European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Rapport national belge sur les drogues 2014 (Données 2013)

Tendances et évolutions

Institut scientifique de Santé Publique (WIV-ISP)
Direction Opérationelle Santé Publique et Surveillance
Service enquêtes, mode de vie et maladies chroniques
Programme Drogues
Rue Juliette Wytsman, 14 | 1050 Bruxelles | Belgique

Santé Publique & Surveillance | Novembre 2014 | Bruxelles, Belgique

Editeurs:

Lies Gremeaux

Els Plettinckx

Auteurs:

Observatoire belge des drogues et des toxicomanies (BMCDDA) – Programme Drogues

Jerome Antoine

Peter Blanckaert

Karin De Ridder

Lies Gremeaux

Els Plettinckx

Experts Externes :

Lucia Casero

Fred Laudens

Freya Vander Laenen

Prière d'utiliser la référence suivante:

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.

Traduction: Tradas language solutions

Contact :

E-mail: bmcdda@wiv-isp.be

Site web: www.wiv-isp.be

© WIV-ISP

Éditeur responsable: Dr. Johan Peeters

Dépôt légal ou ISSN: D/2015/2505/07

Conseil d'administration de l'EMCDDA

M. **Claude GILLARD**, Conseiller légal. Chef de département Droit pénal, Direction générale Législation, Libertés et Droits fondamentaux

M. **Vladimir MARTENS**, Directeur Général Adjoint f.f., Administration de la Communauté Française

Comité scientifique de l'EMCDDA

Prof. Dr. **Brice DE RUYVER**, Professeur ordinaire, Institut pour la recherche internationale en politique criminelle (IRCP), Université de Gand

Ministres impliqués dans une politique globale et intégrée en matière de drogues en Belgique 2013-2014

Pour le Gouvernement Fédéral:

M. **Elio DI RUPO**, Premier Ministre.

Mme. **Laurette ONKELINX**, Vice-première Ministre et Ministres des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.

Mme. **Joelle MILQUET,** Vice-première Ministre et Ministre de l'Intérieur et de l'Égalité des Chances.

M. **Didier REYNDERS,** Vice-premier Ministre et Ministre des Affaires étrangères, du Commerce extérieur et des Affaires européennes.

M. **Steven VANACKERE**, Vice-premier Ministre et Ministre des Finances et du Développement durable.

M. **Vincent VAN QUICKENBORNE**, Vice-premier Ministre et Ministre des Pensions.

M. **Johan VANDE LANOTTE**, Vice-premier Ministre et Ministre de l'Économie, des Consommateurs et de la Mer du Nord.

Mme. **Sabine LARUELLE**, Ministre des Classes moyennes, des Petites et moyennes entreprises, des Indépendants et de l'Agriculture.

M. **Pieter DE CREM**, Ministre de la Défense.

M. **Paul MAGNETTE**, Ministre des Entreprises publiques et de la Coopération au développement en charge des grandes villes.

Mme. **Annemie TURTELBOOM**, Ministre de la Justice.

M. **Olivier CHASTEL**, Ministre du Budget et de la Simplification administrative

Mme. **Monica DE CONINCK**, Ministre de l'Emploi et du Travail.

M. **Philippe COURARD**, Secrétaire d'État aux Affaires sociales, aux Familles et aux Personnes handicapées, chargé des Risques professionnels.

M. **Melchior WATHELET,** Secrétaire d'État à l'Environnement, à l'Énergie et à la Mobilité.

M. **Servais VERHERSTRAETEN,** Secrétaire d'État aux Réformes institutionnelles, à la Régie des bâtiments et au Développement durable.

Mme. **Maggie DE BLOCK,** Secrétaire d'État à l'Asile, à l'Immigration, à la lutte contre la Pauvreté et à l'Intégration sociale

M. **Hendrik BOGAERT,** Secrétaire d'État à la Fonction publique et à la Modernisation des services publics.

M. **John COMBREZ**, Secrétaire d'État à la Lutte contre la fraude sociale et fiscale.

Pour la Région Wallonne:

M. **Paul FURLAN,** Ministre des autorités locales, des villes et du tourisme.

Mme. **Eliane TILLIEUX**, Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances.

Pour la Fédération Wallonie-Bruxelles:

Mme. **Fadila LAANAN**, Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des Chances.

Pour la Communauté Flamande et la Région Flamande:

M. **Jo VANDEURZEN**, Ministre du bien-être, de la santé publique et de la famille.

Pour la Communauté Française

Mme. **Eliane Tillieux**, Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances.

Pour la Communauté Germanophone:

M. **Harald MOLLERS,** Ministre de la famille, de la santé publique et des affaires sociales.

Pour la Commission Communautaire Commune:

Mme. **Céline Fremault**, Ministre-Membre du Collège réuni de la COCOM, chargée de la Politique de la Santé et de la Fonction publique

M. **Guy Vanhengel**, Ministre-Membre du Collège réuni de la COCOM, chargé de la Politique de la Santé, des Finances, du Budget et des Relations extérieures.

