	3	1
Scolarité (%)					
Non scolarisé	2,9	2,6	3,5	2,6	3,2
Primaire	40,8	27,0	46,1	41,5	52,4
Secondaire	46,2	50,1	46,1	46,7	39,7
Supérieur	9,8	20,1	4,0	8,7	4,7
Autre	0,3	0,2	0,4	0,5	0,0
<i>non-réponses(n)</i>	220	64	96	24	30
Source de revenu					
Salaire/revenu de travail	12,7	17,3	7,2	17,9	15,4
Allocation de chômage	16,3	16,3	15,3	13,2	18,4
Bourse d'études	1,7	4,4	0,3	0,0	0,9
Indemnité pour maladie ou invalidité	31,7	42,7	28,6	39,6	14,2
Revenu minimum ou CPAS	19,0	11,1	29,0	14,2	13,9
Allocations familiales	1,0	0,0	0,3	1,4	3,6
Pension de retraite ou de survie	0,3	1,0	0,1	0,0	0,0
Aucun revenu propre	16,3	6,5	18,3	13,2	32,5
Autre	1,0	0,8	0,9	0,5	1,2
<i>non-réponses (n)</i>	95	17	50	7	15
Traitement antérieur (%)					
Oui	64,4	66,8	80,7	59,6	25,3
Non	35,6	33,2	19,3	40,4	74,7
<i>non-réponses (n)</i>	39	16	2	6	11
Traitement de substitution (%)					
Oui	38,5	9,0	78,1	26,2	9,1
Non	61,5	91,0	21,9	73,8	90,9
<i>non-réponses (n)</i>	91	34	14	13	18

Comportement d'injection (%)					
Jamais	84,2	95,0	70,4	79,2	97,0
Oui, les 30 derniers jours	5,4	0,2	10,9	9,0	0,3
Oui, les 12 derniers mois	1,6	0,5	2,8	2,4	0,6
Oui, il y a plus de 12 mois	6,6	3,7	11,3	7,1	1,8
Oui, non précisé	2,3	0,7	4,6	2,4	0,3
<i>non-réponses (n)</i>	126	31	59	7	17
Polyconsommation problématique (%)					
Oui	37,1	19,8	51,6	48,9	22,2
Non	62,9	80,2	48,4	51,1	77,8
<i>non-réponses (n)</i>	0	0	0	0	0

Description par produit principal des patients avec et sans antécédents thérapeutiques

Les tableaux 13 et 14 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 (33,6 % *versus* 6,3 %). Ces derniers sont à l'inverse plus fréquemment en traitement pour un usage problématique d'opiacés que les patients primo-demandeurs (48,7 % *versus* 21,1 %).

Les patients avec des antécédents thérapeutiques sont plus fréquemment pris en charge dans les structures 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 (49,4 % *versus* 28,3 %). 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.

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.

Tableau 13 : 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 en Wallonie, 2015

	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	1.353	411	659	127	85
% des patients	64,4	19,6	31,4	6,0	4,0
% des patients avec antécédents	100	30,4	48,7	9,4	6,3
Type de traitement (%)					
Bas seuil	19,4	1,7	32,5	15,0	14,1
Ambulatoire	46,6	50,6	39,9	37,8	72,9
Résidentiel	34,0	47,7	27,6	47,2	12,9
Origine de la demande (%)					
Propre initiative	49,4	39,6	58,4	53,2	42,9
Famille/amis	12,9	12,7	13,0	13,5	11,9
Réorientation	27,5	40,8	19,5	21,4	22,6
Justice	8,8	5,4	8,0	11,1	19,0
Autre	1,3	1,5	1,1	0,8	3,6
<i>non-réponses (n)</i>	17	2	13	1	1

Tableau 13 : (suite)

	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Âge (année)					
Moyenne	38,0	42,6	37,1	34,7	30,1
<i>non-réponses (n)</i>	4	3	1	0	0
Sexe (%)					
Homme	79,9	75,2	84,7	72,4	82,4
Femme	20,1	24,8	15,3	27,6	17,6
<i>non-réponses (n)</i>	1	0	1	0	0
Logement (%)					
Domicile fixe	66,7	70,8	62,5	65,4	76,5
Logements variables	6,3	3,4	8,1	5,5	5,9
Dans la rue	6,4	2,5	9,8	6,3	2,4
Institution	14,2	20,8	10,8	13,4	9,4
Prison	5,9	2,2	8,1	9,4	5,9
Autre	0,5	0,2	0,8	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	6	3	3	0	0
Scolarité (%)					
Non scolarisé	2,8	1,9	3,3	4,3	2,6
Primaire	40,8	26,5	47,4	47,0	49,4
Secondaire	45,9	50,7	44,4	41,7	37,7
Supérieur	10,1	20,9	4,3	6,1	10,4
Autre	0,3	0,0	0,5	0,9	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	147	38	83	12	8
Source de revenu					
Salaire/revenu de travail	9,9	14,1	7,0	13,0	11,0
Allocation de chômage	14,4	14,1	13,8	11,4	17,1
Bourse d'études	1,6	4,7	0,2	0,0	0,0
Indemnité pour maladie ou invalidité	39,4	51,6	31,6	45,5	31,7
Revenu minimum ou CPAS	21,5	11,6	29,2	15,4	19,5
Allocations familiales	0,4	0,0	0,2	0,8	2,4
Pension de retraite ou de survie	0,2	0,5	0,2	0,0	0,0
Aucun revenu propre	11,7	3,0	17,0	13,0	18,3
Autre	0,8	0,5	1,0	0,8	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	56	6	42	4	3
Traitement de substitution (%)					
Oui	60,6	13,7	97,2	45,0	38,5
Non	39,4	86,3	2,8	55,0	61,5
<i>non-réponses (n)</i>	52	18	12	7	7
Comportement d'injection (%)					
Jamais	77,1	93,2	65,8	69,9	87,0
Oui, les 30 derniers jours	7,6	0,3	12,3	12,2	1,3
Oui, les 12 derniers mois	2,3	0,5	3,3	3,3	2,6
Oui, il y a plus de 12 mois	9,8	5,3	13,2	11,4	7,8
Oui, non précisé	3,3	0,8	5,4	3,3	1,3
<i>non-réponses (n)</i>	82	12	51	4	8
Polyconsommation problématique (%)					
Oui	41,6	20,4	52,2	51,2	35,3
Non	58,4	79,6	47,8	48,8	64,7
<i>non-réponses (n)</i>	0	0	0	0	0

Tableau 14 : Profil des patients primo-demandeurs ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés en Wallonie, 2015

	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	748	204	158	86	251
% des demandes	35,6	9,7	7,5	4,1	11,9
% des premières demandes	100	27,3	21,1	11,5	33,6
Type de traitement (%)					
Bas seuil	22,6	1,5	67,7	22,1	13,5
Ambulatoire	66,3	83,8	26,6	48,8	80,5
Résidentiel	11,1	14,7	5,7	29,1	6,0
Origine de la demande (%)					
Propre initiative	28,3	21,2	58,9	28,2	15,5
Famille/amis	25,1	22,7	21,5	27,1	26,1
Réorientation	24,0	33,0	12,7	27,1	22,9
Justice	17,9	19,2	6,3	10,6	27,3
Autre	4,7	3,9	0,6	7,1	8,2
<i>non-réponses (n)</i>	<i>10</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>6</i>
Age (année)					
Moyenne	31,9	39,5	35,0	31,2	24,3
<i>non-réponses (n)</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Sexe (%)					
Homme	75,8	77,0	69,0	73,3	82,9
Femme	24,2	23,0	31,0	26,7	17,1
<i>non-réponses (n)</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Logement (%)					
Domicile fixe	77,9	83,3	59,5	84,9	80,8
Logements variables	2,9	3,0	5,7	1,2	2,4
Dans la rue	6,4	1,5	27,2	0,0	0,4
Institution	8,0	6,4	3,8	10,5	11,6
Prison	4,4	5,4	3,8	3,5	4,4
Autre	0,3	0,5	0,0	0,0	0,4
<i>non-réponses (n)</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
Scolarité (%)					
Non scolarisé	3,1	4,3	4,1	0,0	3,0
Primaire	41,2	27,6	41,1	35,1	53,7
Secondaire	46,3	48,6	52,1	51,9	40,3
Supérieur	9,3	18,9	2,7	13,0	3,0
Autre	0,1	0,5	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	<i>61</i>	<i>19</i>	<i>12</i>	<i>9</i>	<i>20</i>
Source de revenu					
Salaire/revenu de travail	17,3	23,2	8,0	25,9	15,9
Allocation de chômage	20,2	21,2	22,0	16,5	19,7
Bourse d'études	1,7	4,0	0,7	0,0	0,8
Indemnité pour maladie ou invalidité	17,4	23,7	16,7	29,4	7,5
Revenu minimum ou CPAS	14,5	10,1	28,7	11,8	11,7
Allocations familiales	2,2	0,0	0,7	2,4	4,2
Pension de retraite ou de survie	0,6	2,0	0,0	0,0	0,0
Aucun revenu propre	24,8	14,1	22,7	14,1	38,5
Autre	1,4	1,5	0,7	0,0	1,7
<i>non-réponses (n)</i>	<i>30</i>	<i>6</i>	<i>8</i>	<i>1</i>	<i>12</i>

Tableau 14 : (suite)

	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Comportement d'injection (%)					
Jamais	96,5	98,9	88,7	94,0	100,0
Oui, les 30 derniers jours	1,7	0,0	5,3	3,6	0,0
Oui, les 12 derniers mois	0,4	0,5	0,7	1,2	0,0
Oui, il y a plus de 12 mois	1,1	0,5	4,0	1,2	0,0
Oui, non précisé	0,3	0,0	1,3	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	31	14	7	2	5
Polyconsommation problématique (%)					
Oui	29,5	19,6	48,7	45,3	17,5
Non	70,5	80,4	51,3	54,7	82,5
<i>non-réponses (n)</i>	0	0	0	0	0

TENDANCES ET ÉVOLUTION EN WALLONIE

Sur la période 2011-2015, 8960 demandes de traitement ont été enregistrées en Région bruxelloise auprès des centres participant actuellement à cette collecte. L'augmentation annuelle du nombre de demandes s'explique essentiellement par une augmentation du nombre de centres participants. Par comparaison, environ 6000 demandes de traitement ont été introduites sur la même période en Région bruxelloise. Actuellement, il est méthodologiquement difficile d'évaluer les évolutions dans le temps du profil des 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 15 : Évolution de la récolte des demandes de traitement en Wallonie, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
N centres	20	25	26	27	29
N demandes de traitement	1.542	1.546	1.674	1.954	2.244
N patients uniques*	1.401	1.470	1.614	1.870	2.140
Traitement bas seuil	377	350	365	471	436
Traitement ambulatoire	566	764	883	1.034	1.160
Traitement résidentiel	458	356	366	365	544

* après élimination (partielle) des demandes multiples
Source : WIV-ISP

LES CHIFFRES 2015 EN RÉGION BRUXELLOISE

Description des patients par âge et par sexe

Le nombre de patients ayant introduit une demande de traitement pour un problème de consommation d'alcool ou de drogues s'élevait à 1738 en 2015 dans les centres participant actuellement à la récolte de cet indicateur en région bruxelloise (l'âge et le sexe étaient précisés pour 1710 d'entre eux). Les patients sont majoritairement de sexe masculin (ratio 4 pour 1) et d'un âge compris entre 25 et 44 ans (60,7 %). Les tranches de 25-34 ans et des 35-44 ans 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 36 ans en moyenne ; voir Eurotox, 2015b). 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 infructueuses de reprise de contrôle de la consommation. Le nombre de demande de traitement baisse ensuite à partir de 44 ans et, surtout, après 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 16, l'âge et le sexe des patients peuvent considérablement varier en fonction du produit principal¹⁷⁰. Par exemple, la proportion de femmes est plus importante pour la cocaïne (22,7 %) et l'alcool (22,2 %) que pour les opiacés (14,5 %) et le cannabis (16,1 %). De même, la proportion de patients de moins de 25 ans est particulièrement importante pour le cannabis (31,3 %), alors qu'elle est marginale pour les autres produits. Enfin, la proportion de patients de 55 ans et + est plus importante pour l'alcool (15,6 %) que pour les autres produits (- de 4 %).

Tableau 16 : 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 en Région bruxelloise, 2015

	24 ans et -	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55 ans et +	Total
	%	%	%	%	%	%
Tous produits						
Hommes (n=1.372)	7,4	23,3	26,3	17,3	6,0	80,2
Femmes (n=338)	2,0	6,1	5,0	4,6	2,1	19,8
Total (N=1.710)	9,4	29,4	31,3	21,8	8,1	100
Alcool						
Hommes (n=505)	3,2	17,4	23,9	21,7	11,6	77,8
Femmes (n=144)	1,4	4,0	5,7	7,1	4,0	22,2
Total (N=649)	4,6	21,4	29,6	28,8	15,6	100,0
Opiacés						
Hommes (n=359)	6,0	25,5	31,2	19,5	3,3	85,5
Femmes (n=61)	1,4	6,2	4,0	2,6	0,2	14,5
Total (N=420)	7,4	31,7	35,2	22,1	3,6	100,0
Cocaïne						
Hommes (n=170)	5,0	25,0	35,5	9,5	2,3	77,3
Femmes (n=50)	1,8	11,8	5,5	3,6	0,0	22,7
Total (N=220)	6,8	36,8	40,9	13,2	2,3	100,0
Cannabis						
Hommes (n=177)	27,0	34,6	15,2	7,1	0,0	83,9
Femmes (n=34)	4,7	5,7	3,8	1,9	0,0	16,1
Total (N=211)	31,8	40,3	19,0	9,0	0,0	100,0

Description des patients par produit principal

Une importante proportion des demandeurs est peu ou pas scolarisée (35,1 %) et une grande majorité a des revenus précaires : 33,4 % bénéficient d'une indemnité pour maladie ou invalidité, 16,7 % n'ont pas de revenu propre, 13,5 % reçoivent le revenu minimum ou le CPAS, et 10,5 % bénéficient d'une allocation de chômage. Comme évoqué précédemment, cette surreprésentation des demandeurs économiquement non-actifs ou au chômage (et peu scolarisés) est sûrement amplifiée par le fait que les prises en charge en cabinets privés ne sont actuellement pas intégrées à cet enregistrement. On notera aussi qu'un tiers des demandeurs ne possédait pas de logement fixe durant la période de 30 jours précédant l'introduction de la demande de traitement. La précarité sociale, qui mène souvent à l'exclusion sociale, est donc à Bruxelles comme en Wallonie une réalité pour un grand nombre d'usagers pris en charge dans ces centres spécialisés bruxellois.

En ce qui concerne la problématique de consommation, les produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement enregistrées en 2015 sont, par ordre d'importance, l'alcool (37,7 %), les opiacés (24,3 %), la cocaïne/crack (13 %) et le cannabis (12,3 %).

¹⁷⁰ 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.

Les patients sont majoritairement pris en charge dans des centres ambulatoires (62,4 %), mais le type de traitement peut fortement varier en fonction du produit à l'origine de la demande. Ainsi, les prises en charge en bas seuil sont très fréquentes pour les usages problématiques d'opiacés (54,1 %) alors qu'elles sont relativement rares dans le cadre des prises en charge d'un usage problématique d'un autre produit (moins de 6 %).

La plupart des patients (66 %) ont des antécédents thérapeutiques liés à une problématique d'assuétude. La présence d'antécédents de traitement est très fréquente chez les usagers problématiques d'opiacés (83,2 %) alors qu'elle est relativement moins fréquente chez les patients en demande de traitement pour une consommation problématique de cannabis (38,9 %). Un tiers des patients (34,1 %) a déjà bénéficié d'un traitement de substitution, ce type de traitement étant très fréquent chez les patients en traitement pour un usage problématique d'opiacés (78,2 %).

Un peu plus d'un tiers des patients (36,8 %) ont introduit la demande de traitement de leur propre initiative, et 38,6 % suite à une réorientation¹⁷¹. Les demandes émanant du secteur de la justice sont citées chez 9,1 % des patients, mais elles sont beaucoup plus fréquentes chez les patients dont le produit principal est le cannabis (25,7 %).

Environ un patient sur cinq (21,4 %) a mentionné avoir déjà eu recours à l'injection, dont 6,6 % durant les 30 derniers jours. Les comportements d'injection (actuels ou passés) sont plus fréquents chez les patients admis pour un problème lié aux opiacés ou, dans une moindre mesure, à la cocaïne que chez les autres patients. Parmi les patients ayant déjà eu recours à l'injection, 54 % ont déclaré avoir déjà partagé au moins une fois des aiguilles ou des seringues avec une autre personne.

Enfin, la moitié des patients (50,9 %) 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. Un tiers des patients (33,7 %) rapporte un usage problématique de deux produits, 10,4 % de trois produits, et 6,8 % de quatre produits ou plus. La polyconsommation problématique est nettement moins fréquente chez les patients dont le produit principal est l'alcool ou le cannabis.

Tableau 17 : Profil des patients ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés de la Région bruxelloise, 2015

	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	1.738	655	423	226	214
% des patients	100	37,7	24,3	13,0	12,3
Type de traitement (%)					
Bas seuil	16,0	1,4	54,1	5,8	2,3
Ambulatoire	62,4	70,2	31,9	72,6	83,2
Résidentiel	21,6	28,4	13,9	21,7	14,5
Origine de la demande (%)					
Propre initiative	36,8	34,0	43,4	41,7	26,7
Famille/amis	13,3	11,2	17,7	17,0	9,4
Réorientation	38,6	44,6	32,5	31,2	35,6
Justice	9,1	7,9	4,0	9,6	25,7
Autre	2,2	2,4	2,4	0,5	2,5
<i>non-réponses (n)</i>	<i>130</i>	<i>31</i>	<i>45</i>	<i>8</i>	<i>12</i>

¹⁷¹ La réorientation est ici définie comme toute demande impulsée par un autre service d'aide aux patients : un service social, un autre centre d'aide pour usagers de drogues, un médecin généraliste, et enfin un hôpital ou un autre service médical.

Tableau 17 : (suite)

	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Logement (%)					
Domicile fixe	66,5	69,9	57,8	69,4	67,5
Logements variables	7,5	7,1	10,0	6,8	7,1
Dans la rue	7,8	5,4	16,7	3,7	1,4
Institution	10,8	13,2	7,9	9,1	12,7
Prison	7,0	4,3	7,2	10,0	10,4
Autre	0,4	0,2	0,5	0,9	0,9
<i>non-réponses (n)</i>	41	20	4	7	2
Scolarité (%)					
Non scolarisé	2,7	1,5	4,4	1,8	2,8
Primaire	32,4	24,1	39,8	35,5	35,4
Secondaire	43,2	43,0	43,6	41,0	48,3
Supérieur	21,1	31,2	11,3	21,1	12,9
Autre	0,6	0,2	0,9	0,6	0,6
<i>non-réponses(n)</i>	480	194	104	60	36
Source de revenu					
Salaire/revenu de travail	19,1	19,5	14,2	28,6	18,6
Allocation de chômage	10,5	9,8	9,2	13,8	12,0
Bourse d'études	1,7	2,8	1,1	0,5	0,5
Indemnité pour maladie ou invalidité	33,4	41,1	27,6	28,1	24,0
Revenu minimum ou CPAS	13,5	11,6	17,4	14,8	15,3
Allocations familiales	0,3	0,3	0,0	0,0	0,5
Pension de retraite ou de survie	1,6	3,5	0,5	0,0	0,5
Aucun revenu propre	16,7	9,2	25,3	11,7	26,8
Autre	3,2	2,2	4,7	2,6	1,6
<i>non-réponses (n)</i>	227	76	43	30	31
Traitement antérieur (%)					
Oui	66,0	63,7	83,2	58,9	38,9
Non	34,0	36,3	16,8	41,1	61,1
<i>non-réponses (n)</i>	204	90	24	24	29
Traitement de substitution (%)					
Oui	34,1	11,7	78,2	20,8	12,9
Non	65,9	88,3	21,8	79,2	87,1
<i>non-réponses (n)</i>	416	178	66	58	43
Comportement d'injection (%)					
Jamais	78,6	90,2	56,3	80,1	93,0
Oui, les 30 derniers jours	6,6	1,1	15,0	8,9	2,8
Oui, les 12 derniers mois	2,3	0,7	4,9	2,1	2,1
Oui, il y a plus de 12 mois	9,1	7,0	15,9	5,5	2,1
Oui, non précisé	3,4	0,9	8,0	3,4	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	560	215	96	80	71
Polyconsommation problématique (%)					
Oui	50,9	37,7	68,8	70,8	36,4
Non	49,1	62,3	31,2	29,2	63,6
<i>non-réponses (n)</i>	0	0	0	0	0

Description par produit principal des patients avec et sans antécédents thérapeutiques

Les tableaux 18 et 19 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 (21,7 % *versus* 7,1 %). Ces derniers sont à l'inverse plus fréquemment en traitement pour un usage problématique d'opiacés que les patients primo-demandeurs (32,8 % *versus* 12,9 %).

Les patients avec des antécédents thérapeutiques sont plus fréquemment pris en charge dans les structures de type bas seuil ou 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 (42,8 % *versus* 26 %). 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).

Les patients primo-demandeurs sont un peu moins concernés par la précarité économique et de logement que les patients avec antécédents thérapeutiques.

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.

Tableau 18 : 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 de la Région bruxelloise, 2015

	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	1.013	360	332	119	72
% des patients	66,0	23,5	21,6	7,8	4,7
% des patients avec antécédents	100,0	35,5	32,8	11,7	7,1
Type de traitement (%)					
Bas seuil	19,6	0,8	51,8	6,7	2,8
Ambulatoire	53,8	66,4	32,2	61,3	66,7
Résidentiel	26,6	32,8	16,0	31,9	30,6
Origine de la demande (%)					
Propre initiative	42,8	37,9	48,8	48,7	37,7
Famille/amis	10,8	8,5	14,2	13,0	5,8
Réorientation	39,2	46,3	32,7	31,3	36,2
Justice	6,2	6,2	3,6	7,0	17,4
Autre	1,0	1,1	0,7	0,0	2,9
<i>non-réponses (n)</i>	55	6	29	4	3
Age (année)					
Moyenne	40,2	43,1	38,7	38,0	33,5
<i>non-réponses (n)</i>	9	2	1	1	1
Sexe (%)					
Homme	79,4	77,2	84,9	74,8	79,2
Femme	20,6	22,8	15,1	25,2	20,8
<i>non-réponses (n)</i>	0	0	0	0	0

Tableau 18 : (suite)

	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Logement (%)					
Domicile fixe	62,8	66,7	57,4	63,6	59,7
Logements variables	8,8	7,8	11,2	10,2	6,9
Dans la rue	8,4	4,5	15,1	4,2	0,0
Institution	14,3	17,9	8,2	15,3	26,4
Prison	5,7	3,1	8,2	6,8	6,9
Autre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	9	3	1	1	0
Scolarité (%)					
Non scolarisé	2,9	1,5	4,2	3,3	1,6
Primaire	34,9	26,0	41,2	35,6	41,0
Secondaire	42,6	42,0	44,2	43,3	44,3
Supérieur	19,2	30,5	9,6	17,8	13,1
Autre	0,4	0,0	0,8	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	262	98	72	29	11
Source de revenu					
Salaire/revenu de travail	11,9	10,9	12,8	19,8	9,5
Allocation de chômage	8,9	7,9	8,6	12,3	11,1
Bourse d'études	1,5	2,1	1,0	0,0	1,6
Indemnité pour maladie ou invalidité	43,6	55,3	31,9	36,8	41,3
Revenu minimum ou CPAS	14,9	11,9	17,8	17,9	17,5
Allocations familiales	0,3	0,3	0,0	0,0	1,6
Pension de retraite ou de survie	1,1	2,7	0,3	0,0	0,0
Aucun revenu propre	15,2	7,0	23,4	13,2	15,9
Autre	2,5	1,8	4,3	0,0	1,6
<i>non-réponses (n)</i>	105	31	28	13	9
Traitement de substitution (%)					
Oui	56,3	20,6	96,2	41,2	37,9
Non	43,7	79,4	3,8	58,8	62,1
<i>non-réponses (n)</i>	212	88	42	34	14
Comportement d'injection (%)					
Jamais	68,7	85,2	53,8	65,0	77,3
Oui, les 30 derniers jours	8,9	1,3	14,5	15,0	9,1
Oui, les 12 derniers mois	3,5	1,3	5,3	3,8	6,8
Oui, il y a plus de 12 mois	13,3	10,5	16,8	10,0	6,8
Oui, non précisé	5,6	1,7	9,5	6,3	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	319	123	70	39	28
Polyconsommation problématique (%)					
Oui	57,0	46,1	69,0	68,9	50,0
Non	43,0	53,9	31,0	31,1	50,0
<i>non-réponses (n)</i>	0	0	0	0	0

Tableau 19 : Profil des patients primo-demandeurs ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés de la Région bruxelloise, 2015

	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	521	205	67	83	113
% des demandes	34,0	13,4	4,4	5,4	7,4
% des premières demandes	100	39,3	12,9	15,9	21,7
Type de traitement (%)					
Bas seuil	13,4	2,4	76,1	6,0	2,7
Ambulatoire	72,9	75,6	17,9	83,1	89,4
Résidentiel	13,6	22,0	6,0	10,8	8,0
Origine de la demande (%)					
Propre initiative	26,0	25,9	22,2	35,0	17,6
Famille/amis	17,7	14,7	33,3	25,0	12,0
Réorientation	37,0	44,2	31,5	26,3	34,3
Justice	15,0	9,6	5,6	12,5	33,3
Autre	4,4	5,6	7,4	1,3	2,8
<i>non-réponses (n)</i>	<i>40</i>	<i>8</i>	<i>13</i>	<i>3</i>	<i>5</i>
Age (année)					
Moyenne	35,7	41,0	36,2	34,4	27,7
<i>non-réponses (n)</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Sexe (%)					
Homme	82,5	80,5	88,1	80,7	85,0
Femme	17,5	19,5	11,9	19,3	15,0
<i>non-réponses (n)</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Logement (%)					
Domicile fixe	71,3	74,3	57,6	76,8	69,9
Logements variables	4,8	5,4	3,0	3,7	7,1
Dans la rue	7,9	7,4	25,8	3,7	2,7
Institution	6,4	7,9	7,6	2,4	6,2
Prison	8,1	4,5	3,0	11,0	12,4
Autre	1,4	0,5	3,0	2,4	1,8
<i>non-réponses (n)</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
Scolarité (%)					
Non scolarisé	2,4	1,3	6,0	0,0	4,0
Primaire	28,9	21,2	32,0	37,9	32,7
Secondaire	43,6	45,5	40,0	31,8	49,5
Supérieur	24,3	31,4	22,0	28,8	12,9
Autre	0,7	0,6	0,0	1,5	1,0
<i>non-réponses (n)</i>	<i>106</i>	<i>49</i>	<i>17</i>	<i>17</i>	<i>12</i>
Source de revenu					
Salaire/revenu de travail	31,4	32,8	23,0	37,3	24,8
Allocation de chômage	13,1	13,7	9,8	17,3	11,9
Bourse d'études	2,2	3,8	1,6	1,3	0,0
Indemnité pour maladie ou invalidité	14,0	19,1	6,6	14,7	10,9
Revenu minimum ou CPAS	11,6	9,8	14,8	13,3	14,9
Allocations familiales	0,2	0,5	0,0	0,0	0,0
Pension de retraite ou de survie	2,2	3,8	1,6	0,0	1,0
Aucun revenu propre	21,1	13,7	36,1	12,0	34,7
Autre	4,3	2,7	6,6	4,0	2,0
<i>non-réponses (n)</i>	<i>56</i>	<i>22</i>	<i>6</i>	<i>8</i>	<i>12</i>

Tableau 19 : (suite)

	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Comportement d'injection (%)					
Jamais	93,0	96,5	65,5	100	100
Oui, les 30 derniers jours	3,1	0,6	19,0	0,0	0,0
Oui, les 12 derniers mois	0,7	0,0	3,4	0,0	0,0
Oui, il y a plus de 12 mois	3,1	2,9	12,1	0,0	0,0
Oui, non précisé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>non-réponses (n)</i>	107	34	9	26	27
Polyconsommation problématique (%)					
Oui	43,6	27,3	67,2	78,3	31,0
Non	56,4	72,7	32,8	21,7	69,0
<i>non-réponses (n)</i>	0	0	0	0	0

TENDANCES ET ÉVOLUTION EN RÉGION BRUXELLOISE

Sur la période 2011-2015, 6063 demandes de traitement ont été enregistrées en Région bruxelloise auprès des centres participant actuellement à cette collecte. L'augmentation annuelle du nombre de demandes s'explique essentiellement par une augmentation du nombre de centres participants. L'absence d'augmentation du nombre d'enregistrements en 2015 alors que le nombre de centres a fortement augmenté s'explique par le fait qu'un centre important n'a pu rentrer ces données endéans les délais en raison de problèmes techniques. Par comparaison, près de 9000 demandes de traitement ont été introduites sur la même période en Wallonie. Actuellement, il est méthodologiquement difficile d'évaluer les évolutions dans le temps du profil des 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.

Tableau 20 : Évolution de la récolte des demandes de traitement en Région bruxelloise, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
N centres	8	8	9	11	17
N demandes de traitement	495	571	1.307	1.842	1.848
N patients uniques*	403	517	1.130	1.740	1.738
Traitement bas seuil	115	170	391	422	278
Traitement ambulatoire	125	196	274	709	1.085
Traitement résidentiel	165	151	465	609	375

* 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 en Région bruxelloise en 2015 sont globalement un peu plus âgés que ceux ayant introduit une demande de traitement en Wallonie, en particulier en ce qui concerne les patients primo-demandeurs (+ 4 ans en moyenne).

Les demandes de traitement émanent plus fréquemment d'une réorientation en Région bruxelloise qu'en Wallonie (38,6 % versus 26,3 %).

En Région bruxelloise, il y a proportionnellement plus de patients ayant suivis des études supérieures qu'en Wallonie.

La prévalence sur la vie des comportements d'injection est plus élevée en Région bruxelloise qu'en Wallonie, y compris chez les patients ayant des antécédents thérapeutiques.

Enfin, la polyconsommation problématique est plus fréquente en Région bruxelloise qu'en Wallonie (50,9 % *versus* 37,1 %), y compris chez les patients sans antécédents thérapeutiques.

... 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, 2016) un exposé détaillé (avec une ventilation par région) des données TDI récoltées en Belgique en 2015.

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 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 produit¹⁷². Lorsqu'ils sont correctement dosés, les TSO réduisent les effets d'une prise d'héroïne en raison d'une tolérance croisée. 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 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 remboursés 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 buprénorphine¹⁷³. 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.

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).

172 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.

173 La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs opioïdes de type mu, 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 dépendant aux opiacés.

L'INDICATEUR

En Belgique, les traitements de substitution aux opiacés font l'objet d'un enregistrement sur base d'une compilation des ordonnances de médicaments adressées aux pharmacies grand public, aux pharmacies hospitalières et aux centres spécialisés dans le traitement des dépendances. Plus précisément, les prescriptions de méthadone et de buprénorphine sont enregistrées dans le système Pharmanet de l'INAMI, essentiellement de manière à identifier et éviter les prescriptions multiples qui peuvent occasionner un détournement de ce produit sur le marché illégal. Les traitements dispensés en milieu carcéral ne sont pas inclus dans ce monitoring, et ce dernier ne couvre que les traitements délivrés à des patients mutualisés (autrement dit, couverts par la sécurité sociale belge). 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. Enfin, les TSO qui sont délivrés en dehors des hôpitaux et des services spécialisés en assuétudes ne sont actuellement pas repris dans l'indicateur de demande de traitement (TDI).

LES CHIFFRES 2015 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 8.269 en 2015, contre 1.042 pour la buprénorphine. Les traitements à base de méthadone sont beaucoup plus fréquemment délivrés que ceux à base de buprénorphine (environ 8 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. Ainsi, près de 43 % des traitements à base de méthadone et 39 % 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 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 survenue de TSO baisse ensuite fortement après 54 ans.

Tableau 21 : Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes en traitement de substitution aux opiacés en Wallonie, 2015

	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=6338)	2,2	16,8	33,2	20,7	2,9	0,5	0,3	76,7
Femmes (n=1931)	1,1	6,2	9,3	5,1	0,8	0,4	0,4	23,3
Total (N=8269)	3,3	23,0	42,5	25,8	3,7	0,8	0,7	100
Buprénorphine								
Hommes (n=779)	2,8	21,3	31,2	15,8	2,6	0,7	0,3	74,7
Femmes (n=263)	1,7	6,3	7,8	6,8	1,9	0,4	0,4	25,3
Total (N=1042)	4,7	27,6	38,9	22,6	4,5	1,1	0,7	100

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, il y a donc une baisse de délivrance de traitement de substitution aux opiacés en Wallonie de 2011 à 2014.

Tableau 22 : Évolution du nombre de patients ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés en Wallonie, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
N total	9.765	9.631	9.444	9.309	9.311
N méthadone	8.873	8.708	8.487	8.268	8.269
N buprénorphine	892	923	957	1.041	1.042

Source : INAMI- Pharmanet

LES CHIFFRES 2015 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 2220 en 2015, contre 265 pour la buprénorphine. Les traitements à base de méthadone sont beaucoup plus fréquemment délivrés que ceux à base de buprénorphine (environ 8 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.

Tableau 23 : Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes en traitement de substitution aux opiacés en Région bruxelloise, 2015

	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=1769)	1,3	8,1	22,8	38,3	8,2	0,9	0,2	79,7
Femmes (n=451)	0,5	2,8	5,1	8,5	2,8	0,4	0,2	20,3
Total (N=2220)	1,7	10,9	27,9	46,8	10,9	1,3	0,4	100,0
Buprénorphine								
Hommes (n=204)	1,5	14,0	26,8	27,2	6,0	1,5	0,0	77,0
Femmes (n=61)	1,1	4,9	7,9	8,3	0,4	0,0	0,4	23,0
Total (N=265)	2,6	18,9	34,7	35,5	6,4	1,5	0,4	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.

Tableau 24 : Évolution du nombre de patients ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés en Région bruxelloise, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
N total	2.615	2.584	2.576	2.552	2.485
N méthadone	2.354	2.333	2.309	2.280	2.220
N buprénorphine	261	251	267	272	265

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 de 2011 à 2014, cette diminution étant dans l'absolu plus marquée en Wallonie. 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). Proportionnellement aux tailles des populations régionales, on prescrit nettement moins de TSO en Flandre que dans les deux autres régions du pays. Ce pattern 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 permet de fournir une estimation indirecte du nombre de consommateurs d'héroïne. En 2015, 16.930 patients ont suivi un traitement de substitution de ce type sur l'ensemble de la Belgique, dont près de 2.500 en Région bruxelloise et environ 9.300 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. Cette sous-estimation peut être en partie neutralisée sur base des données récoltées auprès d'usagers de drogues lors d'opérations Boule-de-Neige (voir chapitre 3). Selon ces données, 35,9 % des usagers d'héroïne interrogés sur la période 2009-2015 en Région bruxelloise (N=368) n'ont jamais suivi de traitement de substitution aux opiacés, et 28,5 % en Wallonie (N=1546). Si on utilise cette information pour extrapoler le nombre d'usagers d'héroïne à partir du registre de TSO, on peut l'estimer à environ 3400¹⁷⁴ (3255-3501) en Région bruxelloise, et à un peu moins de 12.000¹⁷⁵ (11.759-12.179) en Wallonie.

Toutefois, 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.

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. 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, qui semblent avoir porté leurs fruits puisque l'on observe depuis le début des années 90 (ce qui coïncide avec le développement des stratégies de RDR en Belgique) une diminution quasi continue du pourcentage d'infections au VIH imputés à l'injection de drogue par voie intraveineuse (ce pourcentage passant d'environ 8 % au début de l'épidémie à actuellement 2 % ; voir Sasse, Deblonde, Jamine, Ost, & Van Beckhoven, 2016).

174 2.485 + 35,9 % de 2.485

175 9.311 + 28,5 % de 9.311

En ce qui concerne le VHC, différentes études entreprises dans les années 90 ont montré que sa prévalence pouvait avoisiner les 80 % chez les UDI de certains pays occidentaux (e.g. Garfein, Galai, Doherty & Nelson, 1996 ; Thomas et al., 1995). En Belgique, elle varierait de 47 à 85 %, suivant les estimations (Matheï, Robaey, Van Ranst, Van Damme & Buntinx, 2005). 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 virus¹⁷⁶, sa résistance exceptionnelle au contact de l'air (environ 3 semaines), son pouvoir de contamination (10 fois supérieur à celui du VIH) et l'absence actuelle de vaccin préventif, mais surtout par le partage du matériel connexe d'injection usagé (cuillère, filtre, eau), qui peut aussi 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 ; Thorpe et al., 2002 ; voir aussi Médecins du Monde, 2009). En outre, il existe aussi un risque de transmission chez les usagers de drogues par voie nasale qui partagent leur matériel de sniff (paille, billet, etc.) en cas de lésions nasales, fréquentes chez les usagers réguliers (voir Martinez & Talal, 2008 ; Tortu, McMahon, Pouget & Hamid, 2004). En outre, de récentes études suggèrent qu'il n'est pas exclu qu'une contamination puisse exceptionnellement se produire en cas de partage d'un matériel d'inhalation, 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 n'y a pas de monitoring permanent de la prévalence des maladies infectieuses chez les usagers de drogues. On dispose toutefois d'estimations locales, ponctuelles ou plus générales.

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

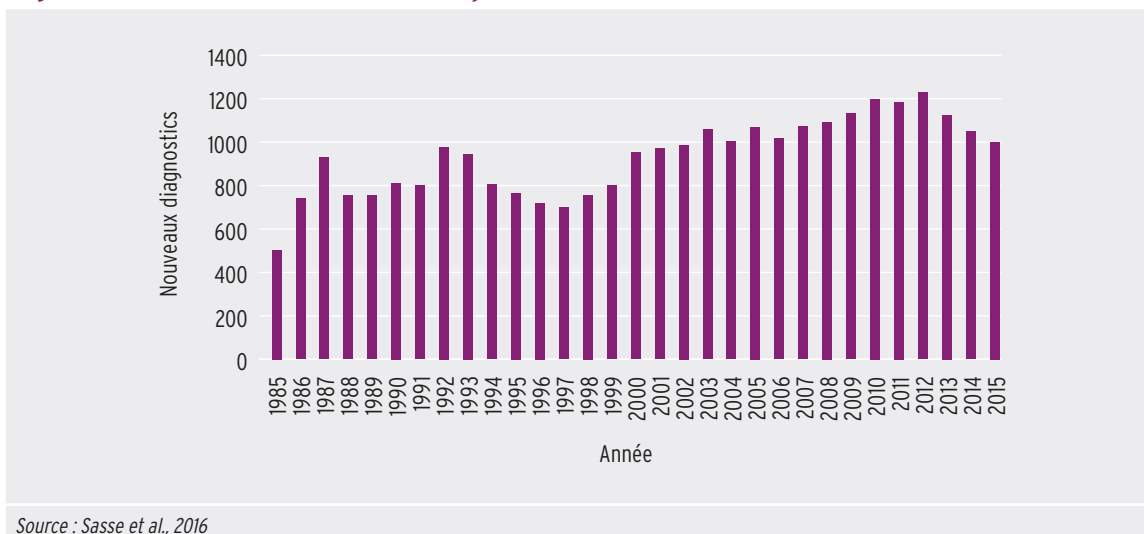
En Belgique, sept laboratoires de référence SIDA ont pour mission de réaliser des analyses de confirmation sur les échantillons suspectés séropositifs lors d'un test de dépistage. Ces analyses sont ensuite centralisées afin de monitorer annuellement le nombre et le profil des nouveaux cas d'infection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

D'après le dernier rapport (Sasse et al., 2016), depuis le début de l'épidémie et jusqu'au 31 décembre 2015, 29.064 personnes ont été diagnostiquées séropositives au VIH en Belgique¹⁷⁷. Comme le montre la figure 12, 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 2006¹⁷⁸. On notera que la plus haute incidence depuis le début de l'épidémie a été observée en 2012, avec 1229 nouveaux cas diagnostiqués. En 2015, 1001 nouveaux cas ont été diagnostiqués.