Pour la Commission Communautaire Française:

Mme. **Céline Fremault**, Ministre-membre du Collège de la COCOF, chargée de la Fonction publique, de la Politique de la Santé et de la Formation professionnelle des Classes moyennes

Table des matières

Résumé I
Chapitre 1. Politique des drogues : législation, stratégies et analyse économique 1
1. Introduction 1
2. Cadre légal 3
2.1. Adaptation de la loi belge du 24 février 1921 sur les stupéfiants 3
3. Plan d'action national, stratégie, évaluation et coordination 5
3.1. Plan d'action national et/ou stratégie 5
3.2. Évaluation de la politique fédérale en matière de drogues 7
3.3. Modalités de la coordination 11
4. Défis et opportunités 16
Chapitre 2. Usage de drogues en population générale et au sein de groupes spécifiques 21
1. Introduction 21
2. Usage de drogues dans la population générale 22
3. Usage de drogues en milieu scolaire et au sein de la population jeune 23
3.1. Usage de drogues au sein des élèves de l'enseignement secondaire belge 23
3.2. Usage de drogues chez les étudiants des universités et des hautes écoles flamandes 26
3.3. Étude européenne sur les jeunes et la drogue 29
4. Usage de drogues parmi des groupes et/ou des contextes spécifiques au niveau national et local 31
4.1. Usage de drogues dans les milieux récréatifs en Belgique 31
5. Conclusion 33
Chapitre 3. Prévention 37
1. Introduction 37
2. Prévention universelle 40
2.1. Milieu scolaire 40
2.2. Famille 44
2.3. Communauté 45
3. Prévention sélective parmi les groupes à risque et dans les milieux à risques 49

3.1. Groupes à risque 49
3.2. Familles à risques 52
3.3. Milieux récréatifs 54
4. Prévention indiquée 57
4.1. Dépistage et intervention ponctuelle 57
4.2. L'intervention précoce 58
4.3. Soins auto-administrés et auto-assistance 59
5. Campagnes de médias nationales et locales 60
6. Conclusion 61
Chapitre 4. Usager de drogues à hauts risques 63
1. Introduction 63
2. Prévalence des usages à hauts risques de drogues (HRDU) et tendances 64
2.1. Estimation de la prévalence des HRDU 64
2.2. Tendances observées 69
3. Caractéristiques des usagers de drogues à hauts risques 69
3.1. Les usagers de drogues par voie intraveineuse en contact avec les programmes d'échange de seringues en Communauté flamande 69
3.2. Usagers de drogues recrutés en rue en Communauté française 71
4. Conclusion 72
Chapitre 5. Prise en charge de l'usage de drogues : demande et offre de soins 75
1. Introduction 75
2. Prise en charge de l'usage de drogues en Belgique 76
2.1. Politiques et coordination 76
2.2. Organisation et disponibilité de la prise en charge de l'usage de drogues 77
2.3. Données des demandes de traitement 81
2.4. Modalités de traitement 83
2.5. Assurance qualité des services de traitement de l'usage de drogues 85
3. Tendances 85
4. Nouvelles évolutions 88
4.1. Consommation problématique de cannabis chez les adolescents en difficulté – Le projet INCANT 88
4.2. Traitement assisté par diacétylmorphine – le projet TADAM 88

4.3. Analyse et optimisation du traitement de substitution – Le projet SUBANOP 89
5. Conclusion 89
Chapitre 6. Conséquences sanitaires 91
1. Introduction 91
2. Maladies infectieuses liées à la drogue 91
2.1. VIH/SIDA et hépatite virale 91
2.2. Syphilis et tuberculose 95
2.3. Données comportementales 96
3. Autres conséquences sanitaires liées à la drogue 99
3.1. Overdoses non mortelles et cas d'urgences liées à l'usage des drogues 99
3.2. Autres sujets d'intérêt 100
4. Décès induits par l'usage de drogues et mortalité des usagers de drogues. 102
4.1. Décès induits par l'usage de drogues dans la population générale 102
4.2. Décès induits par l'usage de drogue recensés par le système belge d'alertes précoces sur les drogues 103
5. Conclusion 104
Chapitre 7. Réponses aux problèmes sanitaires liés à l'usage de drogues 106
1. Introduction 106
2. Prévention des urgences sanitaires et réduction des décès liés à l'usage de drogues 107
2.1. Prévention des urgences sanitaires liées à l'usage de drogues par le biais des services de soins de crise 107
2.2. Prévention et réduction des overdoses non fatales et des décès liés à la drogue 109
3. Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à la consommation de drogue 112
3.1. Programmes d'échange de seringues 112
3.2. Traitement de l'infection par virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogues injectables 115
3.3. Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à la consommation de drogue en prison 117
4. Conclusion 117
Chapitre 8. Conséquences sociales et réinsertion sociale 120
1. Introduction 120

2. Exclusion sociale et usage de drogues 121
2.1. Exclusion sociale chez les usagers de drogues 121
2.2. Usage de drogues parmi les groupes socialement marginalisés 123
3. Réinsertion sociale 124
3.1. Hébergement 125
3.2. Éducation et formation 127
3.3. Emploi 128
3.4. Loisirs 129
4. Conclusion 129
Chapitre 9. Criminalité liée à l'usage de drogues, prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues et prison 131
1. Introduction 131
2. Criminalité liée à l'usage de drogues 132
2.1. Infractions à la législation en matière de drogues 132
2.2. Autres infractions liées à l'usage de drogues 135
3. Prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues 136
4. Interventions dans le système pénal 138
4.1. Peines de substitutions aux peines d'emprisonnement 138
4.2. Autres interventions dans le système pénal 141
5. Réponses aux problèmes sanitaires liées à la drogue dans les prisons 144
5.1. Prise en charge de l'usage de drogues 145
5.2. Prévention et réduction des dommages liés à la consommation de stupéfiants 147
5.3. Prévention, traitement et prise en charge des maladies infectieuses 148
5.4. Prévention du risque d'overdose 148
6. Réinsertion des usagers de drogues après leur sortie de prison 149
6.1. Services sociaux pour les consommateurs de drogue en prison 149
6.2. Point de contact central 149
7. Conclusion 150
Chapitre 10. Marchés des drogues 152
1. Introduction 152
2. Approvisionnement intérieur et extérieur 152
2.1. Provenance des drogues : production nationale versus production importée 152

2.2. Modalités de trafic, flux nationaux et internationaux, routes du trafic, modi operandi et organisation du marché domestique des drogues 153
3. Saisies 155
3.1. Saisies de drogues illicites : quantités et nombre 156
3.2. Quantités et nombre de saisies de précurseurs chimiques utilisés dans la production de drogues illicites 160
3.3. Nombre de sites de production de drogue démantelés, description des méthodes de production et type précis des drogues produites 161
4. Prix/pureté 164
4.1. Prix au détail et prix de gros des drogues illicites 164
4.2. Pureté/teneur des drogues illicites 170
4.3. Composition des drogues illicites et des comprimés de drogues 173
5. Conclusion 177
Auteurs 180
Bibliographie 182
Liste alphabétique des adresses internet intéressantes et des bases de données 195
Annexe 1: Liste des abbréviations 198
Annexe 2: Liste des tableaux 203
Annexe 3: Liste des figures 205
Annexe 4: Liste des références complètes des lois en langue originale 207

Résumé

Politique des drogues : législation, stratégies et analyse économique

Dans le cadre de l'élaboration d'une politique globale et intégrée en matière de drogues, la loi belge du 24 février 1921 sur les stupéfiants a été modifiée afin de répondre au défi du développement rapide de nouvelles substances psychoactives (NPS). Par ailleurs, les usagers de drogues sont identifiés comme l'un des groupes cibles du plan VIH national 2014-2019. La politique scientifique fédérale prend en charge, entre autres 1) le développement de guides spécifiques pour la prévention de l'usage de drogues et le traitement des enfants et des jeunes et 2) l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience de la Chambre de traitement de l'usage de drogues du tribunal de première instance de Gand qui impose des mesures probatoires prévoyant un programme de désintoxication. Par ailleurs, un groupe de travail ad hoc a été mis sur pied par la Cellule Générale de Politique Drogues (CGPD), comprenant divers experts actifs sur le terrain, afin de procéder à une évaluation globale de la Politique belge en matière de cannabis.

Usage de drogues en population générale et au sein de groupes spécifiques

L'usage de drogues au sein de populations spécifiques telles que les étudiants, les jeunes et les fêtards fait l'objet d'une description au chapitre 2. Étant donné que les études utilisent différents protocoles, les résultats sont distincts et ne sont pas toujours comparables. De manière générale, le cannabis reste la drogue la plus populaire. Cependant, une tendance à la baisse de la consommation de cannabis s'observe depuis 2006. La consommation de substances psychoactives autres que le cannabis était mentionnée par les usagers plus âgés et était beaucoup plus limitée. De manière générale, la consommation des NPS reste faible.

Prévention

La prévention de l'usage de drogues cible la population générale, les écoles, les familles, les groupes à risque et les fêtards. Comme le Gouvernement fédéral n'est pas responsable de la politique de prévention en matière de drogues, le chapitre 3 décrit les différentes initiatives de la Communauté flamande, de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Communauté germanophone. L'alcool et les substances illicites restent de loin les objectifs les plus courants des politiques de prévention des conduites addictives. La plupart des initiatives de prévention sont mises en œuvre pendant plusieurs années et sont prolongées chaque année. Cependant, un nouveau projet de prévention orienté vers les parents de minorités ethniques a commencé en 2013. Ce projet a pour objectif principal l'amélioration des compétences parentales relatives au tabac, à l'alcool et aux drogues.