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

177 Parmi ces personnes séropositives, un total de 4646 personnes ont été diagnostiquées malades du sida, et 2493 personnes étaient décédées des suites de la maladie à la fin de l'année 2015.

178 Pour information, les nombres d'infections au VIH identifiées de 2000 à 2015 sont : 953 (2000), 970 (2001), 987 (2002), 1058 (2003), 1003 (2004), 1070 (2005), 1018 (2006), 1072 (2007), 1093 (2008), 1132 (2009), 1199 (2010), 1185 (2011), 1229 (2012), 1126 (2013), 1050 (2014) et 1001 (2015). 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.

Figure 12 : Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH : 1985-2015

En 2015, parmi les modes de transmission les plus fréquemment impliqués dans l'infection, on retrouve¹⁷⁹ les rapports homosexuels (50 %) et les rapports hétérosexuels (45 %), alors que l'injection de drogues par voie intraveineuse n'est impliquée que dans 2 % 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 13 qu'une dizaine de cas d'infection par année semblent encore liés aux pratiques d'injection pour les deux régions francophones du pays.

Figure 13 : Évolution du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH probablement liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse, Wallonie et Région bruxelloise, 2005-2015

179 Il s'agit du mode probable d'infection, déterminé sur base de l'anamnèse du patient. En 2015, cette information a pu être déterminée chez 73 % des patients diagnostiqués.

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, qu'ils soient régulièrement renforcés au niveau des populations les plus à risques, et adaptés en fonction des modes d'infection les plus fréquemment évoqués.

La prévalence des maladies infectieuses chez les usagers de drogues par injection

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 wallons qui ont participé au TDI sur la période 2006-2011. Ces analyses ont montré que 25,2 % d'entre eux seraient porteurs du VHC, 10,3 % du VHB et 2,6 % du VIH¹⁸⁰.

Les données issues du projet Lama¹⁸¹ (Vanderwaeren, 2016) permettent de se faire une idée de la prévalence des maladies infectieuses chez les usagers de drogues (pas forcément injecteurs) en Région bruxelloise. Elles indiquent que sur les 756 patients composant la file active en septembre 2015, 63,9 % ont réalisé un dépistage de l'hépatite C. Parmi les patients dépistés, 40,6 % étaient séropositifs (présence d'anticorps anti-VHC)¹⁸². Le dépistage au VIH a quant à lui été réalisé chez 29,8 % de la file active, et le test s'est révélé positif pour 6,7 % d'entre eux (n=15).

Enfin, l'étude nationale DRID (*Drug-Related Infectious Disease*) financée par le SPF Santé a récemment été réalisée par le WIV-ISP afin d'estimer la problématique d'infection au VIH et aux hépatites chez les usagers de drogues par injection vivant en Belgique (voir Bollaerts & Van Bussel, 2013). Cette étude a montré que chez les UDI (N=180) fréquentant les Maisons d'accueil socio-sanitaires (MASS), la prévalence de l'hépatite C est de 43,3 % (95 % IC 34,3 %-52,4 %)¹⁸³ 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 portent également sur la polyconsommation par injection, les comportements à risque, la morbidité ou encore la comorbidité psychiatrique, sont rapportés en détail dans notre rapport 2013-2014 (pages 102-104).

Différentes données et études montrent que la prévalence de l'infection au VIH chez les UDI est en baisse par rapport à ce que l'on observait il y a 10 ans, mais la prévalence de l'hépatite C reste très élevée dans cette population (EMCDDA, 2016). 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 (ou «oublie» temporairement) 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, tels que les jeunes, les femmes et les migrants (voir par exemple Sacré et al., 2010). En outre, une proportion non négligeable d'usagers adopte ces comportements alors qu'ils connaissent les

180 L'emploi du conditionnel est motivé par le fait que l'échantillon de patients testés était réduit et non représentatif de l'ensemble des patients fréquentant les différents centres de traitement actifs en Wallonie, et par le fait qu'il s'agissait en grande partie d'informations auto-rapportées par les patients. Pour une présentation détaillée, nous renvoyons le lecteur à notre rapport 2013-2014 (pages 99-102).

181 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).

182 Parmi les patients dont le dépistage a révélé les traces d'une infection au VHC, 56,1 % avaient une charge virale (PCR) positive.

183 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.

risques encourus¹⁸⁴. De plus, il faut souligner, comme nous le verrons dans le chapitre 3, que le dispositif d'accessibilité au matériel d'injection souffre d'un sous-financement et d'un manque de couverture géographique et horaire. Notamment, le recours à du matériel connexe usagé est malencontreusement «encouragé» par le fait que les comptoirs d'échange peuvent difficilement, par manque de moyens, fournir pour chaque seringue échangée tout le matériel connexe nécessaire à la réalisation d'une injection parfaitement sécuritaire.

LA TUBERCULOSE

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

La tuberculose pulmonaire reste la forme la plus fréquente (71,4 % des cas en Belgique pour l'année 2014), 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 illégaux). Cette maladie se concentre plus particulièrement dans les grandes villes, où ces populations à risques sont majoritairement rassemblées.

En Belgique, 959 cas de tuberculose ont été déclarés en 2014 (dont 290 en Région bruxelloise et 259 en Wallonie), ce qui correspond à une incidence de 8,6 cas par 100.000 habitants (l'incidence la plus basse jamais observée en Belgique). On a pu identifier chez certains de ces patients (17,9 % des cas en Région bruxelloise et 19,3 % 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 2014 (FARES, 2016)¹⁸⁵, les facteurs favorisants les plus fréquemment cités en 2014 sont (voir tableau 25) : la dénutrition, l'alcoolisme chronique et l'infection au VIH. La toxicomanie par injection n'est quant à elle citée que pour 1 % des cas en Région bruxelloise et 3,9 % en Wallonie.

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

185 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. A 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.

Tableau 25 : Patients présentant au moins un facteur favorisant le développement de la tuberculose en Wallonie et en Région bruxelloise, 2014

	Bruxelles		Wallonie	
	n	%	n	%
VIH+ (séropositifs)	15	5,2	7	2,7
Insuffisance rénale	7	2,4	4	1,5
Immunosuppression par maladie ou médicaments	15	5,2	22	8,5
Pneumoconiose (silicose)	4	1,4	5	1,9
Diabète	5	1,7	4	1,5
Toxicomanie IV (par voie intraveineuse)	3	1,0	10	3,9
Alcoolisme chronique	22	7,6	26	10,0
Lésions fibrotiques RX thorax	12	4,1	13	5,0
Dénutrition	23	7,9	21	8,1
Cancer cou/tête, leucémie, lymphome Hodgkin	5	1,7	12	4,6
Total des facteurs favorisants mentionnés	111		124	
Total des patients avec au moins 1 facteur favorisant	77	26,6	86	33,2
Total des patients déclarés tuberculeux	290		259	

Source : FARES, 2016

Dans la figure 14, 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 2006-2014. 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 ou l'usage de drogues par injection semblent être en augmentation en Wallonie.

Figure 14 : Évolution des pourcentages de cas de tuberculose en lien avec l'alcoolisme chronique ou l'injection de drogues en Wallonie et en Région bruxelloise, 2006-2014

Source : FARES, 2016

PRISES EN CHARGE PSYCHIATRIQUES ET DOUBLE DIAGNOSTIC CHEZ LES USAGERS D'ALCOOL, DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES : LE RÉSUMÉ PSYCHIATRIQUE MINIMUM

Dans le domaine des assuétudes, la notion de double diagnostic renvoie à une comorbidité ou coexistence, chez une même personne, d'un trouble psychiatrique et d'un problème lié à l'usage d'une ou plusieurs substances psychoactives¹⁸⁶ (OMS, 1995). Que le patient soit admis pour un trouble psychiatrique ou pour un problème de consommation de substances psychoactives, la recherche et l'identification d'un éventuel double diagnostic constituent un enjeu majeur pour la société, en raison de leur fréquence élevée¹⁸⁷, de l'aggravation du tableau clinique, et du fait que cette cooccurrence favorise aussi les comportements à risque et certaines conduites déviantes (Crawford, Crome & Clancy, 2003). La prise en compte des deux problématiques dans l'offre de prise en charge en déterminera grandement le succès (voir par exemple Judd, Thomas, Schwartz, Outcalt & Hough, 2003).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce type de comorbidité (Simon, 2003) : 1) la substance ou le syndrome de sevrage à une substance produirait des symptômes identiques à ceux généralement observés dans une pathologie psychiatrique (trouble psychotique induit par une substance) ; 2) l'usage d'une substance causerait ou aggraverait des symptômes psychiatriques (e.g. précipitation d'une schizophrénie suite à l'usage de cannabis) ; 3) une pathologie psychiatrique causerait ou aggraverait l'abus ou la dépendance à une substance (e.g. consommation d'une substance pour automédication) ; 4) présence d'un facteur commun qui causerait les deux pathologies (e.g. socle neurobiologique commun aux deux pathologies ; événement traumatique) ; 5) une simple coïncidence. Ces facteurs explicatifs sont formalisés dans des modèles théoriques élaborés et concurrents (voir par exemple Mueser, Drake & Wallach, 1998). Mais il est probable qu'ils ne soient pas mutuellement exclusifs et que leur implication respective dans l'étiologie des cas de double diagnostic varie, d'une part, selon les patients et, d'autre part, selon les pathologies psychiatriques et les produits consommés.

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-IV¹⁸⁸. 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.

186 Une substance psychoactive est une substance qui agit sur le cerveau et modifie temporairement l'état de conscience, l'humeur, les pensées et le comportement de celui qui la consomme (ex. alcool, cannabis, benzodiazépines, cocaïne, etc.).

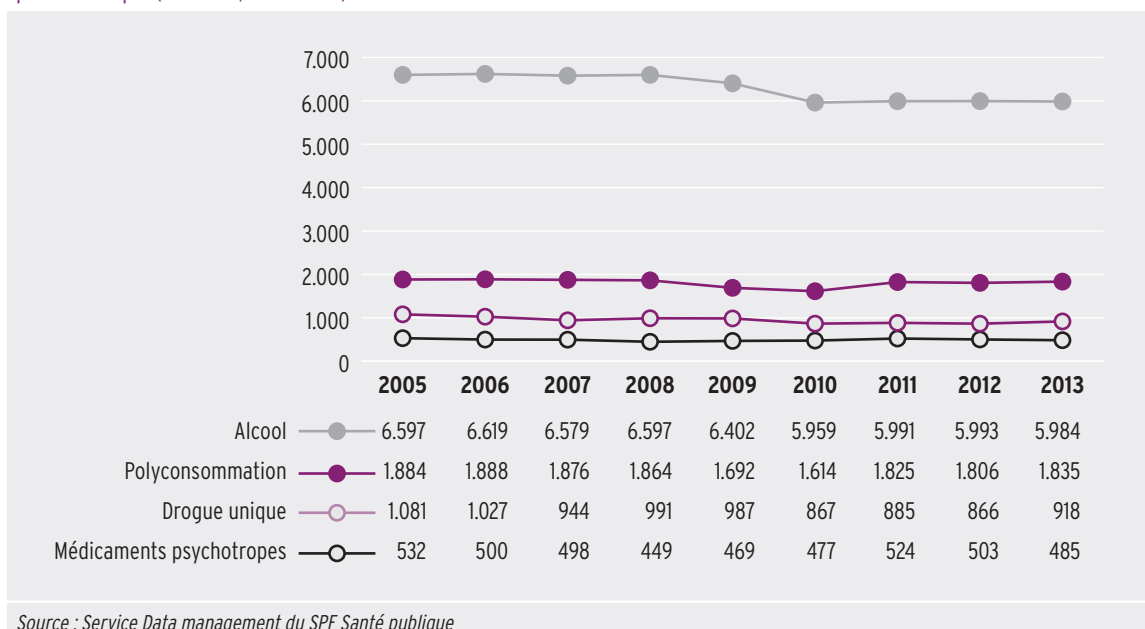
187 La prévalence du double diagnostic est très variable selon les études, et ce, en raison de multiples différences entre les méthodologies d'estimation : population sélectionnée (population générale, population psychiatrique, usagers de drogues, usagers en traitement), niveau de prévalence de la consommation pris en compte (e.g. prévalence sur la vie, sur l'année, au moment de l'étude), méthodes d'échantillonnage, critères et niveaux de précision/validité des outils diagnostiques. Les cas de double diagnostic sont fréquents chez les usagers problématiques de substances psychoactives, licites ou illicites (EMCDDA, 2004 ; Torrens, Mestre-Pintó & Domingo-Salvany, 2015).

188 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.

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 2005-2013¹⁸⁹. Un diagnostic d'abus ou de dépendance à une seule drogue¹⁹⁰ ou à plusieurs produits (polyconsommation)¹⁹¹ 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 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 15 : Nombre de séjours clôturés dans les services de prise en charge psychiatrique en fonction du type 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

189 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).

190 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.

191 Les cas de polyconsommation regroupent à la fois les personnes qui ont reçu au moins deux diagnostics d'abus et/ou de dépendance à une substance, ainsi que les cas de diagnostic de dépendance à plusieurs substances tel que défini par le code 304.80 du DSM IV. Ce diagnostic est posé lorsqu'une personne présente une dépendance à au moins trois substances (à l'exception de la caféine et de la nicotine). Par facilité, ces cas ont été regroupés sous la même appellation «diagnostic de polyconsommation».

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 26 : 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
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 séjours¹⁹² (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.

192 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 16 : Nombre de séjours clôturés dans les services de prise en charge psychiatrique en fonction du type 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 27 : 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 À L'ALCOOL, AUX DROGUES OU AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Les hôpitaux belges non-psychiatriques sont tenus de participer à l'enregistrement du Résumé Infirmier Minimum, un registre qui comporte une série de données administratives, médicales et infirmières relatives aux prises en charge qu'elles réalisent. L'objectif de ce registre est de guider la politique sanitaire à mener en la matière sur base d'informations relatives à son propre fonctionnement. Sur base de cet enregistrement, il est possible de connaître le nombre de nouveau-nés de moins de 28 jours qui ont été pris en charge dans un service de néonatalogie en Belgique suite à un problème d'exposition à l'alcool ou à une ou plusieurs drogues ou médicaments psychotropes lors de la grossesse et/ou pendant l'allaitement maternel. L'exposition prénatale et, dans une moindre mesure, l'exposition périnatale à l'alcool ou à certaines drogues ou médicaments psychotropes occasionne (comme bon nombre de médicaments ou substances) des troubles développementaux plus ou moins sévères, variables en fonction des effets tératogènes du produit, de la quantité exposée, ainsi que de la période et de la durée de l'exposition. 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 28, le nombre de nouveau-nés pris en charge pour une exposition à l'alcool ou aux drogues/médicaments psychotropes concerne moins d'une centaine de cas par an pour les deux régions francophones du pays. Les cas les plus fréquents sont les prises en charge d'un syndrome de sevrage à une ou plusieurs drogues ou médicaments psychotropes, qui ont brutalement diminué en Wallonie en 2014 sans que l'on en connaisse la raison.

Le fait que les chiffres soient plus élevés en Wallonie qu'à Bruxelles est simplement dû au fait que la population est plus importante dans la première région que dans la deuxième, tout comme le nombre de structures hospitalières susceptibles d'identifier ces cas et de les prendre en charge.

Tableau 28 : 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 2008-2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Wallonie							
	n	n	n	n	n	n	n
Syndrome d'alcoolisation fœtale	7	6	10	6	5	3	7
Syndrome de sevrage (pour drogues ou médicaments psychotropes)	41	31	24	33	30	36	15
Exposition nocive aux opiacés et narcotiques apparentés	14	21	10	10	9	14	10
Exposition nocive aux hallucinogènes	6	4	5	6	4	9	3
Exposition nocive à la cocaïne	9	3	4	3	6	6	7
Total	77	65	53	58	54	68	42
Bruxelles							
Syndrome d'alcoolisation fœtale	6	3	1	10	1	3	0
Syndrome de sevrage (pour drogues ou médicaments psychotropes)	7	5	4	9	10	8	9
Exposition nocive aux opiacés et narcotiques apparentés	5	2	3	2	1	2	0
Exposition nocive aux hallucinogènes	2	1	0	2	0	0	2
Exposition nocive à la cocaïne	2	3	1	0	0	0	1
Total	22	14	9	23	12	13	12

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 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 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 Belge de la Sécurité Routière (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 roulage. 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 2005-2013 en Wallonie

On peut constater dans le tableau 29 qu'en Wallonie, le pourcentage de conducteurs¹⁹³ 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, peut-être en raison de l'augmentation des contrôles¹⁹⁴. On observe depuis lors une ébauche de tendance à la diminution (-1 % entre 2009 et 2013).

Tableau 29 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Wallonie, 2005-2013

	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 %

Source : Focant, 2017

Le détail par type de «conducteurs» est présenté dans le tableau 30 pour l'année 2013. Sans surprise, on constate notamment que les conducteurs de voitures sont ceux qui sont les plus fréquemment impliqués dans les accidents corporels de la circulation, qu'ils sont majoritairement testés (66 %), et que près de 16 % d'entre eux se sont avérés être sous l'influence de l'alcool.

Tableau 30 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Wallonie, par types de conducteurs, 2013

	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence	% conducteurs testés	% conducteurs sous influence
Piétons	1.316	292	24	22 %	8,1 %
Cyclistes	644	232	7	36 %	3,0 %
Cyclomotoristes	929	604	92	65 %	15,2 %
Motocyclistes	1.034	591	41	57 %	7,0 %
Voitures	14.798	9.728	1.549	66 %	15,9 %
Camionnettes	817	598	84	73 %	14,0 %
Poids-lourds	561	449	5	80 %	1,1 %
Autobus/autocars	150	89	0	59 %	0,0 %
Autre	170	115	7	68 %	6,1 %
Inconnu	81	29	3	36 %	11,6 %
Total	20.501	12.728	1.811	62 %	14,2 %

Source : Focant, 2017

193 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.

194 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 31 montre que le nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous l'influence de l'alcool est en baisse depuis 2009, tout comme le nombre de victimes. Parallèlement, l'indice de gravité (établi sur base du nombre de décès enregistrés sur 1000 accidents) est également en diminution depuis plusieurs années.

Tableau 31 : 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, 2005-2013

	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

Source : Focant, 2017

Les chiffres 2005-2013 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 (-2,5 %).

Tableau 32 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Région bruxelloise, 2005-2013

	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence d'alcool	% conducteurs testés	% conducteurs sous influence d'alcool
2005	8.004	1.134	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 %

Source : Focant, 2017

Le détail par type de «conducteurs» est présenté dans le tableau 33 pour l'année 2013. On constate à nouveau que les conducteurs de voitures sont ceux qui sont les plus fréquemment impliqués dans les accidents corporels de la circulation, qu'ils sont majoritairement testés (65 %), et que 1 sur 10 parmi ces derniers s'est avéré être sous l'influence de l'alcool.

Tableau 33 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Région bruxelloise, par types de conducteurs, 2013

	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence	% conducteurs testés	% conducteurs sous influence
Piétons	1.073	223	13	21 %	5,9 %
Cyclistes	470	230	18	49 %	7,7 %
Cyclomotoristes	200	115	10	58 %	8,4 %
Motocyclistes	511	289	9	57 %	3,3 %
Voitures	4.515	2.948	296	65 %	10,1 %
Camionnettes	207	133	13	64 %	10,0 %
Poids-lourds	99	74	2	75 %	2,9 %
Autobus/autocars	154	104	0	68 %	0,0 %
Autre	135	77	4	57 %	4,9 %
Inconnu	30	6	3	19 %	59,6 %
Total	7.393	4.198	369	57 %	8,8 %

Source : Focant, 2017

Enfin, le tableau 34 montre que le nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous l'influence de l'alcool est relativement stable depuis 2009. À noter que l'indice de gravité (établi sur base du nombre de décès enregistrés sur 1000 accidents) ne peut être calculé en Région bruxelloise en raison du petit nombre de blessés décédés dans les 30 jours.

Tableau 34 : 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 Région bruxelloise, 2005-2013

	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

Source : Focant, 2017

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 (-1 %) mais surtout en Région bruxelloise (-2,5 %). Corolairement, on observe une diminution du nombre d'accidents corporels et de victimes impliquant une personne alcoolisée, mais uniquement en Wallonie. 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 révélé être sous influence d'alcool est moins élevée en Région bruxelloise qu'en Wallonie (8,8 % *versus* 14,2 %).

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 initiale¹⁹⁵ et des causes associées¹⁹⁶, 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, 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.

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 dans le cas des drogues et des médicaments psychotropes (mais bien dans le cas de l'alcool), car dans ces cas l'usage du produit est mentionné en cause associée (or, nous ne rapportons ici que les décès pour lesquels l'usage d'un produit est mentionné en cause initiale).

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).

195 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».

196 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 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.

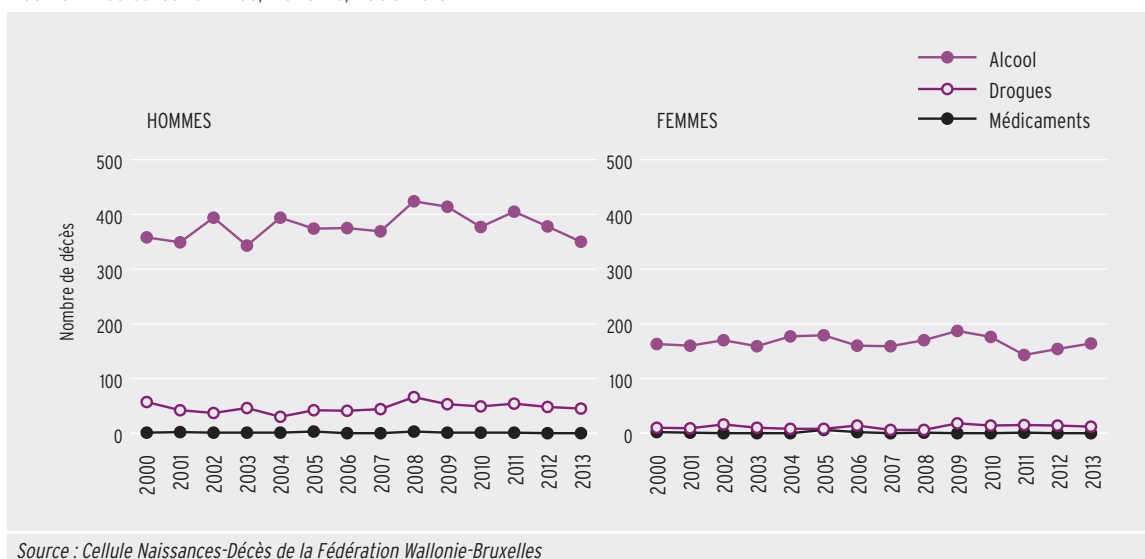
Tableau 35 : Décès directement liés à l'usage de drogues et d'alcool en Wallonie, par âge et par sexe, 2013

	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

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 17 : 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. En effet, selon l'enquête HIS 2013, la prévalence nationale de la consommation de médicaments psychotropes dans les 24 heures précédant l'enquête est systématiquement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, tant pour les anxiolytiques/sédatifs/hypnotiques (5,8 % *versus* 3,6 %), que pour les analgésiques (7,0 % *versus* 4,5 %) ou encore les antidépresseurs (6,2 % *versus* 2,0 %). 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 %).

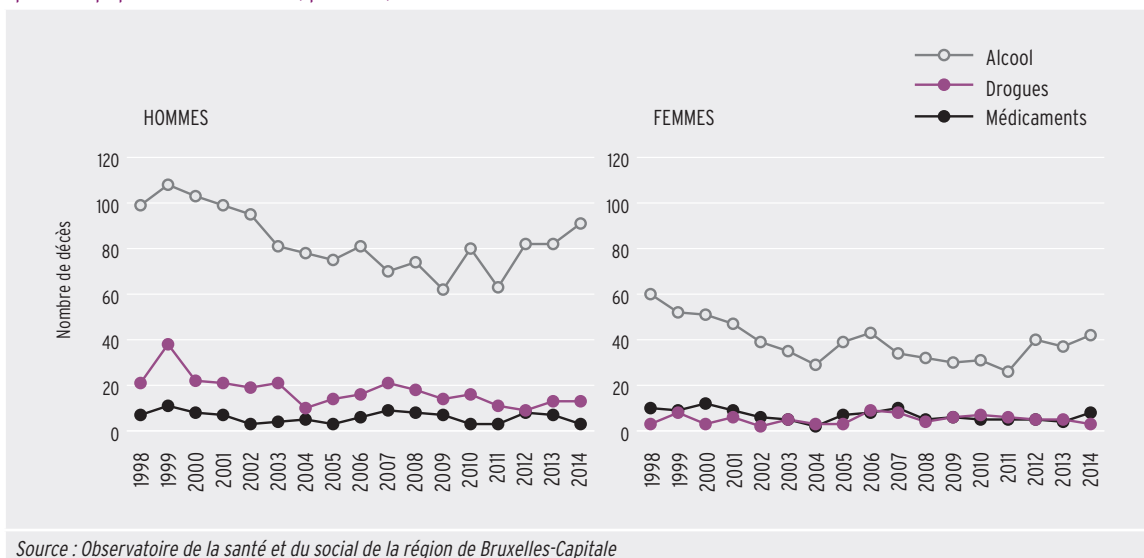
Tableau 36 : Décès directement liés à l'usage de drogues, de médicaments psychotropes et d'alcool parmi la population bruxelloise, par âge et par sexe, 2014

	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

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 hommes¹⁹⁷ 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 18 : 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



197 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

Des 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 37). 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 au niveau fédéral, régional ou local. 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 d'une modification de la nomenclature d'enregistrement¹⁹⁸. Ce tableau 37 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 régional¹⁹⁹.

Tableau 37 : Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national et par région sur la période 2002-2015

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Belgique	42.508	41.885	45.295	45.267	46.360	51.210	53.108	54.509	48.498	48.127	44.236	48.302	53.562	51.292
Bruxelles	3.676	4.164	4.882	4.425	4.162	4.348	5.117	5.665	4.953	5.956	5.966	7.569	8.084	7.740
Wallonie	14.191	13.707	14.616	13.678	13.850	15.892	14.793	15.577	14.263	13.669	11.633	13.261	14.042	13.926

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 19 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, alors que la différence entre régions était nettement moins marquée auparavant. On remarque également que le nombre d'infractions pour 100.000 habitants est en augmentation en Région wallonne ainsi qu'au niveau national en 2013 et 2014 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).

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,

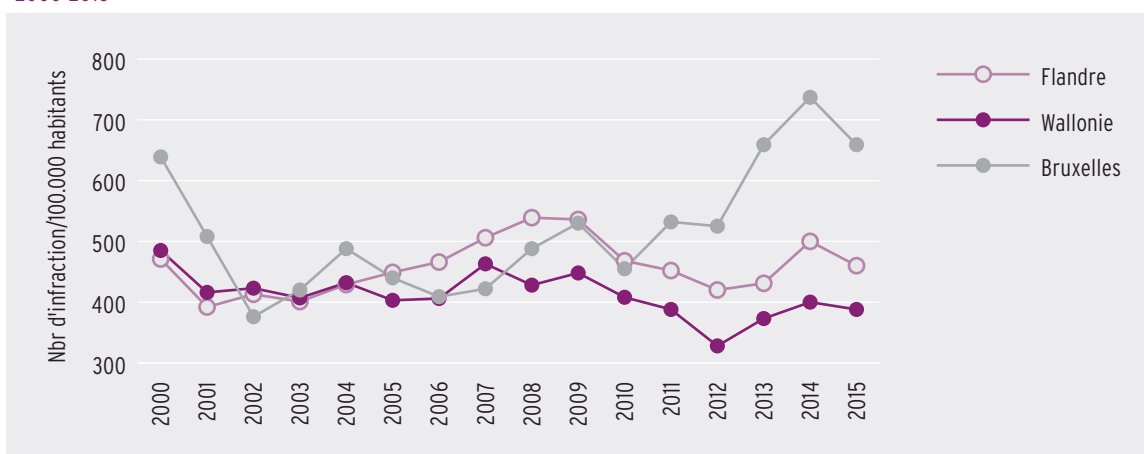
198 Par exemple, la baisse brutale d'infractions constatées en 2010 serait due, selon la police fédérale, à un changement dans la pratique d'enregistrement. En effet, avant cette période un même fait pouvait à la fois être enregistré comme «usage de drogue» et comme «détention», l'usage impliquant la détention, alors que depuis 2010 ces faits sont enregistrés uniquement sous l'étiquette «détention de drogue».

199 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.

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 19 : Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées pour 100.000 habitants par région sur la période 2000-2015



Source : Police fédérale

Dans le tableau 38, on constate que la majorité (plus de 70 %) des infractions enregistrées au niveau national et régional en 2015 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 38 : Types d'infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national et régional en 2015

	Belgique		Bruxelles		Wallonie	
	N	%	N	%	N	%
Détention	36.732	71,6	5.776	74,6	9.977	71,6
Facilitation de l'usage	775	1,5	56	0,7	275	2,0
Incitation à l'usage	305	0,6	155	2,0	35	0,3
Commerce	7.394	14,4	1.077	13,9	2.004	14,4
Importation et exportation	2.522	4,9	374	4,8	748	5,4
Fabrication	2.020	3,9	111	1,4	481	3,5
Autres ²⁰⁰	1.543	3,0	191	2,5	406	2,9
Total	51.292	100,0	7.740	100,0	13.926	100,0

Source : Police fédérale

Le tableau 39 montre qu'en 2015, 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 chapitre 1), 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 39 : Nombre d'infractions par type de faits et type de drogues enregistrées au niveau régional en 2015

	Bruxelles				Wallonie			
	Détention	Commerce	Import/Export	Fabrication	Détention	Commerce	Import/Export	Fabrication
Cannabis	5.289	641	221	78	8.335	1.183	444	314
XTC/amphétamines	108	40	15	1	398	134	38	2
Opiacés	224	133	38	0	704	256	93	0
Coca/cocaïne	352	231	82	0	678	351	103	5
Hallucinogènes	19	6	4	1	58	16	15	1
Médicaments*	28	16	8	0	50	18	6	1
Précurseurs	14	5	3	0	22	8	6	10
Autres**	177	74	24	8	780	236	98	27

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 salivaire²⁰⁰ afin de détecter plus efficacement une récente consommation de drogues illégales auprès des conducteurs belges est entrée en vigueur le 1er octobre 2010. 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 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 40, 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 positifs²⁰¹ est d'environ 8 % 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 (75,3 % en 2015) impliquait une seule substance, le cannabis étant la substance la plus fréquemment identifiée (55,3 % en 2015). Toujours en 2015, les amphétamines

200 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.

201 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».

ont été détectées dans 11,3 % des échantillons, et la cocaïne dans 7,7 % d'entre eux, les opiacés étant plus rarement impliqués (1 %). Enfin, 17 % des analyses effectuées par l'INCC en 2015 ont objectivé la présence d'au moins deux produits dans le sang des conducteurs ayant fait l'objet d'une prise de sang après un test salivaire positif.

Si l'objectif principal et louable des tests salivaires est d'améliorer la sécurité routière, il convient de remarquer que l'utilisation de ces derniers participe plutôt, à l'heure actuelle, à la pénalisation/criminalisation des usagers de drogues. En effet, la tolérance zéro est d'application (autrement dit, il n'y a pas de seuil minimal, comme il en existe pour l'alcool). Pourtant, certaines substances peuvent être détectées dans la salive plus de 48 heures après avoir été consommées (amphétamines, opiacés, etc.), alors que les effets susceptibles d'altérer les capacités de conduite ont disparu. Cela a pour conséquence que certains conducteurs sont lourdement sanctionnés (l'amende encourue allant de 1.100 à 11.000 euros) pour avoir conduit un véhicule alors qu'ils n'étaient plus véritablement sous l'effet d'un produit et que leur usage ne constituait donc pas vraiment une menace pour la sécurité routière. Il y a donc aussi ici clairement une surestimation du nombre de conducteurs «positifs» qui étaient effectivement sous l'influence de drogues lors du contrôle, bien que l'on ne soit pas en mesure d'en déterminer l'ampleur.

Tableau 40 : Détection de drogues dans les prélèvements de sang faisant suite à un test salivaire positif en Belgique, 2011-2015

	2011		2012		2013		2014		2015	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cannabis	726	52,5	777	45,2	956	48,2	1.455	54,3	1.889	55,3
Amphétamine	202	14,6	261	15,2	274	13,8	333	12,4	385	11,3
Cocaïne	124	9,0	181	10,5	203	10,2	204	7,6	264	7,7
Opiacés	31	2,2	38	2,2	35	1,8	36	1,3	35	1,0
Deux produits ou +	186	13,4	238	13,9	315	17,0	442	16,4	578	16,9
Faux positifs	115	8,3	223	13,0	179	9,0	210	7,8	267	7,8
Total	1.384	100	1.718	100	1.962	100	2.680	100	3.418	100

Source : Institut National de Criminologie et de Criminalistique (fourni par le WIV-ISP)

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'IBSR (Institut Belge de la Sécurité Routière), 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 ont été effectués sur des routes et durant des plages horaires sélectionnées de manière aléatoire par l'IBSR. 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 camionnettes²⁰² (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.

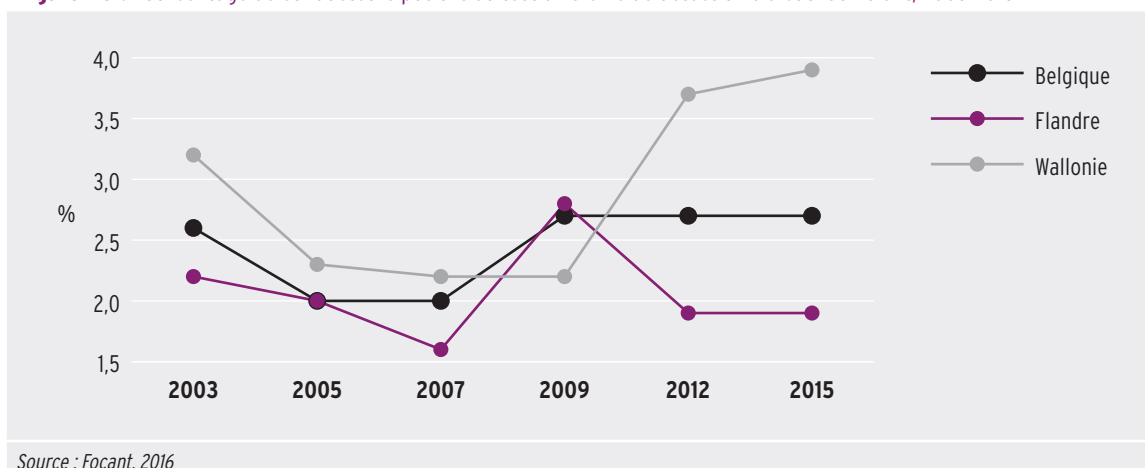
202 Lors de l'opération 2015, 1123 conducteurs de camionnette ont également été contrôlés, mais nous n'en rapportons pas les résultats.

Tableau 41 : 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 20 présente l'évolution du pourcentage de contrôles positifs enregistrés lors des opérations menées de 2003 à 2015, par région²⁰³ 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 20 : Pourcentage de conducteurs positifs au test d'haleine de détection d'alcool au volant, 2003-2015

Source : Focant, 2016

2.3.4. DISPONIBILITÉ ET OFFRE

LES SAISIES EN BELGIQUE

Le tableau 42 présente le nombre de saisies (ainsi que les quantités associées, exprimées en kilogrammes ou en nombre de pilules/cartons) enregistrées annuellement par la Police Fédérale Belge sur le territoire belge. 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 sous-estimées, dans la mesure où elles ne portent que sur les saisies d'au moins 500 gr ou 100 comprimés.

203 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.

Tableau 42 : Nombre de saisies opérées en Belgique, 2007-2015

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cannabis résine	5.870	4.921	6.206	5.048	5.622	4.818	5.529	5.233	5.221
Cannabis herbe	19.196	16.831	22.274	21.485	23.155	21.075	23.900	26.915	25.306
Cannabis plants	466	6.66	732	979	1.070	1.111	1.212	1.227	1.257
Héroïne	2.850	2.307	3.054	3.433	2.930	2.507	2.431	1.823	2.321
Cocaïne	3.656	3.345	4.021	3.448	3.777	3.859	3.653	3.966	3.930
Amphétamines	2.767	2.646	2.944	2.912	3.079	2.830	2.978	2.906	2.777
Métamphétamine	\	\	\	64	99	102	107	144	142
Ecstasy	1.798	1.412	921	650	919	1.098	1.338	1.609	1.644
LSD	1	\	\	59	85	49	76	82	118
GHB	\	\	473	503	605	550	546	464	429
Khat	\	\	49	51	87	70	54	37	33

Source : Police fédérale

Tableau 43 : Quantité saisies opérées en Belgique, 2007-2015

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cannabis résine (kg)	58.544	1.529	18.659	3.153	5.020	1.338	4.274	841	7.045
Cannabis herbe (kg)	12.732	4891	4.486	5.208	6.095	5.635	14.882	10.744	764
Cannabis (n de plants)*	14.8251	177.190	272.714	312.528	337.955	330.675	396.758	356.378	350.403
Héroïne (kg)	548	63	275	386	140	112	1.182	149	121
Cocaïne (kg)	2.470	3.851	4.605	6.844	7.999	19.178	6.486	9.293	17.487
Amphétamines (kg)	483	411	49	362	112	54	178	199 ²⁰⁵	69
Métamphétamine (kg)	\	\	\	39	2	3	38	9	4
Ecstasy (n de pilules)	54.1245	162.821	31.025	32.954	64.384	26.874	37.152	44.422	59.696
LSD (n de cartons)	1	\	\	3.924	838	225	121	410 ²⁰⁶	210 ²⁰⁷
GHB (litre)	\	\	104	24	82	76	45	56	30
Khat (kg)	\	\	1.685	1.018	1.128	1.298	1.149	2.032	941

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.

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.)²⁰⁷. 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.

204 Ainsi que 200 litres d'huile d'amphétamine.

205 Ainsi que 3kg de LSD liquide.

206 Ainsi que 1kg de LSD liquide.

207 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.

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 44 montre l'évolution des prix des drogues tels qu'estimés à partir des saisies effectuées par la Police Fédérale²⁰⁸. D'un point de vue méthodologique, il s'agit de données agrégées au départ des informations contenues dans les rapports de police communiqués au Service Central Drogues de la Police Fédérale tout au long de l'année civile et sur l'ensemble du territoire belge. Il s'agit, plus précisément, du prix de vente et du prix d'achat (estimé en euros) déclarés respectivement par les dealers et les consommateurs lors de leur interrogatoire.

Tableau 44 : Évolution du prix moyen en euros des drogues en Belgique (prix estimés à partir des saisies policières), 2003-2015

	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cannabis résine (euro/g)	5,5 (4-7)	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 (2-25)	8,9 (2,5-18,4)	8,4 (1,8-20)	9,1 (4-25)	8,2 (3,2-20)
Cannabis herbe (euro/g)	5 (1-10)	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)
Héroïne* (euro/g)	25,5 (9-50)	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)
Cocaïne (euro/g)	44,5 (10-75)	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 (25-200)	53,5 (20-117)
Amphétamines (euro/g)	10 (3-20)	9,85 (5-20)	8,53 (3,6-20)	10,52 (3-25)	7,61 (1,5-20)	9,84 (2,8-25)	8,1 (2,5-15)	7,6 (3-16,7)	8,9 (3-25)	8 (3-20)	9,5 (4-20)	8,8 (2,5-20)
Ecstasy (euro/comprimé)	5,5 (2-13)	4,21 (0,3-20)	3,31 (0,5-10)	4,01 (1-10)	3,62 (1,1-10)	3,8 (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)
LSD (euro/carton)	10 (7-13)	/	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)
GHB (euro/25ml)	/	/	/	/	/	/	15,4 (7-25)	18 (9-30)	15 (5-25)	30 (30-30)	14,2 (1-25)	21,4 (4,8-50)
Kétamine (euro/gramme)	/	/	/	/	/	/	30,8 (10-50)	30 (29-30)	25 (8,8-50)	27,7 (23-35)	27,6 (23-30)	29,1 (8-60)

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

208 On notera que les données des années 2002 et 2004 ne sont pas disponibles. Pour les données antérieures, nous renvoyons le lecteur au rapport Eurotox 2009.