Usager de drogues à hauts risques

Par usage de drogues à haut risque, l'EMCDDA entend « l'usage récurrent de drogues qui porte réellement préjudice à la personne ou expose la personne à une haute probabilité ou à un risque élevé de subir un tel préjudice ». Sur la base de la méthode du multiplicateur VIH, il a été estimé que 3,4 adultes sur 1 000 avaient consommé au moins une fois des drogues injectables en 2012. Cette estimation de la prévalence est stable depuis 2004. Le chapitre 4 se penche sur 1) l'estimation de l'usage de drogues injectables en Belgique, 2) les problèmes liés à l'usage de drogues parmi les étudiants de l'enseignement supérieur et 3) la polyconsommation de drogue et l'usage de drogues injectables chez les fêtards. Le résultat le plus inquiétant réside dans la mise en évidence du très jeune âge de la première injection : la moitié des usagers de drogues injectables ont commencé avant 21 ans et 15 % des participants avaient même moins de 15 ans. Au sein des usagers de drogues injectables actuels de la Communauté flamande et de la Fédération Wallonie-Bruxelles, les substances opiacées et la cocaïne étaient toujours les drogues injectables les plus courantes. La consommation simultanée de drogues sous forme de « cocktails » et l'injection de méthadone ont augmenté par rapport à 2012.

Prise en charge de l'usage de drogues : demande et offre de soins

En matière de diversité des établissements de soins, la Belgique présente différents types de programmes ambulatoires allant des initiatives à bas seuil d'accessibilité pour des personnes marginalisées à des centres de jour de soins de santé mentale généraux et spécialisés. Les programmes d'hospitalisation sont classés en programmes hospitaliers (psychiatriques ou généraux), centres de crise, davantage consacrés au sevrage, et centres résidentiels à long terme. De plus, différentes modalités de traitement sont dédiées à certains groupes d'usagers de drogues spécifiques comme les patients avec un double diagnostic et les situations d'urgence. En 2013, un total de 9 192 patients ont commencé un traitement en lien avec une consommation de substances illicites, les principales raisons invoquées étant, à parts égales, la consommation d'opiacés et la consommation de cannabis. Au cours des deux dernières années, l'on observe une forte augmentation de la proportion de patients qui commencent un traitement en raison d'un abus de cannabis et, en parallèle, une baisse du nombre de consommateurs d'opiacés. Les patients de ces différents groupes présentent des caractéristiques très différentes que ce soit au niveau socioéconomique et du comportement à risque lié à leur consommation. Le nombre de patients sous méthadone ou buprénorphine en Belgique est relativement stable en fonction du temps et l'on notera même une légère diminution de la proportion des traitements à base de méthadone. Enfin, ce chapitre examine également plusieurs projets pilote mis en œuvre

afin de formuler des recommandations sur le développent de traitements encore plus pointus.

Conséquences sanitaires

Les conséquences sanitaires de l'usage de drogues sont décrites au chapitre 6. Les maladies infectieuses les plus pertinentes, telles que le VIH, les hépatites B et C, la syphilis et la tuberculose, font l'objet de contrôles. La transmission de pathologies infectieuses est généralement liée à des comportements d'injection à risque. Sur la base de tests diagnostiques sérologiques de personnes en traitement qui se sont injecté au moins une fois des drogues et d'autres paramètres diagnostiques, la prévalence de ces maladies infectieuses semble se stabiliser au cours des dix dernières années. S'il est vrai que des programmes d'échange de seringues ont contribué à la réduction du nombre de personnes qui ont rapporté avoir partagé des aiguilles ou des seringues, il n'en reste pas moins que de nombreux usagers de drogues injectables partagent toujours d'autres équipements d'injection comme les cuillers, les filtres et l'eau. Cela pourrait expliquer pourquoi la prévalence de l'hépatite C n'a pas diminué. De plus, bien qu'elle ait été stable au cours des dernières années, la prévalence de la comorbidité psychiatrique au sein des consommateurs de substances illicites reste très courante. Enfin, l'on a observé une réduction des décès dus à la drogue en Belgique en 2010, spécialement en Région wallonne, une tendance qui s'inscrit en droite ligne d'autres pays européens.

Réponses aux problèmes sanitaires liés à l'usage de drogues

La Belgique dispose de plusieurs services de prise en charge des effets nocifs aigus de la drogue sur la santé et des préoccupations en matière de santé. En 2013, 916 patients ont été admis dans les centres d'intervention de crise dans le cadre des centres de traitement spécialisés dans l'usage de drogues. La plupart des patients qui ont connu une crise sont des polyconsommateurs réguliers de drogue. La consommation d'opiacés est la deuxième raison la plus souvent mentionnée. Par ailleurs, des comprimés d'ecstasy hautement dosés ont été signalés. En effet, les niveaux de MDMA dans les comprimés d'ecstasy ont quasiment doublé au cours des dernières années, induisant un risque accru, alarmant, de symptômes de toxicité, voire de décès. Par conséquent, les services de prévention de l'usage de drogues et de réduction des effets nocifs demeurent des approches déterminantes pour sensibiliser davantage le public aux compositions dangereuses des substances illicites et des nouvelles substances psychoactives (NPS). Le nombre de seringues récupérées par les programmes d'échange de seringues était stable, voire en légère régression. À la lumière de ces résultats, le pourcentage de personnes traitées pour des maladies infectieuses est resté faible chez les usagers de drogues injectables.