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 la cocaïne reste encore actuellement la drogue la plus chère (environ 54 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). L'ecstasy est quant à lui à nouveau le produit le moins cher (5,7 euros/unité) parmi ceux recensés²⁰⁹. On notera en particulier que le prix du cannabis semble enfin se stabiliser, après avoir considérablement augmenté ces dernières années. On observe même une légère réduction du prix du gramme de résine de cannabis en 2015.

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 2015, nous avons compilé les informations fournies par 111 usagers interrogés par 10 partenaires : 3 dans le Hainaut, 2 à Liège, 2 dans le Luxembourg, 2 à Bruxelles, et 1 à Namur.

Évolution des prix des drogues en rue

Comme on peut le voir dans le tableau 45, 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 dépasse 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 1er 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**, ceux de la cocaïne et de l'ecstasy sont particulièrement stables ces dernières années (aux alentours de 50 euros le gramme et de 6 euros le comprimé, respectivement). Le prix des amphétamines, qui fluctue en dents de scie autour de 10 euros le gramme, a atteint le prix record moyen des 12 euros le gramme en 2014.

Finalement, le **prix du LSD** se situe aux alentours de 8 euros le carton depuis plusieurs années.

209 Cette différence de prix entre ces deux produits doit toutefois être relativisée par le fait que ce n'est pas la même unité qui est utilisée dans les deux cas (le gramme dans un cas, la dose dans l'autre).

Tableau 45 : Évolution du prix des drogues en rue en FWB, 2005-2015

	2005	2006-2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
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)
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)
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)
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)
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 (2-25)	8,1 (3-30)
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 (1-15)	5,8 (1-20)	6,1 (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)
Méthadone (euro/gélule)	/	/	/	/	/	2,9 (1-10)	2,8 (1-10)	3 (1-10)	3,8 (1-12)	2,3 (0,6-1)

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=111 en 2015). 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 : une analyse est effectuée, à la demande de la police, 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 ici²¹⁰ 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 usagers.

Comme le montre la figure 21, 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, celle-ci s'étant fortement accentuée en 2015 en ce qui concerne l'herbe. Actuellement, la concentration moyenne en THC des échantillons analysés est de 21,7 % (herbe) et 18,3 % (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 2002-2015 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

210 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>).

ainsi que plusieurs décès, y compris en Belgique²¹¹. Depuis lors, la concentration moyenne des échantillons d'amphétamine analysés a fortement augmenté, celle-ci étant de 35,7 % en 2015.

La pureté des échantillons de cocaïne analysés en Belgique est particulièrement élevée, la concentration moyenne étant de 78,2 % en 2015. 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-Taïrou 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'héroïne²¹² avaient une concentration moyenne de 30,4 % 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 de produits importés dans les échantillons analysés, destinés à être recoupés avant d'être vendus aux consommateurs.

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 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 glycidate²¹³), 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).

211 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).

212 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.

213 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.

Figure 21 : Concentration (% ou mg) en principe actif des échantillons de drogues analysés en Belgique, 2002-2015



PRODUITS DE COUPE DANS LES ÉCHANTILLONS DE POUDRE SAISIS

Dans la section précédente, on a pu voir que les drogues illégales ont une pureté qui peut considérablement varier d'un échantillon à l'autre. Des produits de coupe sont en effet fréquemment utilisés par les dealers afin d'augmenter, à moindre frais, les quantités vendues et maximiser ainsi leurs 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'adulteration 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 46, nous détaillons les produits de coupe pharmacologiquement actifs²¹⁴ identifiés dans les échantillons d'amphétamine, de cocaïne et d'héroïne analysés après saisies en Belgique de 2013 à 2015, ainsi que leur concentration moyenne. Le nombre d'échantillons analysés ainsi que le pourcentage d'échantillons contaminés n'est disponible que pour l'année 2013. 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 2013, avec une concentration moyenne de plus de 50 %. En 2015, on ne retrouve plus de 4-MA dans les échantillons de speed analysés en Belgique, puisqu'alors qu'en 2013 on en retrouvait dans 12 % des échantillons analysés (contre 18 % en 2012). 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.

Les échantillons de cocaïne sont souvent coupés avec du lévamisole (48 % des échantillons en 2013), 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

214 Pour des raisons méthodologiques, les analyses toxicologiques réalisées par les laboratoires ne permettent malheureusement pas d'identifier de manière systématique les produits de coupe qui ne sont pas pharmacologiquement actifs, ni les éventuelles contaminations bactériennes ou fongiques, qui peuvent pourtant être également dommageables sur le plan sanitaire.

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 produits parfois utilisés pour couper la cocaïne, on retrouve notamment l'hydroxyzine (10 %) et la lidocaïne (7 %).

Enfin, les échantillons d'héroïne analysés de 2013 à 2015 étaient essentiellement 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). Contrairement à la caféine et au paracétamol, qui sont des adultérants 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 (noscapine et papavérine). Leur présence et leur concentration dans l'héroïne varient en fonction des compétences des chimistes clandestins et de l'efficacité des procédures menant à la synthèse de l'héroïne. Il ne s'agit donc pas de produits de coupe à proprement parler.

Tableau 46 : Produits de coupe dans les échantillons de poudre saisis en 2013-2015

Type de drogue	Produit de coupe	n	% des échantillons	2013	2014	2015
				Concentration moyenne du produit de coupe (%)		
Amphétamine	Caféine	101	62,3	53,0	54,6	58,1
	4-MA	19	12,0	1,9	1,6	0,0
	4-FA	5	3,1	3,3	5,1	2,2
	mCPP	3	1,9	10,7	8,1	0,0
Cocaïne	Lévamisole	255	48,0	9,0	12,9	11,8
	Phénacétine	96	18,0	27,0	20,0	25,9
	Caféine	74	14,0	6,7	14,1	17,3
	Hydroxyzine	52	10,0	4,0	2,0	0,3
	Lidocaïne	36	7,0	4,5	5,1	8,0
	Diltiazem	5	1,0	2,0	0,8	0,0
Héroïne	Caféine	178	21,0	20,0	23,2	25,1
	6-MAM	178	21,0	8,8	4,6	7,2
	Noscapine	175	21,0	9,0	7,5	10,1
	Papavérine	172	20,0	0,8	1,0	1,1
	Paracétamol	151	18,0	40,0	43,0	42,1

Source : BEWSD database (fourni par le WIV-ISP)

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-permanence²¹⁵.

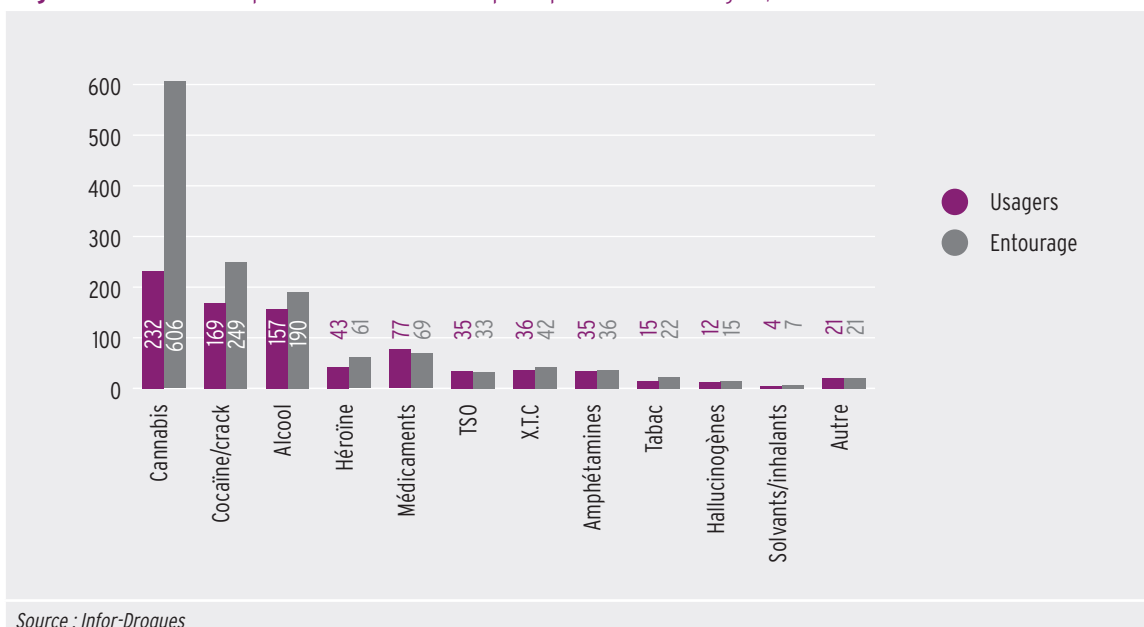
215 Depuis 2005, Infor-Drogues a mis en place un service «d'e-permanence». Celui-ci permet aux utilisateurs de poser des questions, de manière parfaitement anonyme, et de recevoir des réponses via le site Internet de l'association. Les responsables du service traitent les questions et produisent une réponse dans un délai maximum de 72 heures.

L'ensemble du dispositif fonctionne avec 6 ETP (Équivalent Temps Plein) pour tenir la permanence, l'alimenter par des recherches et des réflexions, collecter et transmettre des documents demandés par les appelants, recevoir les personnes lors de 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 2015, 2.521 appels (dont 2.109 appels uniques) d'une durée moyenne de 17 minutes ont été réceptionnés par la permanence téléphonique. La figure 22 détaille les différents produits évoqués lors des appels émis par les usagers et leur entourage. Sans surprise, le cannabis vient en tête des évocations, suivi par la cocaïne et l'alcool qui sont toutefois largement moins cités.

Figure 22 : Produits évoqués lors des contacts téléphoniques avec Infor-Drogues, 2015



Les appels sont émis par quatre catégories de personnes : les usagers (39 % des appels en 2015), l'entourage (51 %), les professionnels (7 %) ²¹⁶ et les étudiants à la recherche d'informations dans le cadre de leurs études (3 %). En ce qui concerne les usagers, ce sont les hommes entre 26 et 35 ans qui émettent le plus d'appel (22 % des appels dont l'âge et le sexe de l'appelant sont connus ²¹⁷). Cette classe d'âge est également la plus représentée chez les femmes (15,3 % des appels). La tranche des 18-25 ans comprend une proportion importante d'appels émis par des femmes consommatrices (12 % des appels).

En ce qui concerne **l'e-permanence**, 165 personnes (45 % de consommateurs) y ont fait appel en 2015 (dont environ deux tiers de femmes).

216 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.

217 L'âge n'était toutefois pas connu pour 97 hommes et 29 femmes, et le sexe était indéterminé pour 60 personnes. Cela amène à devoir prendre certaines différences de genre au niveau de l'âge avec prudence.

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 2015, le centre a enregistré 47.174 appels en lien avec une exposition à un ou plusieurs produits, parmi lesquels 329 appels faisaient état d'une exposition à une substance d'abus²¹⁸ chez les personnes âgées de plus de 14 ans. De manière générale, moins de 1 % des appels émis en 2015 concernaient une exposition à une ou plusieurs substances d'abus. En 2015, 60,5 % des appels de ce type (N=329) faisaient mention de l'usage d'une seule substance, alors que 39,5 % des appels impliquaient plusieurs substances. Au total, comme l'indique le tableau 47, les produits les plus fréquemment mentionnés en 2015 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 (27,1 %), l'alcool éthylique (25,8 %), les stimulants (15,2 %), le cannabis (14,9 %), et la cocaïne (10,9 %). À noter que 8 appels (2,4 %) faisaient mention d'une exposition à une nouvelle drogue de synthèse, dont 3 pour une benzodiazépine de synthèse et 2 pour un cannabinoïde de synthèse.

En 2015, le Centre Antipoisons a également reçu 19 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 et 2 à la méthadone.

Tableau 47 : Nombre d'appels adressés au Centre Antipoisons, Belgique, 2015

Total des appels	56.172
Appels pour exposition à un ou plusieurs produits	47.174
Appels pour exposition à une substance d'abus impliquant des personnes de plus de 14 ans	329
Substances impliquées dans les appels	(%)
Médicaments du système nerveux central*	27,1
Alcool éthylique	25,8
Stimulants du système nerveux central (amphétamine, MDMA, ...)	15,2
Cannabis	14,9
Cocaïne	10,9
Médicaments analgésiques	8,5
Solvant/inhalant	6,4
GHB/GBL	4,9
Hallucinogènes (LSD, Kétamine, plantes/champignons hallucinogènes, ...)	4,3
Héroïne/méthadone	4,0
Nouvelle drogue de synthèse	2,4
Autre	2,1
Produit inconnu	9,4

Source : Centre Antipoisons
 * Cette catégorie reprend principalement les médicaments hypnotiques, sédatifs ou anxiolytiques ainsi que les antidépresseurs et les neuroleptiques.

218 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)²¹⁹. 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 2013-2015, 2.247 questionnaires ont été récoltés lors d'une vingtaine d'événements festifs ayant eu lieu en Wallonie. 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'événement²²⁰ 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 (52,3 %) que par des femmes (47,7 %), la majorité ayant un âge compris entre 18 et 25 ans (67,5 % ; moyenne=22,8 ans). Plus de trois quarts d'entre eux (78,6 %) sortent plusieurs fois par mois.

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 61,4 %, 51,1 % et 40,8 % des répondants. Les produits stimulants tels que le speed/amphétamines, la MDMA, l'ecstasy et la cocaïne ont été cités par environ 1 personne sur 10 (14,2 %, 14,2 %, 11,1 % et 10,1 % respectivement). Enfin, les autres produits (kétamine, LSD, GHB, Research Chemicals, etc.) ont été consommés lors de l'événement par environ 5 personnes sur 100 ou moins.

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 (63,7 % et 53,4 %, respectivement). Le cannabis est également souvent consommé par un peu moins d'un tiers des répondants (30 %). Les produits stimulants tels que le speed/amphétamines, la MDMA, l'ecstasy et la cocaïne sont habituellement consommés en sortie par environ 5 personnes sur 100, et l'usage habituel des autres produits est encore moins courant. Néanmoins, on notera que 9,1 % des répondants consomment parfois ou souvent en sortie des research chemicals (c'est-à-dire des nouvelles drogues de synthèse), ce qui suggère qu'il y a effectivement dans notre pays un public de consommateurs de ces nouvelles substances proposées de manière à contourner la législation sur les drogues, dont certaines sont particulièrement dangereuses pour la santé.

219 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.

220 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 48 : Produits consommés en sortie par les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Wallonie, 2013-2015

	Consommation au cours de l'événement (N=2247)		Consommation habituelle en sortie (N=2247)		
	n	%	Jamais (%)	Parfois (%)	Souvent (%)
Alcool	1.380	61,4	14,1	22,2	63,7
Tabac	1.148	51,1	31,9	14,7	53,4
Cannabis (marijuana, hasch)	917	40,8	43,8	26,2	30,0
Speed, amphétamines	318	14,2	73,7	20,5	5,8
MDMA	318	14,2	73,7	20,6	5,7
Ecstasy	249	11,1	77,3	17,5	5,2
Cocaïne	227	10,1	76,9	18,4	4,7
Médicaments psychoactifs	101	4,5	89,4	8,3	2,3
Kétamine	124	5,5	87,7	8,4	3,9
Champignons hallucinogènes	123	5,5	77,3	20,8	1,9
LSD	133	5,9	84,0	13,3	2,7
<i>Research chemicals</i>	59	2,6	90,9	7,5	1,6
GHB	27	1,2	96,0	3,2	0,8
Héroïne, opium et dérivés ...	34	1,5	96,3	2,9	0,8
Colles, solvants, etc.	58	2,6	91,7	6,9	1,3
Méthadone	28	1,2	97,9	1,0	1,1
Crack, free-base	48	2,1	93,9	4,6	1,5
Autre	18	0,8	96,7	2,5	0,8

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 polyconsommation²²¹, 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 d'un événement est relativement fréquente puisqu'elle concerne 69 % des usagers. Plus précisément, 33,7 % des usagers y ont consommé deux produits et 35,3 % trois produits ou plus.

Le questionnaire inclut également une question spécifique sur les habitudes de polyconsommation en sortie. Il apparaît que près de la moitié des répondants (46 %) consomment habituellement plusieurs produits (y compris l'alcool) au cours de la même sortie, alors que 30 % pratiquent parfois la polyconsommation en sortie et seulement 24 % ne la pratiquent jamais. Ces résultats confirment que le recours à la polyconsommation est un phénomène très marqué au sein du public interrogé.

221 Par polyconsommation, nous faisons ici référence à la présence simultanée de plusieurs produits dans le sang (produits qui n'ont donc pas forcément été consommés de manière simultanée sous forme d'un «cocktail»). Dans la mesure où notre questionnaire ne nous permet pas d'identifier les produits ayant été consommés au cours de l'événement, ce type de polyconsommation est certainement ici surestimé, car un même événement a pu durer de nombreuses heures, voire plus d'un jour pour certaines personnes, avant le remplissage du questionnaire (les effets d'un produit ayant donc pu parfois s'estomper avant qu'elles n'en consomment un autre).

Tableau 49 : Polyconsommation au cours de l'événement chez les consommateurs d'au moins un produit hors tabac (N=1512), Wallonie, 2013-2015

	N	%	Moy. (Min.- Max.)
Nombre de produits consommés hors tabac	/	/	2,8 (1-17)
Nombre de produits consommés hors tabac et alcool	/	/	1,8 (0-16)
Au moins un produit hors tabac et alcool	1.106	73,1	
Au moins un produit hors tabac, alcool et cannabis	639	42,3	
Consommation d'un seul produit (alcool compris, hors tabac)	469	31,0	
Consommation de deux produits (alcool compris, hors tabac)	509	33,7	
Consommation de trois produits ou + (alcool compris, hors tabac)	534	35,3	

Source : Modus Vivendi

Près d'un cinquième des répondants (18,8 %) 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 utilisés habituellement lors des sorties (présoirée et «after» compris) par 12,9 % (sniff) et 0,6 % (injection) des répondants. Plus de la moitié d'entre eux (65 %) n'ont jamais pratiqué le sniff en sortie, et la quasi-totalité (98,3 %) n'ont jamais eu recours à l'injection. Enfin, en dehors des sorties, 8,5 % des répondants ont recours au sniff, et 1,1 % à l'injection. Le sniff se pratiquerait ainsi plus fréquemment par ce public en sortie qu'en dehors.

Tableau 50 : Modes de consommation à risque chez les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Wallonie, 2013-2015

	Au cours de l'événement	Habituellement en sortie			Hors sortie
	%	Jamais (%)	Parfois (%)	Souvent (%)	%
Sniff (n=2095)	18,8	65,0	22,1	12,9	8,5
Injection (n=1984)	0,7	98,3	1,2	0,6	1,1

Source : Modus Vivendi

L'USAGE DE DROGUES EN MILIEU FESTIF EN RÉGION BRUXELLOISE

Sur la période 2013-2015, 1.058 questionnaires ont été récoltés lors de près d'une cinquantaine d'événements festifs ayant eu lieu en Région bruxelloise. Les personnes interrogées sont autant représentées par des hommes (54,2 %) que par des femmes (44,8 %), la majorité ayant un âge compris entre 18 et 25 ans (55,1 % ; moyenne=24,3 ans). Plus de trois quarts d'entre eux (79,3 %) sortent plusieurs fois par mois.

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 59,1 %, 55,6 % et 36,3 % des répondants. Les produits stimulants tels que le speed/amphétamines, la MDMA et l'ecstasy ont été cités par un peu moins de 2 personnes sur 10 (18,1 %, 18 % et 13 % respectivement), et la cocaïne par 7,6 % 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 (60,5 % et 56,6 %, respectivement). Le cannabis est également souvent consommé par un peu plus d'un tiers des répondants (36,5 %). Les produits stimulants tels que le speed/amphétamines, la MDMA, l'ecstasy et la cocaïne sont habituellement consommés en sortie par environ 1 personne sur 10, et l'usage habituel des autres produits est encore moins courant. Néanmoins, on notera que 20,2 % des répondants consomment parfois ou souvent en sortie des *research chemicals* (c'est-à-dire des nouvelles drogues de synthèse), ce qui suggère qu'il y a effectivement dans notre pays un

public de consommateurs de ces nouvelles substances proposées de manière à contourner la législation sur les drogues, dont certaines sont particulièrement dangereuses pour la santé.

Tableau 51 : Produits consommés en sortie par les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Région bruxelloise, 2013-2015

	Consommation au cours de l'événement (N=1058)		Consommation habituelle en sortie (N= 1055)		
	n	%	Jamais (%)	Parfois (%)	Souvent (%)
Alcool	625	59,1	17,3	22,2	60,5
Tabac	588	55,6	28,8	14,6	56,6
Cannabis (marijuana, hasch)	384	36,3	38,1	25,4	36,5
Speed, amphétamines	192	18,1	56,8	30,6	12,6
MDMA	114	18,0	51,8	38,0	10,2
Ecstasy	138	13,0	57,4	31,8	10,8
Cocaïne	80	7,6	61,8	31,5	6,7
Médicaments psychoactifs	52	4,9	84,4	11,5	4,1
Kétamine	49	4,6	73,9	19,0	7,1
Champignons hallucinogènes	26	2,5	64,0	32,0	4,0
LSD	41	3,9	68,3	26,4	5,2
Research chemicals	26	2,5	79,8	16,2	4,0
GHB	15	1,4	91,7	6,8	1,5
Héroïne, opium et dérivés ...	21	2,0	93,4	5,4	1,2
Colles, solvants, etc.	14	1,3	86,4	11,4	2,2
Méthadone	18	1,7	96,7	2,1	1,2
Crack, free-base	19	1,8	88,2	9,8	2,0
Autre	11	1,0	93,0	4,9	2,1

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 d'un événement est relativement fréquente puisqu'elle concerne 66,2 % des usagers. Plus précisément, 29 % des consommateurs y ont consommé deux produits et 37,2 % trois produits ou plus.

Le questionnaire inclut également une question spécifique sur les habitudes de polyconsommation en sortie. Il apparaît que plus de la moitié des répondants (55 %) consomment habituellement plusieurs produits (y compris l'alcool) au cours de la même sortie, alors que 32 % pratiquent parfois la polyconsommation en sortie et seulement 13 % ne la pratiquent jamais. Ces résultats confirment que le recours à la polyconsommation est un phénomène très marqué au sein du public interrogé.

Tableau 52 : Polyconsommation au cours de l'événement chez les consommateurs d'au moins un produit hors tabac (N=727), Région bruxelloise, 2013-2015

	N	%	Moy. (Min.- Max.)
Nombre de produits consommés hors tabac	/	/	2,5 (1-17)
Nombre de produits consommés hors tabac et alcool	/	/	1,7 (0-16)
Au moins un produit hors tabac et alcool	530	72,9	
Au moins un produit hors tabac, alcool et cannabis	366	50,3	
Consommation d'un seul produit (alcool compris, hors tabac)	246	33,8	
Consommation de deux produits (alcool compris, hors tabac)	211	29,0	
Consommation de trois produits ou + (alcool compris, hors tabac)	270	37,2	

Source : Modus Vivendi

Plus d'un cinquième des répondants (21,7 %) a déclaré avoir sniffé et près de 2 % avoir eu recours à l'injection au cours de l'événement. Ces deux modes de consommation à risque sont utilisés habituellement lors des sorties (présoirée et «after» compris) par 23,3 % (sniff) et 0,8 % (injection) des répondants. Moins de la moitié d'entre eux (45,3 %) n'ont jamais pratiqué le sniff en sortie, et la quasi-totalité (97 %) n'ont jamais eu recours à l'injection. Enfin, en dehors des sorties, 17,8 % des répondants ont recours au sniff, et 1,7 % à l'injection. Le sniff se pratiquerait ainsi un peu plus fréquemment par ce public en sortie qu'en dehors.

Tableau 53 : Modes de consommation à risque chez les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Région bruxelloise, 2013-2015

	Au cours de l'événement	Habituellement en sortie			Hors sortie
	%	Jamais (%)	Parfois (%)	Souvent (%)	%
Sniff (n=984)	21,7	45,3	31,4	23,3	17,8
Injection (n=892)	1,7	97,0	2,2	0,8	1,7

Source : Modus Vivendi

3.4. L'USAGE DE DROGUES «EN RUE»

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.

LES CHIFFRES 2009-2015 EN WALLONIE

Sur la période 2009-2015, 1931 questionnaires ont été récoltés auprès d'usagers de drogues rencontrés en rue lors d'opérations Boule-de-Neige (BdN) en Wallonie. Les trois-quarts des usagers sont des hommes (66,9 %).

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 près 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 %). Enfin, environ un quart des répondants (26,6 %) a déclaré avoir déjà fait une overdose, généralement à l'héroïne ou à la cocaïne.

Tableau 54 : 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 ²²³	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)	299	15,5
Consommation de deux produits (alcool compris)	385	19,9
Consommation de trois produits ou + (alcool compris)	1247	64,6
Moyenne des produits consommés	3,75	

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 22,9 % le matériel connexe usagé (filtre, cuillère, etc.) d'une autre personne au moins une fois au cours des 6 derniers mois.

Tableau 55 : Usage de drogues par injection parmi les usagers de rue (N=1931), Wallonie, 2009-2015

	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

222 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=1189).

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, quelle que soit la période de consommation considérée (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 56 : Profil démographique des UDI et des non-UDI 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
* 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 CHIFFRES 2009-2015 EN RÉGION BRUXELLOISE

Sur la période 2009-2015, 538 questionnaires ont été récoltés auprès d'usagers de drogues rencontrés en rue lors d'opérations Boule-de-Neige (BdN) en Région bruxelloise. Les trois-quarts des répondants sont des hommes (74,1 %).

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 quasiment 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 %). Enfin, environ un quart des répondants (27,1 %) a déclaré avoir déjà fait une overdose, généralement à l'héroïne ou à la cocaïne.

Tableau 57 : 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 ²²⁴	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)	106	19,7
Consommation de deux produits (alcool compris)	127	23,6
Consommation de trois produits ou + (alcool compris)	305	56,7
Moyenne des produits consommés	3,58	

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 58 : 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

223 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).

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 compris entre 35 et 39 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.

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).

Tableau 59 : Profil démographique des UDI et des non-UDI rencontrés en rue lors des opérations boule-de-neige (N=538), 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
* 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				

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 UDI²²⁴. 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)²²⁵ 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 5 institutions qui effectuent de l'échange de seringues à Bruxelles et 14 en Wallonie. Une même institution peut effectuer de l'échange de seringues en comptoir fixe et/ou mobile, et certains comptoirs fixes 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, Dumas & Hogge, 2010).

224 En Belgique, elle varierait de 47 à 85 %, suivant les estimations (Mathei, Robaey, Van Ranst, Van Damme & Buntinx, 2005). Une étude récente la situe à 43 % (Bollaerts & Van Bussel, 2013).

225 En Belgique, les pharmacies font également partie de ce dispositif, et certaines d'entre elles diffusent des pochettes spécifiquement dédiées à l'injection (Stérifix). 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 (Stéricups²²⁶, flapules d'eau stérile, tampons alcoolisés, doses d'acide ascorbique²²⁷), leur file active²²⁸, 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 2015 EN WALLONIE ET EN RÉGION BRUXELLOISE

En 2015, 262.123 seringues ont été distribuées par les 14 services qui ont effectué de l'échange de seringues en Wallonie dans le cadre du DAMSI, et 95.475 par les 6 services qui l'ont fait en Région bruxelloise. Ces seringues ont été distribuées à un peu plus de 1.600 UDI lors d'environ 16.500 visites en Wallonie, et à environ 1.000 UDI lors de plus de 5.000 visites en Région bruxelloise. Par manque de moyens, le matériel connexe et en particulier le Stéricup et l'acide ascorbique ne sont malheureusement pas disponibles en permanence dans tous les comptoirs, et ils doivent donc souvent être «rationnés». Si on compare, par exemple, le nombre de Stéricups et le nombre de seringues distribués sur une même année, on avoisine actuellement un rapport de 1 Stéricup pour 3 seringues distribuées (alors qu'idéalement le rapport devrait être de 1 pour 1). Dans ce contexte, il est difficile de promouvoir et d'assurer de manière optimale la 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.

Tableau 60 : Description du DAMSI en Wallonie et en Région bruxelloise, 2015

	Wallonie	Bruxelles
Nombre de services	14	6
Nombre d'usagers	± 1.600	± 1.000
Seringues	256.473	95.475
Stéricups	131.755	41.786
Flapules d'eau stérile	151.435	51.542
Tampons alcoolisés	265.874	90.383
Sachets d'acide ascorbique	73.772	6.070

Source : Modus Vivendi

226 Une petite cuillère stérile accompagnée d'un filtre.

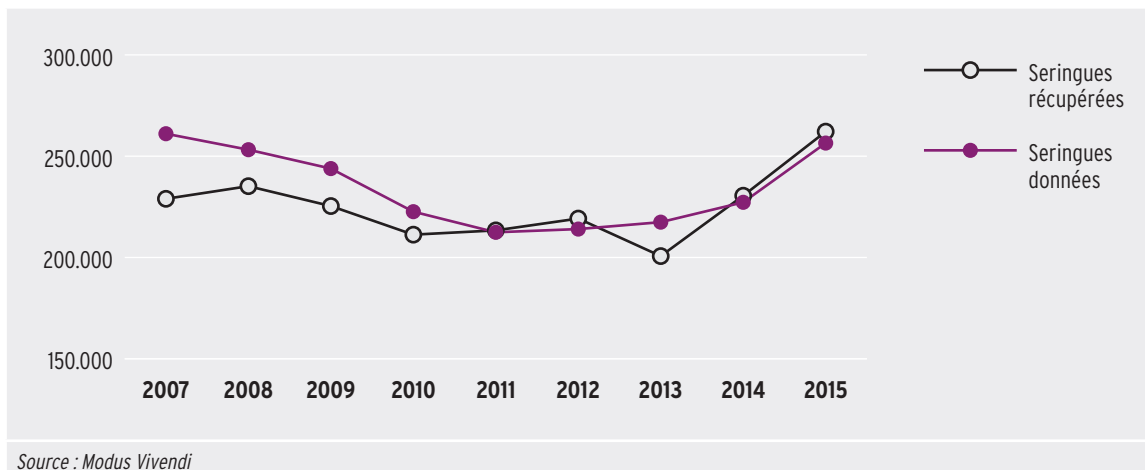
227 Nécessaire pour dissoudre le produit dans l'eau.

228 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

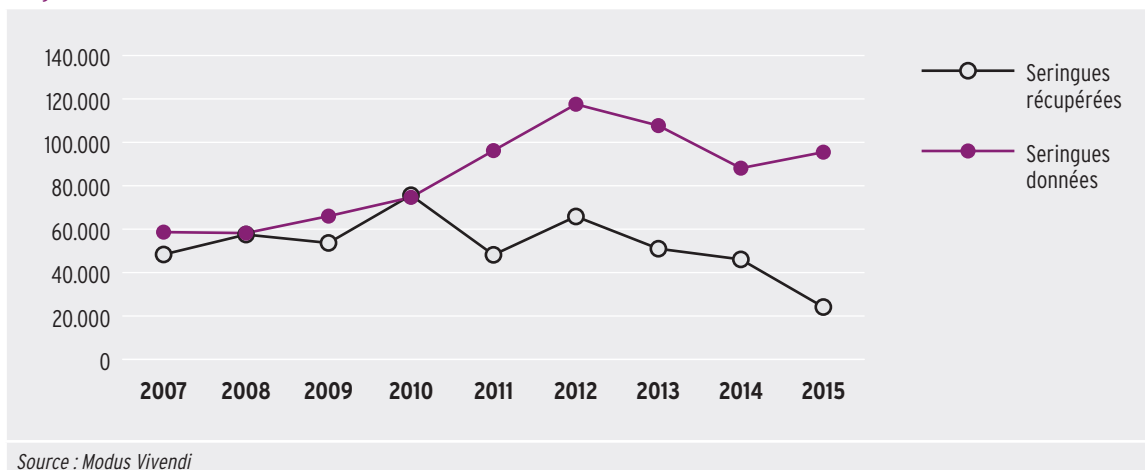
Le nombre de seringues distribuées en Wallonie via les comptoirs d'échange a progressivement diminué de 2007 à 2011, probablement en raison d'une réduction des heures d'ouverture de certains comptoirs, mais il a augmenté ces dernières années. Le nombre de seringues récupérées est généralement légèrement inférieur à celui des seringues distribuées, les deux courbes évoluant de manière relativement parallèle.

Figure 23 : Évolution du nombre de seringues distribuées et récupérées dans les comptoirs d'échange de seringues en Wallonie, 2007-2015



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. La récupération de seringues paraît moins efficace en Région bruxelloise qu'en Wallonie. Cette différence s'explique par une pratique plus fréquente de l'échange stricte (i.e. le nombre de seringues données correspond au nombre de seringues rendues) en Wallonie qu'à Bruxelles.

Figure 24 : Évolution du nombre de seringues distribuées et récupérées dans les comptoirs d'échange de seringues en Région bruxelloise, 2007-2015



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 2013²²⁹, 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 2015²³⁰, on sait que 36,5 % 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 32,3 % 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 $2.600 \times 0,365 = 949$ (688-1.329) personnes ayant eu recours à l'injection au cours des 30 derniers jours en Région bruxelloise sur l'année 2013, et $8.025 \times 0,323 = 2592$ (1.880-3.628) en Wallonie.

229 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).

230 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'ont peu générés 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 du 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 du 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 25, 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 Bruxelles²³¹. 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.

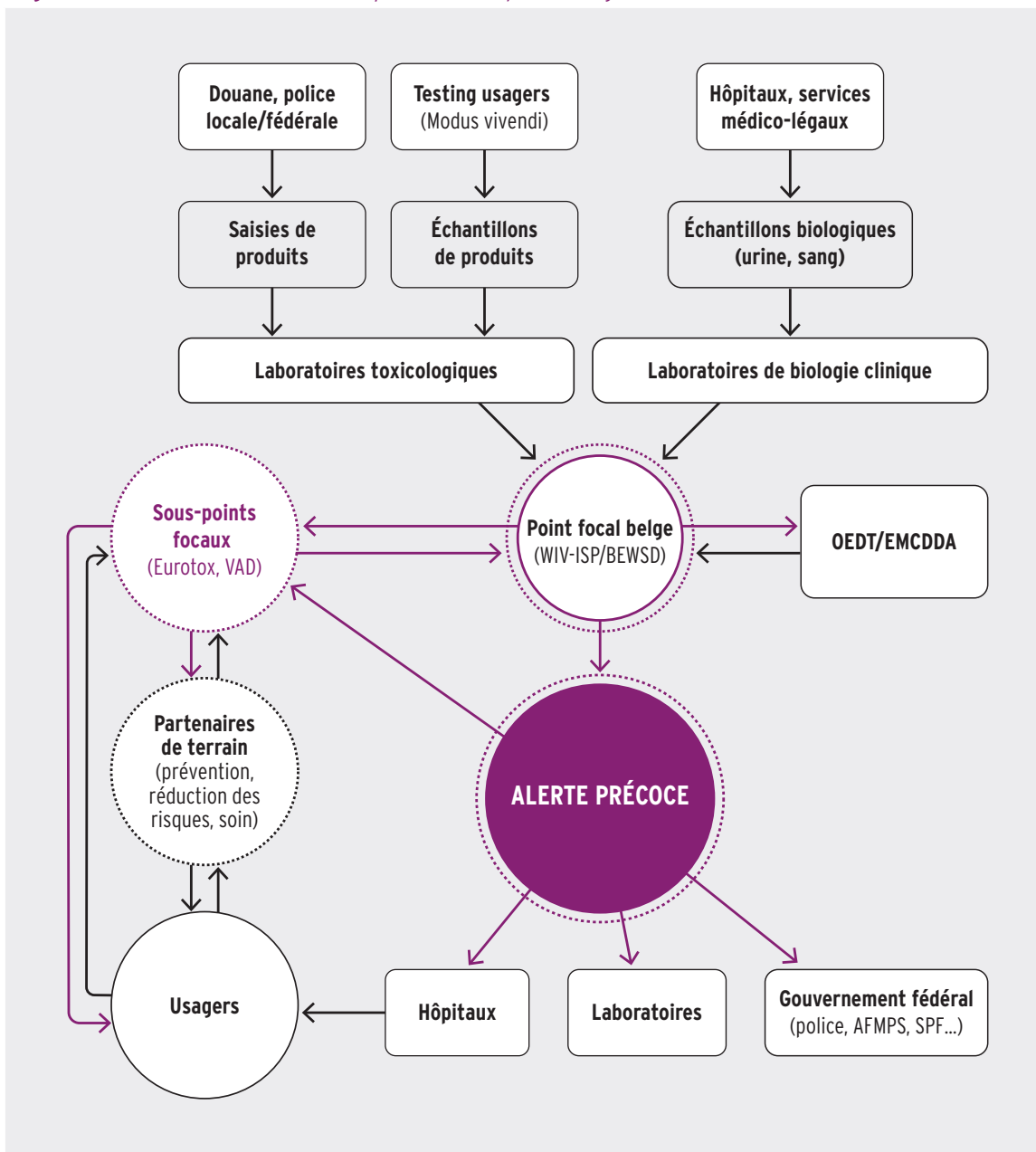
Les informations diffusées à travers l'EWS belge sont de deux types :

- 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+.

231 En 2015, 141 demandes d'analyse de produits ont été adressées au lieu d'accueil Modus Fiesta, parmi lesquelles 7 échantillons ont donné lieu au lancement de 4 alertes précoces (Modus Vivendi, 2016).

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 et le VAD se réservent 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. Dans ce cas, nous informons toutefois les intervenants de terrain à travers un simple message d'information.

Figure 25 : Flux d'information au sein du système d'alerte précoce belge



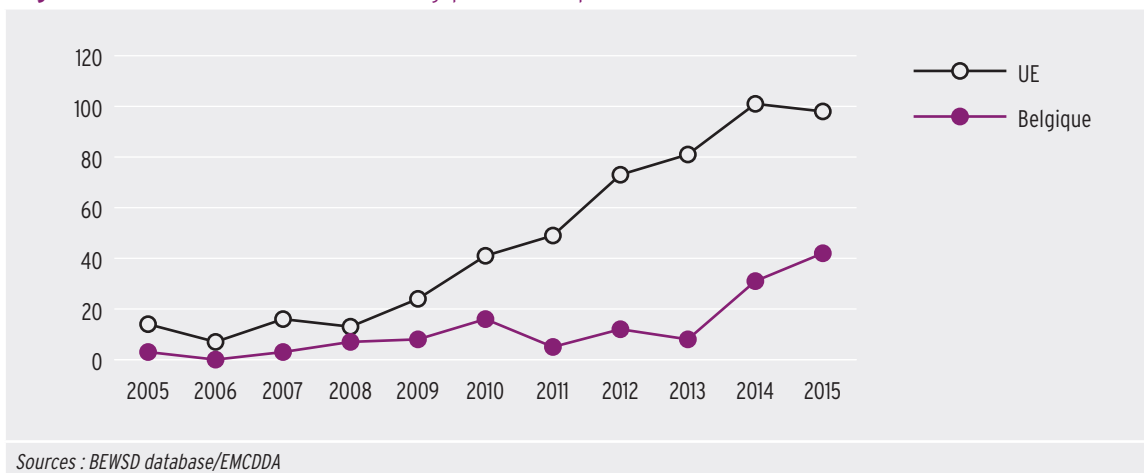
4.3. LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE EN QUELQUES CHIFFRES

Pour rappel, l'EWS a deux fonctions principales : détecter l'apparition de NDS (et 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 2015

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, ce qui porte le nombre des nouvelles substances surveillées à plus de 560, comme on peut le voir sur la figure 26. L'EWS belge a quant à lui recensé un total de 42 NDS sur la période 2005-2011, contre 164 au niveau européen (Van der Linden, Antoine, Blanckaert, & van Bussel, 2012), et 42 nouvelles molécules ont été détectées en 2015 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 du EWS (UNODC, 2013). Cette augmentation est en outre 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 stupéfiants²³².