Conséquences sociales et réinsertion sociale

En Europe, de nombreux usagers problématiques de drogues présentent un certain nombre de besoins sociaux non satisfaits liés au logement, à l'éducation ou à l'emploi. La proportion de personnes très peu qualifiées et la proportion de chômeurs sont nettement plus élevées dans la population des usagers de drogues en traitement que dans la population générale. C'est la raison pour laquelle la réinsertion sociale est un aspect décisif du décrochage complet de l'usage de drogues.

La plupart des initiatives de réinsertion en Belgique visent à améliorer la situation du logement, étant donné qu'un usager de drogues en traitement sur dix est sans habitation stable. Les projets de logement comme « Housing First » visent à organiser des logements temporaires pour les (ex-)usagers de drogues sans subordonner l'accès au logement à des exigences de sobriété, de participation aux traitements et à d'autres barrières. Par ailleurs, la réinsertion sociale est soutenue par la création de nouvelles perspectives concernant l'emploi de ce groupe cible. Enfin, des activités de loisirs organisées et encadrées permettent de recréer des interactions et une trame sociales.

Criminalité liée à l'usage de drogues, prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues et prison

En se basant sur l'analyse de données utilisées à des fins répressives, la grande majorité des infractions à la législation en matière de drogues sont liées à la demande. On constate une prévalence accrue de consommation d'amphétamines en combinaison avec la cocaïne, le cannabis ou des substances opiacées chez les conducteurs. L'analyse des interventions dans le système pénal indique que les tribunaux prononcent davantage de peines liées aux stupéfiants et que les suspensions liées à l'usage de drogue diminuent légèrement. En outre, le nombre total de peines alternatives affiche une nouvelle baisse. Bien que les prisons soient confrontées à une surpopulation, on enregistre un nombre toujours croissant de détentions liées à la drogue au cours des dernières années. Pourtant, les soins de santé (la prise en charge spécialisée des usagers de drogues notamment) sont limités dans l'univers pénitencier et, de surcroît, la capacité des services de traitement de l'usage de drogues des prisons se réduit également en raison de la crise économique et des mesures d'austérité qui y sont associées.

Marchés des drogues

Bien que la Belgique soit un petit pays, il n'en demeure pas moins qu'elle joue un rôle déterminant comme pays producteur de cannabis et de drogues de synthèse (principalement amphétamines et MDMA). Au cours des deux dernières années, la Belgique a également commencé à jouer un rôle dans la production et la distribution des NPS. En

raison de la présence sur le territoire belge du vaste port d'Anvers et d'aéroports nationaux, la Belgique importe et exporte de la cocaïne. En 2013, les saisies de drogue ont augmenté tant en nombre qu'en quantité. Le nombre de laboratoires de production de drogues synthétiques démantelés a atteint un record historique. C'est la première fois que des quantités considérables de méthamphétamine ont été saisies (38kg contre 3kg en 2012). En raison de la haute disponibilité et de la haute capacité de production de drogue, les prix de la drogue en Belgique tendent à être inférieurs aux prix dans les autres États membres de l'UE. Cependant, les prix n'ont pas affiché de modification significative par rapport aux années précédentes. Une autre conséquence de cette capacité de production reste le haut degré de pureté et de qualité des drogues trouvées en Belgique. Ce constat est particulièrement vrai pour les comprimés d'ecstasy.

Chapitre 1. Politique des drogues : législation, stratégies et analyse économique

Plettinckx E., Blanckaert P. et Gremeaux L.

- *La loi du 7 février 2014 modifie la loi belge du 24 février 1921 sur les stupéfiants en définissant une classification générique pour contrôler les substances psychoactives, criminaliser les actes préparatoires et permettre la destruction instantanée des drogues et du matériel de production saisis.*
- *Le plan d'action national pour une stratégie intégrée en matière de lutte contre le VIH consiste en des actions claires liées à l'usage (intraveineux) de drogues. Ce plan pourrait déclencher le développement futur d'une stratégie intégrée comprenant les décideurs politiques, les professionnels et les patients concernés.*
- *De nouveaux guides de bonnes pratiques sont disponibles pour le dépistage, la prévention et le traitement des abus de substances illicites chez les enfants et les jeunes. Ils sont validés par le CEBAM, le Centre belge pour la médecine basée sur les preuves.*
- *En raison de la sixième réforme de l'État, qui prévoit le transfert d'importantes installations de prise en charge des usagers de drogues aux Communautés et Régions, le Fonds de lutte contre les assuétudes doit devenir un projet fédéré. L'Institut Scientifique de Santé Publique reste provisoirement responsable du projet TDI (indicateur de la demande de traitement) afin de garantir l'obtention de données nationales et européennes comparables.*

1. Introduction

La mise en œuvre de la Déclaration commune du 25 janvier 2010 de la Conférence Interministérielle Drogues (MB du 15 avril 2010) s'est poursuivie en 2013-2014. Ce déploiement s'est inscrit dans le prolongement des politiques internationales et européennes, et en étroite collaboration avec les institutions de terrain et les citoyens concernés. La Déclaration commune repose sur la note fédérale Drogues de 2001 qui constituait une politique globale et intégrée en matière de drogues en Belgique (MB du 15 avril 2010).

Cette note fédérale Drogues ciblait tout particulièrement les substances illicites. Cependant, la recrudescence des dépistages de nouvelles substances psychoactives (NPS) nécessitait une modification de la loi belge du 24 février 1921 sur les stupéfiants (section 2.1). Outre les substances illicites et les NPS, la politique belge des drogues se penche aussi sur la

consommation d'alcool. À la suite de l'appel lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) visant à réduire la consommation nocive d'alcool, ce sujet a fait l'objet de nombreuses attentions en Europe et en Belgique. Une déclaration commune des Ministres de la santé publique sur la politique belge en matière d'alcool a été approuvée en 2008. Cependant, la consommation nocive persistante d'alcool a nécessité un Plan d'Action National Alcool (PANA) 2014-2018. Un projet d'une approche plus globale, comprenant d'autres domaines que la santé publique, a été élaboré en 2013 (section 3.1.1). Cependant, ce PANA 2014-2018 a ensuite été rejeté. En 2013, la mise au point d'un plan d'action national 2014-2019 pour une stratégie intégrée de lutte contre le VIH (section 3.1.2) et les plans de sécurité et de prévention 2014-2017 (section 3.1.3) ont été finalisés.

La note fédérale Drogues a souligné l'importance à la fois de l'efficacité et de l'efficience du traitement de l'usage de drogues. En conséquence, le programme de recherche sur les drogues de BELSPO (politique scientifique fédérale belge) soutient chaque année le financement de plusieurs projets qui contribuent à l'évaluation de la politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique. En 2013, entre autres choses, deux études d'évaluation ont été finalisées (section 3.2.1). Le projet ADAPTE-YOUTH a abouti à la publication de guides synthétisant les bonnes pratiques en matière de dépistage, de prévention et de traitement des abus de substances illicites chez les enfants et les adolescents (Hannes et al., 2011). Un second projet a résulté en une évaluation qualitative des résultats de la Chambre de traitement de l'usage de drogues (CTU) du tribunal de première instance de Gand (dans le cadre de la recherche QUALECT) (Vander Laenen et al., 2013).

De même, un groupe de travail sur l'évaluation de la Politique belge en matière de cannabis a été mis sur pied à la demande de la Ministre de la Santé publique (section 3.2.2).

Étant donné que plusieurs SPF et institutions participent à l'organisation de la prise en charge des usagers de drogues en Belgique, différentes initiatives définies par la Déclaration commune du 25 janvier 2010 revêtent une grande importance pour la politique belge en matière de drogues. Au nombre de ces initiatives, deux sont spécifiquement épinglées, car elles stimulent et assurent le suivi de la prise en charge des usagers de drogues en Belgique (section 3.3). Dans un premier temps, le Fonds de lutte contre les assuétudes a été désigné pour financer des projets pilotes innovants afin d'encourager le développement d'une large palette d'institutions de traitement. Ensuite, un système d'enregistrement pour l'Indicateur de la demande de traitement (TDI) a été mis en œuvre en coopération avec les centres de soins en Belgique. Le TDI estime l'incidence des usagers de drogues en traitement en Belgique afin de permettre une adaptation du traitement aux besoins des clients. Ce registre TDI (examiné au chapitre 5) est actif dans tous les États

membres européens. La coordination finale des ajustements au registre TDI intervient au sein de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) afin d'assurer la comparabilité des données de traitement en Europe (EMCDDA, 2014).

Enfin, une réflexion est menée sur les défis et les opportunités sous-jacents aux évolutions mentionnées en matière de politique des drogues. À cette fin, une experte extérieure, le Prof. Dr Freya Vander Laenen de l'Institut de recherche international de police criminelle (IRCP) de l'université de Gand, a été invitée à couvrir la section 4.

2. Cadre légal

À l'instar des autres États membres de l'UE, les NPS – également connues sous le nom « legal highs » - deviennent petit à petit un véritable problème en Belgique. En 2013, pas moins de 81 NPS ont été rapportées en Belgique. Ces substances imitent les effets des substances contrôlées, mais ne sont toutefois pas contrôlées sur la scène internationale (ONUDC, 2013). La croissance rapide des NPS dépistées au cours des dernières années dépassent les capacités législatives actuelles. En conséquence, une adaptation de la législation en matière de drogue était nécessaire.