Figure 26 : Nombre de NDS détectées en Belgique et en Europe de 2005 à 2015



232 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-destinées à la consommation humaine» afin de contourner également la loi sur les substances réglementées telles que les médicaments ou les compléments alimentaires. A noter que la loi belge sur les drogues a été modifiée en février 2014 afin de tenter de contrer ce phénomène : les substances psychoactives pourront en effet désormais être interdites de manière globale et anticipative sur base de classifications moléculaires génériques. Cette approche législative est toutefois jugée peu efficace par certains spécialistes (van Amsterdam, Nutt, & van den Brink, 2013).

Les cathinones synthétiques²³³ représentent 26,5 %, les cannabinoïdes 24,5 % et les phénéthylamines²³⁴ 9,2 % des nouvelles substances identifiées en 2015 au niveau européen (EMCDDA, 2016). En termes de disponibilité, en 2014, près de 50.000 saisies de nouvelles substances ont été effectuées à travers l'Europe, pour un poids total de près de 4 tonnes. Les cannabinoïdes de synthèse représentent 61 % de ces saisies, les cathinones de synthèse 17 % et les phénéthylamines 5 %. Bien que les opiacés de synthèse restent relativement peu courants (1 % des saisies en 2014), on observe ces dernières années une augmentation des NDS de ce type : 14 opiacés de synthèse ont été identifiés entre 2013 et 2015. Un autre phénomène récent est l'émergence sur ce marché de benzodiazépines synthétiques : l'OEDT a ainsi identifié 11 nouvelles molécules de ce type entre 2013 et 2015, et ces benzodiazépines représentaient 3 % des saisies de NDS enregistrées en 2014 à l'échelle européenne.

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 2014, 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 9 molécules : 4-méthylamphétamine, 5-API, méthoxétamine, AH-7921, MDPV, 25I-NBOMe, 4,4'-DMAR, MT-45 et α -PVP. Actuellement, seules la 4,4'-DMAR et la MT-45 sont interdites à l'échelle de l'UE, et ce depuis le 20 octobre 2015. Les États membres disposent généralement d'un an pour transposer cette mesure sur le plan de leur droit national. Le décours temporel entre la détection d'une substance, l'évaluation de sa dangerosité, et son éventuelle interdiction peut donc paraître particulièrement long. En effet, les premières notifications européennes de la 4,4'-DMAR et de la MT-45 ont été effectuées en décembre 2012 et en octobre 2013, respectivement.

Comme nous l'avons détaillé dans notre rapport 2013-2014 (pages 35-38 ; voir aussi le livret thématique sur les NDS), le parlement européen a 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. À ce jour, ils n'ont pas encore été ratifiés.

4.3.2. LES SERVICES DE TESTING DE PRODUITS À DESTINATION DES USAGERS

Les services de testing de produits psychotropes à destination des usagers sont des dispositifs de réduction des risques permettant aux usagers de connaître la nature du produit qu'ils envisagent de consommer tout en restant anonymes, et plus globalement d'informer, responsabiliser et éventuellement aider les usagers dans une démarche de promotion de la santé. Ce dispositif est aussi 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, 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 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 de plus d'une vingtaine de sites de testing répartis sur l'ensemble du pays, où les usagers peuvent se rendre afin de connaître la composition de

233 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables aux amphétamines.

234 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.

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), Belgique (Modus Fiesta), etc.

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) et de l'arrêté royal du 22 janvier 1998 qui interdit 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'activité 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.

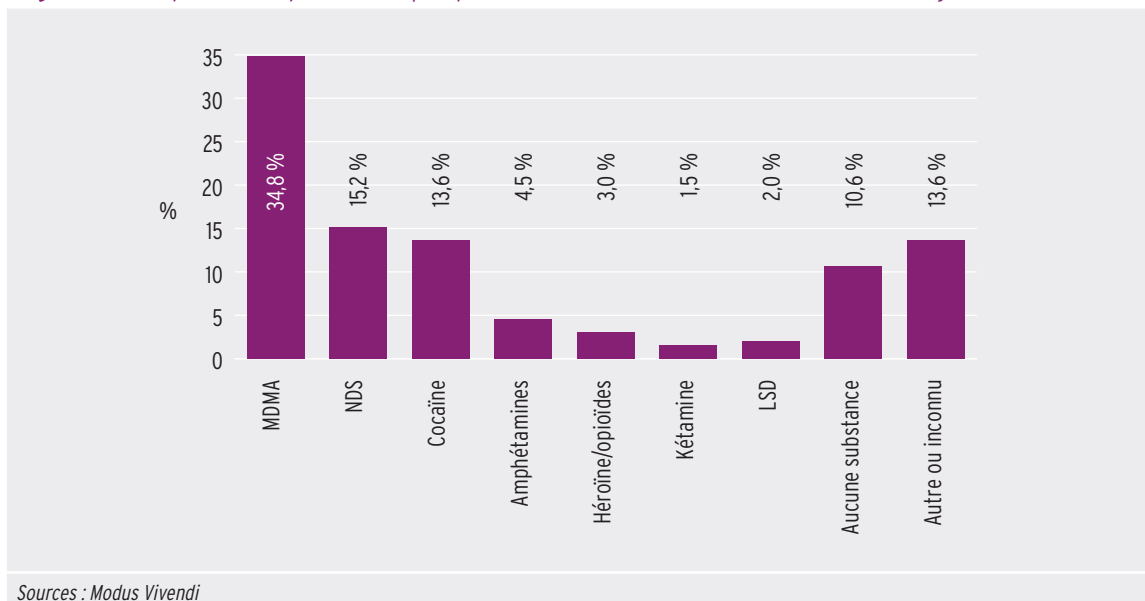
Actuellement, l'asbl Modus Vivendi est la seule association à fournir un service de testing à destination des usagers de drogues en Belgique. Ce service est proposé dans un lieu fixe à Bruxelles (dans les locaux de Modus Fiesta), lors d'une permanence hebdomadaire, mais il est également proposé de manière 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. 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)²³⁵ 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 précis²³⁶. 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) endéans 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 du 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 du 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.).

235 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.

236 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.

En 2015, 141 échantillons ont été soumis au service de testing de Modus Fiesta : 95 (67,4 %) ont fait l'objet d'un test de Marquis, 99 (70,2 %) d'un test par CCM et 66 (46,8 %) ont été analysés par le laboratoire du WIV-ISP à l'aide de la GC-MS (Modus Vivendi, 2016). Comme on peut le voir sur la figure 27, environ un tiers des échantillons testés en laboratoire avec la technique du GC-MS (n=66) contenait de la MDMA, en proportion variable. Environ 15 % des échantillons contenaient une nouvelle drogue de synthèse (NDS). Environ 14 % des échantillons contenaient de la cocaïne, et 14 % une substance inconnue. Un dixième des échantillons ne contenaient pas de substances psychoactives. Enfin, les autres produits (kétamine, héroïne, etc.) sont nettement moins représentés.

Figure 27 : Composition des produits analysés par GC-MS en 2015 dans le cadre du service de testing



Les activités de réduction des risques menées par l'asbl Modus Vivendi ont récemment fait l'objet d'une évaluation externe. Cette recherche qualitative a notamment permis d'identifier les bénéficiaires du service de testing et de sonder leurs motivations et leur perception du dispositif (pour une synthèse, voir Favresse, 2012). Il ressort de cette étude que les usagers ayant fait appel au service de testing ont une certaine expérience en matière d'usage de drogues. Le premier contact avec le service de testing 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, etc.), et d'autre part, en lien avec d'éventuelles répercussions socio-judiciaires. Même s'ils étaient initialement motivés par la curiosité, les usagers perçoivent ensuite ce dispositif comme un outil de réduction des risques, qui leur a fait prendre conscience de la variété des risques inhérents 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 l'information soit fiable et suffisamment précise pour pouvoir être exploitée), exhaustivité (identification des composants psychoactifs et non-psychoactifs) et régularité (institutionnalisation et financement par les pouvoirs publics). Cette évaluation confirme donc globalement l'intérêt de ce dispositif d'un point de vue réduction des risques.

Finalement, il convient de remarquer que le service de testing de produits psychotropes à destination des usagers est en mesure de fournir des informations plus précises sur la composition et la pureté des produits effectivement consommés par les usagers de drogues que les produits analysés dans le cadre de saisies. En effet, la prohibition des drogues a pour conséquence que les comportements de fabrication, d'importation/exportation, de vente, d'acquisition et d'usage se font de manière la plus discrète possible afin de limiter les risques d'interpellation judiciaire. Par conséquent, les produits saisis par la justice ne sont que la partie visible d'un phénomène de plus grande ampleur. Ils ne sont donc pas forcément représentatifs de ce qui circule effectivement au niveau de la vente au détail, d'autant plus que certains

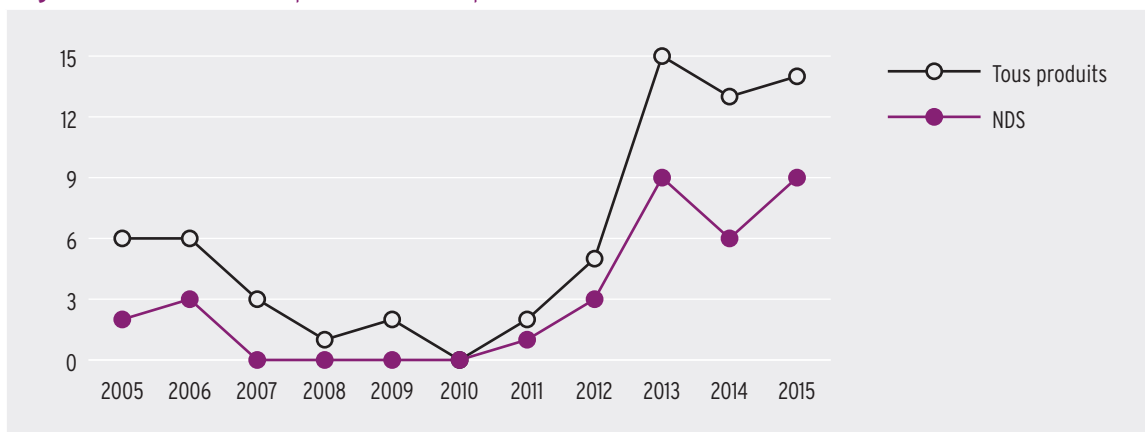
produits sont destinés à être recoupés avant d'être vendus aux usagers. En outre, pour des raisons évidentes de limitation des coûts, tous les produits saisis ne sont pas systématiquement analysés pour en connaître la composition exacte. Concrètement, une demande d'analyse toxicologique est introduite par la police lorsque celle-ci a un doute sur la nature du produit saisi (le produit devant être identifié afin de pouvoir engager des poursuites), par exemple parce que son aspect ne correspond pas aux déclarations du contrevenant, ou parce que celui-ci nie qu'il s'agit d'une substance prohibée.

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 et permet d'identifier des produits dangereux qui sont en circulation. Ainsi en 2015, 7 échantillons soumis à une analyse GC-MS dans le cadre de ce service de testing ont contribué au lancement de 4 alertes précoces. Plus généralement, ce service participe à une meilleure connaissance de la composition et de la pureté des produits en circulation.

4.3.3. LES ALERTES PRÉCOCES DIFFUSÉES PAR EUROTOX DE 2001 À 2015

La figure 28 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 sur des NDS : 9 alertes sur 15 en 2013, 6 alertes sur 13 en 2014 et 9 alertes sur 14 en 2015. Les 14 alertes diffusées en 2015 portaient sur 34 échantillons de produits différents²³⁷, dont 12 NDS.

Figure 28 : Nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox de 2005 à 2015



Comme on peut le voir dans le tableau 61, les alertes diffusées en 2015 sont assez variées. Au total, 6 alertes concernaient des pilules d'ecstasy fortement dosées en MDMA.

En ce qui concerne les NDS, nous avons diffusé 5 alertes concernant des pilules d'ecstasy contenant de la PMMA, 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. Nous avons également diffusé deux alertes suite à l'identification de pilule d'ecstasy contenant différentes NDS potentiellement dangereuses, soit en raison de la toxicité de la molécule (4-CA), soit parce les molécules présentes ne provoquent pas les effets attendus de la MDMA et peuvent donc engendrer des bad-trips (DOB et 2-CB).

²³⁷ 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.

Une autre alerte portait sur l'identification de buvards contenant une phénétylamine aux effets semblables au LSD (25B-NBOMe) mais nettement plus dangereuse en raison du faible écart qui sépare la dose récréative de la dose létale. Une alerte portait sur un cas de décès occasionné par la consommation d'un puissant opioïde de synthèse vendu sur le Darknet (l'ocfentanil). Enfin, nous avons également relayé une alerte allemande qui portait sur des cas d'intoxication (dont 2 décès) induite par la consommation de MDMB-CHMICA, un cannabinoïde de synthèse particulièrement puissant.

En ce qui concerne les sources d'information à l'origine des alertes précoces diffusées en 2015, cinq alertes avaient (en tout ou en partie) comme origine une intoxication ou un décès suspect survenu sur le territoire belge ou étranger, six alertes ont été lancées (en tout ou en partie) au départ d'analyses toxicologiques effectuées suite à des saisies policières ou douanières, et cinq ont été lancées sur base de produits analysés dans le cadre de services de testing belge ou étranger.

Tableau 61 : Les messages d'alertes précoces et d'information diffusés par Eurotox en 2015

Date	Titre	Type
30/01/2015	Identification d'un nouveau comprimé d'ecstasy contenant une forte dose de PMMA	Alerte
06/03/2015	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement dosés en MDMA	Alerte
10/03/2015	Un décès suite à la consommation de PMMA	Alerte
07/04/2015	Un décès suite à la consommation d'ocfentanil	Alerte
07/05/2015	Cinq cas d'intoxication (dont deux décès) en Allemagne en lien avec la consommation de MDMB-CHMICA	Alerte
16/06/2015	Identification d'un buvard contenant du 25B-NBOMe	Alerte
24/07/2015	Un décès suite à la consommation de PMMA	Alerte
10/08/2015	Identification d'un nouveau comprimé d'ecstasy fortement concentré en MDMA	Alerte
08/09/2015	Identification d'un comprimé d'ecstasy contenant de la 4-CMA	Alerte
28/09/2015	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA - Risque de surdose	Alerte
28/09/2015	Identification de nouvelles substances psychoactives dans des pilules d'ecstasy	Alerte
03/11/2015	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA	Mise à jour de l'alerte du 28/09/2015
15/12/2015	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA	Alerte
24/12/2015	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA ou contenant de la PMMA	Mise à jour de l'alerte du 15/12/2015

4.4. EXEMPLES D'ALERTES PRÉCOCES DIFFUSÉES PAR EUROTOX EN 2015

Alerte du 10 août 2015 : Identification d'un nouveau comprimé d'ecstasy fortement concentré en MDMA

Dans le cadre du système d'Alerte Précoce (*Early Warning System* - EWS), un nouveau comprimé d'ecstasy fortement dosé en MDMA a été identifié grâce au service de testing de l'asbl Modus Vivendi, proposé au lieu d'accueil Modus Fiesta.

Il s'agit d'un comprimé en forme de parallélépipède rectangle avec un logo Rolls-Royce, qui contient plus de 200 mg de MDMA et qui a récemment été acheté en région de Bruxelles-Capitale. Ce même comprimé était déjà en circulation dans la région d'Anvers au mois de mai (voir www.pillreports.net). Il ne s'agit probablement pas de la seule pilule fortement dosée qui circule actuellement, car les **logos et couleurs changent constamment**. La prudence est donc de rigueur en raison du risque de surdose.


Logo :	Rolls-Royce
Couleur :	jaune pâle
Forme :	parallélépipède rectangle
Longueur :	11 mm
Largeur :	5 mm
Épaisseur :	4 mm
Zone de séparation :	oui
Poids :	400 mg
Teneur en MDMA :	205,5 mg MDMA base (51 %)



Vu la concentration élevée en MDMA de ce comprimé, il existe un risque de complications graves (hyperthermie, déshydratation, convulsions, coma), voire de décès par overdose. Aussi, lisez attentivement les conseils de réduction des risques repris ci-dessous.

Alerte du 8 septembre 2015 : Identification d'un comprimé d'ecstasy contenant de la 4-CMA

Dans le cadre du système d'Alerte Précoce (Early Warning System - EWS), l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP) nous a informés de l'identification, dans la région d'Anvers, d'un comprimé d'ecstasy contenant de la **4-chlorométhamphétamine (4-CMA)**, dont voici le descriptif.

Logo :	Durex	
Couleur :	jaune	
Forme :	parallépipède rectangle	
Longueur :	12,5 mm	
Largeur :	8,4 mm	
Épaisseur :	4,3 mm	
Zone de séparation :	oui	
Poids :	430 mg	
Teneur en 4-CMA :	inconnue	

La 4-CMA est une phénéthylamine dérivée de l'amphétamine, découverte dans les années 70 et expérimentée dans le cadre de recherches sur de nouveaux antidépresseurs, qui ont été suspendues en raison de l'induction d'**effets neurotoxiques**. Ses effets psychoactifs sont peu documentés, mais ils pourraient être plus puissants que ceux de la MDMA, et de plus longue durée, en raison du profil pharmacologique de la molécule.

La consommation de cette molécule est susceptible de provoquer un **syndrome sérotoninergique** et plus particulièrement une **hyperthermie sévère**, au même titre que la MDMA et la PMMA, en cas de forte dose ou de consommation combinée avec d'autres produits ayant une action sur le système sérotoninergique.

Cette substance ne fait pas encore l'objet d'une interdiction dans le cadre de la loi belge sur les stupéfiants. Bien qu'aucune intoxication ni décès n'a actuellement été rapporté, il est préférable de ne pas consommer des pilules de ce type en raison de la toxicité de la 4-CMA et du fait que le dosage de l'échantillon n'est pas connu.

Plus généralement, dans la mesure où les **logos et couleurs changent constamment**, il est vivement conseillé de se montrer très prudent lors de la consommation de pilules d'ecstasy, en raison de la circulation fréquente de pilules hautement dosées en MDMA ou contenant d'autres substances telles que la 4-CMA et la PMMA.

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 peuvent vous aider en cas de problème.**
3. **Si vous décidez de consommer une pilule, commencez si possible par un quart de pilule et attendez +/- une heure pour en apprécier l'effet ! De même si vous avez acheté un liquide, n'en consommez qu'une faible quantité et attendez les effets.**
4. **Si après une autre heure, vous ne sentez toujours pas les effets de la pilule, patientez avant d'augmenter la dose, car certaines substances actives se manifestent avec un effet retard. De plus, certaines pilules vendues comme de l'XTC peuvent contenir une autre substance active en quantité dangereuse (par exemple de la PMMA, du 4-FMP, de la 4-CMA). 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.
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, amphétamines ...). Et dans le cas de consommation avec des dépresseurs (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.
- Batallan, A., Faucher, P., Poncelet, C., Demaria, F., Benifla, J. L., & Madelenat, P. (2003). La transmission materno-foetale du virus de l'hépatite C : actualités sur l'intérêt de la césarienne. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 31, 964-968.
- Bayoumi, A.M., & Zaric, G.S. (2008). The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Canadian Medical Association Journal*, 179, 1143-1151.
- 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.
- Binswanger, I. A., Nowels, C., Corsi, K. F., Long, J., Booth, R. E. et al. (2011). "From the prison door right to the sidewalk, everything went downhill," a qualitative study of the health experiences of recently released inmates. *International Journal of Law and Psychiatry* 34, 249-55.
- Blanckaert, 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.
- Boucher, F., & Painchaud, L. (1997). La transmission verticale du virus de l'hépatite C : Les connaissances et les enjeux actuels. *Paediatrics and Child Health*, 2, 227-237.
- 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.
- CESW (2016). Avis A.1278. Relatif à l'avant-projet de décret relatif au Fonds régional de cohésion sociale.
- Cid, J. (2009). Is imprisonment criminogenic ? A comparative study of recidivism rates between prison and suspended prison sanctions. *European Journal of Criminology*, 6, 459-480.