2.1. Adaptation de la loi belge du 24 février 1921 sur les stupéfiants

La loi du 7 février 2014 modifie la loi belge du 24 février 1921 sur les stupéfiants (MB du 10 mars 2014) et vise à améliorer l'efficience et la flexibilité de la loi concernant l'évolution rapide des NPS. Les Arrêtés Royaux du 31 décembre 1930 (MB du 10 janvier 1931) et du 22 janvier 1998 (MB du 14 janvier 1999), dérivés de la loi belge du 24 février 1921 sur les stupéfiants, fournissent une liste de substances contrôlées qui ne peuvent être consommées, produites, importées, exportées ou vendues que par le titulaire d'une licence. Le désavantage de cette approche réside dans le peu de marge d'action et de réaction possible à un événement, puisque toute modification de la législation, autrement dit l'ajout de substances à la liste, exige environ six mois. En l'espèce, les producteurs peuvent légèrement modifier la structure moléculaire de la substance afin de la soustraire à la législation. Afin d'anticiper ce problème, la loi du mois de février 2014 inclut une quadruple modification.

Premièrement, le législateur belge a choisi de prévoir la possibilité de contrôler certaines substances sur la base de leur structure chimique commune. En plus de la liste de substances contrôlées reconnues sur la scène internationale (ci-après dénommée dans le présent rapport « substances illégales ou illicites »), une définition générique pourrait couvrir presque tous les dérivés existants et futurs – même ceux qui sont encore inconnus aujourd'hui - des NPS. Cette définition est similaire aux lois en matière de drogues

analogues promulguées aux États-Unis, en Hongrie et au Royaume-Uni. À cette fin, une proposition de nouvel Arrêté Royal qui comprend une classification générique a été soumise. Plusieurs catégories de NPS sont définies, y compris des cannabinoïdes de synthèse, cathinones de synthèse, tryptamines, phénethylamines, pipérazines et une catégorie couvrant tous les dérivés du fentanyl, un opioïde. Cette proposition de loi reprend une "structure de base" pour chaque catégorie reprise.

Deuxièmement, le législateur belge a décidé de criminaliser les actes préparatoires. Des mesures fermes sont prises contre les actes préparatoires de production et de trafic de drogue illégale, c'est-à-dire le matériel et les techniques utilisés. Par le passé, il n'était pas toujours possible de poursuivre ces actes ni de saisir le matériel utilisé. En plus des drogues de synthèse, la loi cible aussi le cannabis et les précurseurs de drogue. Une description des actes préparatoires est également incluse.

Troisièmement, cette loi permet la destruction instantanée des drogues et du matériel saisis. En raison de limitations d'ordre logistique, lorsque les produits et/ou le matériel saisis doivent être stockés pendant toute la procédure, le législateur belge a estimé que les échantillons et le matériel visuel étaient des éléments de preuve suffisants pour la cour. La destruction physique est obligatoire en cas de confiscation.

Quatrièmement, la loi comprend une réglementation pointue de l'échange d'informations concernant les résultats de laboratoire par le biais du Système belge d'alerte précoce sur les drogues (BEWSD). Les laboratoires et les experts sont tenus de transférer leurs informations (données anonymes concernant la composition et l'utilisation des drogues classiques illicites et des NPS) au BEWSD qui est organisé par l'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP). Cette dernière réglementation était déjà incluse auparavant dans l'Arrêté Royal du 29 juin 2003 (MB du 14 juillet 2003). Cependant, force est de reconnaître que les laboratoires n'ont que rarement été en conformité avec ladite règlementation en raison de l'existence de législations contradictoires. Afin de lever cette ambigüité, le législateur belge a ajouté l'obligation dans la loi du 7 février 2014 (MB du 10 mars 2014). En outre, comme les enquêtes judiciaires peuvent facilement s'étendre sur plusieurs mois, une exception au secret de l'instruction a été prévue afin de rapporter immédiatement les résultats des analyses de laboratoire au BEWSD. Cette exception permet de prévenir des risques de santé publique par le biais d'interventions et de notification rapide des phénomènes dangereux liés aux drogues. La réalisation de ces quatre principes est proposée dans un Arrêté Royal.

3. Plan d'action national, stratégie, évaluation et coordination

3.1. Plan d'action national et/ou stratégie

3.1.1. Rejet du Plan d'Action National Alcool

En juin 2013, un projet de PANA 2014-2018 avait été rédigé afin de développer plus avant une politique globale et intégrée en matière de drogues en Belgique. Ce projet visait à prévenir la consommation nocive d'alcool en 1) réduisant la disponibilité de l'alcool, 2) limitant la consommation d'alcool en milieu professionnel et au volant, et 3) améliorant la prévention, l'intervention précoce, les soins et la recherche scientifique.

Le projet de PANA a été examiné par trois experts académiques internationaux (Dr Lars Møller, OMS ; Prof. Dr Jürgen Rehm, Centre for Addiction and Mental Health ; Prof. Dr Peter Anderson, Institute of Health et Society, Université de Newcastle). Différentes parties prenantes ainsi que le grand public avaient un mois pour commenter les mesures exposées afin d'élargir le soutien (dans la communauté) pour la politique du projet de PANA.