- Cellule Générale de Politique Drogues (2016). *Monitoring des dépenses publiques en matière de drogues. Exercices 2012 et 2013*. Bruxelles.
- 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.
- Coppel, A. & Doubre, O. (2012). *Drogues : sortir de l'impasse. Expérimenter des alternatives à la prohibition*. Paris : La Découverte.
- 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.
- De Beauvoir, S. (1949). *Le Deuxième Sexe*. Paris : Gallimard.
- 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.
- 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.
- Demarest, S. (2015). Accessibilité financière aux soins de santé, in S. Drieskens & L. Gisle (eds.). *Enquête de sante 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux*. Bruxelles : WIV-ISP.
- Denis, B., Dedobbeleer, M., Benabderrazik, A., Bizimungu, D.G., & Sciera, V. (2009). Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus. *Santé Conjugée*, 47, 7-12.
- De Wree, E., Pauwels, L., Coman, C. & De Ruyver, B. (2009). Alternative sanctions for drug users: fruitless efforts or miracle solution ? *Crime, Law and Social Change*, 52, 513-525.
- 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, 2002. *Time trends and incidence of problem drug use*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2012). *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2015). *Alternatives to punishment for drug-using offenders*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA, (2016). *Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA. (2004). *Co-morbidity (selected issue)*. Dans *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 ST, Foshee VA, Bauman KE, et al. (2008). The social ecology of adolescent alcohol misuse. *Child Development*, 79, 1777-1791.
- Enns, E.A., Zaric, G.S., Strike, C.J., Jairam, J.A., Kolla, G. & Bayoumi, A.M. (2015). Potential cost-effectiveness of supervised injection facilities in Toronto and Ottawa, Canada. *Addiction*, 111, 475-489.
- Escohotado, A. (1995). *Histoire élémentaire des drogues : Des origines à nos jours*. Paris : Éditions du Léopard.
- 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 (2016). *Registre belge de la tuberculose 2014*. Bruxelles : Fonds des Affections Respiratoires asbl.
- Farrell, M. & Marsden, J. (2008). Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction*, 103, 251-255.

- Favresse, D., de Smet, P., & Godin, I. (2013). *La santé des élèves de l'enseignement secondaire. Résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles* (Partie II). Bruxelles : Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES).
- Favresse, D. (2012). Regard d'usagers sur le testing des nouvelles drogues de synthèse. *Prospective Jeunesse : Drogues, Santé et Prévention*, 62, 9-16.
- FEDITO BXL (2016). *L'Académie Royale de Médecine favorable aux SCMR et à la DAM*, 22 février. Url : <http://feditobxl.be/fr/2016/02/lacademie-royale-de-medecine-favorable-aux-scmr-et-a-la-dam/>
- 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.
- Frère, P., Collin, J., & Hogge, M. (2011). *Évaluation de l'accessibilité à la pochette Stérifix en province de Namur : Enquête menée auprès des pharmaciens d'officine et des usagers de drogues par injection*. Namur : Coordination Provinciale Sida-Assuétudes.
- 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 L. Gisle & S. Demarest (éds.). *Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie*. Bruxelles : WIV-ISP.
- Ghosn, J., Leruez-Ville, M., & Choix, M.L. (2005). Transmission sexuelle du virus de l'hépatite C. *La Presse Médicale*, 34, 1034-1038.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les Usages Sociaux des Handicaps*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- 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.
- Hans, S.L. (1999). Demographic and psychosocial characteristics of substance-abusing pregnant women. *Clin Perinatol*, 26, 55-74.
- 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.
- Henrichson, C. (2015). *The Price of Jails: Measuring the Taxpayer Cost of Local Incarceration*. New York: VERA Institute of Justice.
- Hoffman, A. (2008). L'accompagnement des usagers de drogues par les médecins généralistes, quinze ans après ... *Santé conjugquée*, octobre, n°46.
- Hogge, M., et Walewyns, E. (2016). *Consommation d'alcool en milieu étudiant bruxellois : un projet de réduction des risques*. Bruxelles : Modus Vivendi.
- Hogge, M. (2014a). Euphorisant légaux et nouvelles drogues de synthèse : enjeux et risques sanitaires. *Psychotropes*, 20, 81-100.
- Hogge, M. (2014b). *L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2013-2014*. Bruxelles : Eurotox asbl.
- IDPC (2016a). *Diplomacy or denialism ? The language that the UNGASS Outcome Document overlooked*, 16 avril. Url : <http://idpc.net/media/press-releases/2016/04/diplomacy-or-denialism-the-language-that-the-ungass-outcome-document-overlooked>
- IDPC (2016b). *The United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on the World Drug Problem. Report of Proceedings*, Septembre.

- 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.
- Jelsma, M. (2016). *UNGASS 2016: Watershed event or wasted opportunity ? Drug policy changes collide with UN bureaucracy*, 12 avril. Url: <http://www.undrugcontrol.info/en/weblog/item/6848-ungass-2016-watershed-event-or-wasted-opportunity>
- 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.
- 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.
- Ketterer, F. et al. (2014). What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse ? A qualitative study based on the I-Change Model. *BMC Family Practice*, 15:119.
- Kleinbaum, D., Kupper, L. & Morgensten, H. (1982). *Epidemiologic Research, Principles and Quantitative Methods*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Kringos, D.S., Boerma, W.G., Van Der Zee, J. & Groenwegen, P.P. (2013). Europe's strong primary systems are linked to better population health, but also to higher health spending. *Health Affairs*, 32, 686-694.
- Lacroix, S. & Denis, D. (2004). Rôle du médecin généraliste dans les problématiques de toxicomanie. *Education du Patient et Enjeux de Santé*, vol. 22, n°1.
- 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.
- 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.
- Mazerolle, L., Soole, D.W & Rombouts, S. (2007). Street-level drug law enforcement: A meta-analytic review. *Campbell Collaboration*.
- 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.
- Metsch, L.R. & Pollack, H.A. (2005). Welfare reform and substance abuse. *Milbank Q*, 83, 65-99.
- 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.

- Mistiaen, P., Kohn, L., Mambourg, F., Ketterer, F., Tiedtke, C., Lambrechts, M.C., Godderis, L., Vanmeerbeek, M., Eyssen, M., Paulus, D. (2015). *Reduction of the treatment gap for problematic alcohol use in Belgium*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Modus Vivendi (2016). *Rapport d'activités 2015 dans les domaines de la prévention du VIH/SIDA, de la toxicomanie et de la réduction de risques liés à l'usage de drogues*. Bruxelles : Modus Vivendi.
- Mueser, K.M., Drake, R.E., & Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23, 717-734.
- Nuytens, N., Focant, F., & Casteels Y. (2012). *Analyse statistique des accidents de la route 2010*. Bruxelles : Institut Belge pour la Sécurité Routière - Centre de connaissances.
- OEDT (2016). *Rapport européen sur les drogues 2015 - Tendances et évolutions*. Luxembourg : Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies.
- OIP (2013). *Notice 2013 de l'état du système carcéral belge*. Bruxelles : Observatoire International des prisons (section belge).
- OMS, Bureau régional de l'Europe (2007). *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- OMS, Bureau régional de l'Europe (2013). *Health 2020 : Un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- OMS (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms*, Genève : OMS.
- 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.
- 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. Bruxelles : WIV-ISP.
- 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.
- Prochaska, J.O. & Diclemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*, 19, 276-287.
- 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). Etude 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. (2016). *Epidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2015*. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique.
- Simon, O. (2003). Le double diagnostic manqué et ses conséquences thérapeutiques. *Primary Care*, 3, 60-61.
- Smith, P., Gendreau, P. & Goggin, C. (2002). *The effects of prison sentences and intermediate sanctions on recidivism: General effects and individual differences*. Ottawa: Solicitor General Canada.
- 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.
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., & Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: Evidence for effective interventions. *The Lancet*, 379, 71-83.
- Strathdee, S.A., & Vlahov, D. (2001). The effectiveness of needle exchange programs: A review of the science and policy, *AIDS Science*, 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/SSAM/fr/node/841>.
- 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 Solidaris*, 18 février. Url : <http://www.solidaris.be/MonsWP/Pages/Accessibilite-financiere-soins-de-sante.aspx>
- 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 (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
- UVCW (2016). *Avant-projet relatif au Fonds régional de cohésion sociale de l'UVCW*. Url : <http://www.uvcw.be/actualites/2,129,1,0,6476.htm>
- 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.

- Vander Laenen, F (2012). *Thanks to economics: Making the case for an integrated and balanced alcohol and drug policy*. Paper presented at International Society for the Study of Drug Policy, Canterbury, UK, 30-31 mai.
- Vander Laenen, F., De Ruyver, B., Christiaens, J., & Lievens, D. (2011). *Drugs in cijfers III, Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugbeleid in België*. Gent: Academia Press.
- Van der Linden, T., Legrand, S.-A., Silverans, P., Verstraete, A. (2011). *Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in general traffic. Part II: Country Report*. Country Report Belgium, DRUID.
- Van der Linden, G., Antoine, J., Blanckaert, P., van Busse, 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. (2016). Communication personnelle. Bruxelles : Projet lama.
- 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.
- Vanmeerbeek, M., Remmen, R., Van Casteren, V., et al. (2015). Up to Date: use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DATA retrieVal: résumé. Bruxelles: Politique scientifique fédérale (Belspo).
- Värnik, A., Kölves, 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.
- 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 (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Luxembourg: World Health Organization.
- WHO (2000). *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. Luxembourg: World Health Organization.
- Wilson, D.P., Donald, B., Shattock, A.J., Wilson, D & Fraser-Hurt, N. (2015). The cost-effectiveness of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 26, S5-S11.
- Wicki, M., Kuntsche, E., & Gmel, G. (2010). Drinking at European universities ? A review of students' alcohol use. *Addictive Behaviors*, 35, 913-924.
- Wittouck, C., Dekkers, A., Vanderplasschen, W., De Ruyver, B. & Vander Laenen, F. (2015b). *Etude des résultats et de la récurrence de la chambre pour le traitement des dossiers drogue de Gand. Conclusions et recommandations*. Bruxelles : Politique scientifique fédérale.
- 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.
- Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U. & Hassen, C. (2003). Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*, 33, 663-688.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1 :	Budget annuel par autorité publique des dépenses publiques en matière d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychoactives (2012-2013)	16
Tableau 2 :	Prévalence de l'usage de cannabis et des autres drogues en Wallonie, par âge et par sexe, 2013	67
Tableau 3 :	Prévalence de l'usage de cannabis et des autres drogues illicites en Région bruxelloise, par âge et par sexe, 2013	68
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 Wallonie, par sexe et par tranche d'âge, 2013	71
Tableau 5 :	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 à Bruxelles, par sexe et par tranche d'âge, 2013	73
Tableau 6 :	Distribution des quantités consommées par les étudiants bruxellois, par sexe et par période de consommation, 2015	76
Tableau 7 :	Types de consommation excessive en fonction des caractéristiques sociodémographiques des étudiants bruxellois, 2015	77
Tableau 8 :	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	79
Tableau 9 :	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	80
Tableau 10 :	Prévalence de la consommation de legal highs chez les belges et européens âgés de 15 à 24 ans. Flash Eurobaromètre 2014	82
Tableau 11 :	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 en Wallonie, 2015	86
Tableau 12 :	Profil des patients ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés en Wallonie, 2015	88
Tableau 13 :	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 en Wallonie, 2015	89
Tableau 14 :	Profil des patients primo-demandeurs ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés en Wallonie, 2015	91
Tableau 15 :	Évolution de la récolte des demandes de traitement en Wallonie, 2011-2015	92
Tableau 16 :	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 en Région bruxelloise, 2015	93
Tableau 17 :	Profil des patients ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés de la Région bruxelloise, 2015	94
Tableau 18 :	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 de la Région bruxelloise, 2015	96

Tableau 19 :	Profil des patients primo-demandeurs ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés de la Région bruxelloise, 2015	98
Tableau 20 :	Évolution de la récolte des demandes de traitement en Région bruxelloise, 2011-2015	99
Tableau 21 :	Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes en traitement de substitution aux opiacés en Wallonie, 2015	101
Tableau 22 :	Évolution du nombre de patients ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés en Wallonie, 2011-2015	102
Tableau 23 :	Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes en traitement de substitution aux opiacés en Région bruxelloise, 2015	102
Tableau 24 :	Évolution du nombre de patients de 15 ans et + ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés à Bruxelles, 2011-2015	102
Tableau 25 :	Patients présentant au moins un facteur favorisant le développement de la tuberculose en Wallonie et en Région bruxelloise, 2014	108
Tableau 26 :	Prévalence des doubles diagnostics lors des séjours dans les services psychiatriques de la Wallonie, selon le type de diagnostic, 2005-2013	111
Tableau 27 :	Prévalence des doubles diagnostics lors des séjours dans les services psychiatriques de la Région bruxelloise, selon le type de diagnostic, 2005-2013	112
Tableau 28 :	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 2008-2014	114
Tableau 29 :	Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Wallonie, 2005-2013	115
Tableau 30 :	Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Wallonie, par types de conducteurs, 2013	115
Tableau 31 :	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, 2005-2013	116
Tableau 32 :	Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Région bruxelloise, 2005-2013	116
Tableau 33 :	Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Région bruxelloise, par types de conducteurs, 2013	117
Tableau 34 :	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 Région bruxelloise, 2005-2013	117
Tableau 35 :	Décès directement liés à l'usage de drogues et d'alcool en Wallonie, par âge et par sexe, 2013	119
Tableau 36 :	Décès directement liés à l'usage de drogues, de médicaments psychotropes et d'alcool parmi la population bruxelloise, par âge et par sexe, 2014	120
Tableau 37 :	Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national et par région sur la période 2002-2015	122
Tableau 38 :	Types d'infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national et régional en 2015	123
Tableau 39 :	Nombre d'infractions par type de faits et type de drogues enregistrées au niveau régional en 2015	124
Tableau 40 :	Détection de drogues dans les prélèvements de sang faisant suite à un test salivaire positif en Belgique, 2011-2015	125
Tableau 41 :	Conduite sous influence d'alcool chez les automobilistes en Belgique, 2015	126
Tableau 42 :	Nombre de saisies opérées en Belgique, Police Fédérale Belge, 2007-2015	127
Tableau 43 :	Quantité saisies opérées en Belgique, Police Fédérale Belge, 2007-2015	127

Tableau 44 :	Évolution du prix moyen en euros des drogues en Belgique (prix estimés à partir des saisies policières), Police Fédérale Belge, 2003- 2015	128
Tableau 45 :	Évolution du prix des drogues en rue en FWB, Eurotox, 2005-2015	130
Tableau 46 :	Produits de coupe dans les échantillons de poudre saisis en 2013-2015	135
Tableau 47 :	Nombre d'appels adressés au Centre Antipoisons, Belgique, 2015	138
Tableau 48 :	Produits consommés en sortie par les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Wallonie, 2013-2015	140
Tableau 49 :	Polyconsommation au cours de l'événement chez les consommateurs d'au moins un produit hors tabac (N=1512), Wallonie, 2013-2015	141
Tableau 50 :	Modes de consommation à risque chez les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Wallonie, 2013-2015	141
Tableau 51 :	Produits consommés en sortie par les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Région bruxelloise, 2013-2015	142
Tableau 52 :	Polyconsommation au cours de l'événement chez les consommateurs d'au moins un produit hors tabac (N=727), Région bruxelloise, 2013-2015	142
Tableau 53 :	Modes de consommation à risque chez les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Région bruxelloise, 2013-2015	143
Tableau 54 :	Profil de consommation au cours du dernier mois des usagers de rue (N=1931), Wallonie, 2009-2015	144
Tableau 55 :	Usage de drogues par injection parmi les usagers de rue (N=1931), Wallonie, 2009-2015	144
Tableau 56 :	Profil démographique des UDI et des non-UDI rencontrés en rue lors des opérations boule-de-neige, Wallonie, 2009-2015	145
Tableau 57 :	Profil de consommation au cours du dernier mois des usagers de rue (N=538), Région bruxelloise, 2009-2015	146
Tableau 58 :	Usage de drogues par injection parmi les usagers de rue (N=538), Région bruxelloise, 2009-2015	146
Tableau 59 :	Profil démographique des UDI et des non-UDI rencontrés en rue lors des opérations boule-de-neige (N=538), Région bruxelloise, 2009-2015	147
Tableau 60 :	Description du DAMSI en Wallonie et en Région bruxelloise, 2015	149
Tableau 61 :	Les messages d'alertes précoces et d'information diffusés par Eurotox en 2015	160

FIGURES

Figure 1 :	Répartition des dépenses publiques en matière d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychoactives entre les piliers (2008)	16
Figure 2 :	Répartition des dépenses publiques en matière d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychoactives entre les piliers (moyenne sur la période 2012-2013)	16
Figure 3 :	Le dispositif organisationnel de la promotion de la santé de la COCOF	30
Figure 4 :	Organigramme de l'AViQ	37
Figure 5 :	Les coûts directs selon le type de substance (2012)	53
Figure 6 :	Les coûts indirects selon le type de substance (2012)	54
Figure 7 :	Les coûts intangibles selon le type de substance (2012)	54
Figure 8 :	Évolution de l'usage de cannabis et des autres drogues en Wallonie, 2001-2013	67
Figure 9 :	Évolution de l'usage de cannabis et des autres drogues illicites en Région bruxelloise, 2001-2013	69
Figure 10 :	Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du binge drinking et de l'usage problématique d'alcool en Wallonie, 1997-2013	72
Figure 11 :	Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du binge drinking et de l'usage problématique d'alcool à Bruxelles, 1997-2013	74
Figure 12 :	Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH : 1985-2015	105
Figure 13 :	Évolution du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH probablement liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse, Wallonie et Région bruxelloise, 2006-2015	105
Figure 14 :	Évolution des pourcentages de cas de tuberculose en lien avec l'alcoolisme chronique ou l'injection de drogues en Wallonie et en Région bruxelloise, 2006-2014	108
Figure 15 :	Nombre de séjours clôturés dans les services de prise en charge psychiatrique en fonction du type d'usage problématique (Wallonie, 2005-2013)	110
Figure 16 :	Nombre de séjours clôturés dans les services de prise en charge psychiatrique en fonction du type d'usage problématique (Région bruxelloise, 2005-2013)	112
Figure 17 :	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	119
Figure 18 :	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	121
Figure 19 :	Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées pour 100.000 habitants au niveau national et par région sur la période 2000-2015	123
Figure 20 :	Pourcentage de conducteurs positifs au test d'haleine de détection d'alcool au volant, 2003-2015	126
Figure 21 :	Concentration (% ou mg) en principe actif des échantillons de drogues analysés en Belgique, 2002-2015	133
Figure 22 :	Produits évoqués lors des contacts téléphoniques avec Infor-Drogues, 2015	137
Figure 23 :	Évolution du nombre de seringues distribuées et récupérées dans les comptoirs d'échange de seringues en Wallonie, 2007-2015	150
Figure 24 :	Évolution du nombre de seringues distribuées et récupérées dans les comptoirs d'échange de seringues en Région bruxelloise, 2007-2015	150
Figure 25 :	Flux d'information au sein du système d'alerte précoce belge	154
Figure 26 :	Nombre de NDS détectées en Belgique et en Europe de 2005 à 2015	155
Figure 27 :	Composition des produits analysés par GC-MS en 2015 dans le cadre du service de testing	158
Figure 28 :	Nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox de 2005 à 2015	159



**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