Les mesures liées à la prévention, aux soins et au contrôle de la consommation nocive d'alcool en Belgique ont été soutenues par toutes les parties prenantes. Cependant, aucun accord n'a pu être dégagé sur une série de propositions relatives à la disponibilité de l'alcool, comme l'interdiction des « happy hours » ou des promotions temporaires. Les amendements ont affaibli le contenu du PANA. In fine, aucun consensus politique n'a pu être dégagé au sujet de l'interdiction de la vente d'alcool dans des distributeurs automatiques et de la révision de la réglementation relative à l'âge minimal pour acheter des boissons alcoolisées. En conséquence, le PANA n'a pas pu être approuvé par la Conférence Interministérielle Drogues en décembre 2013. Toutefois, les mesures proposées en matière de santé sont largement reprises dans d'autres plans d'action et continuent à être appliquées.

3.1.2. Un plan d'action national pour une stratégie de lutte intégrée contre le VIH

Un protocole d'accord « Plan VIH 2014-2019 » a été cosigné par les ministres fédérés et fédérale en charge de la politique de santé et des affaires sociales en 2013. En plus de distribuer le plan VIH et de définir des priorités, les ministres se sont également engagés à proposer un plan de mise en œuvre spécifique des actions relevant de leurs domaines de compétences (MB du 21 novembre 2013).

Le plan VIH a pour objectifs a) d'augmenter la prévention de la transmission du VIH à l'aide d'information, d'éducation et de mesures de sensibilisation, b) d'augmenter le dépistage du VIH à un stade précoce, c) d'augmenter la prise en charge des personnes vivant avec le VIH,

d) d'augmenter la qualité de vie des vivant avec le VIH et e) de réduire la stigmatisation et la discrimination (MB du 21 novembre 2013).

Le récent plan national de lutte contre le VIH permet de développer plus avant une politique intégrée. Tout au long de ce rapport, les usagers de drogues consommateurs de drogues injectables (par voie intraveineuse) sont épinglés comme l'un des groupes cibles de la stratégie nationale de lutte contre le VIH. Par ailleurs, des stratégies visant à réduire les dommages chez les usagers de drogues sont reconnues comme étant parmi les plus importantes pour limiter les risques associés à l'usage de drogues. Par exemple, l'action 22 du plan souligne la nécessité d'améliorer l'accès aux aiguilles et au matériel de prévention, et la mise en place de salles de consommation de drogues. L'action 24 a pour but de développer un cadre légal exhaustif concernant la santé publique et la réduction des risques pour les usagers de drogues (Belgian Research Aids&HIV Consortium, 2013). Les actions 27 à 31 examinent plusieurs mesures destinées aux personnes en détention en mentionnant spécifiquement (à l'action 29) l'objectif de réduction de la stigmatisation des prisonniers usagers de drogues (Belgian Research Aids&HIV Consortium, 2013).

Comme les actions de ce plan national de lutte contre le sida sont réparties entre les compétences assignées aux différents ministères belges, chaque Ministre a donné l'ordre d'élaborer un plan d'exécution afin de le mettre en œuvre. Ces plans d'exécution décrivent les actions prioritaires pour chaque Ministre ainsi que leurs implications sur le plan financier. La Conférence interministérielle « Santé publique » a désigné un comité de contrôle composé de travailleurs de la santé, d'associations de lutte contre le VIH/SIDA, de l'WIV-ISP et de représentants des gouvernements concernés. Un conseil de personnes vivant avec le VIH a également été mis sur pied (Belgian Research Aids&HIV Consortium, 2013;Roegiers, 2014).

Le comité de contrôle a) identifiera les mauvaises pratiques, b) formulera des conseils et des recommandations, c) centralisera toutes les informations pertinentes, d) stimulera la recherche scientifique et la consultation, e) soutiendra l'Autorité fédérale et f) fournira un rapport annuel sur la mise en œuvre du plan VIH (Belgian Research Aids&HIV Consortium, 2013). De plus, le conseil a pour mission de faire participer des personnes vivant avec le VIH à l'exécution du plan VIH afin d'améliorer la prévention, les soins et la qualité de vie (Belgian Research Aids&HIV Consortium, 2013).

3.1.3. Le développement de plans stratégiques de sécurité et de prévention 2014-2017

Les plans stratégiques de sécurité et de prévention ont été introduits en Belgique en 2002 afin de remplacer les anciens contrats de sécurité et de prévention et les plans drogue.

Deux ans plus tard, les plans stratégiques de sécurité et de prévention faisaient partie intégrante d'une politique locale de sécurité intégrée (VandeWalle et al., 2010). Ces plans confèrent des responsabilités aux villes et aux communes afin de développer et de coordonner une politique locale de sécurité concernant la prévention des crimes. En contrepartie, les villes et les communes reçoivent une contribution financière du Gouvernement fédéral (MB du 22 décembre 2006). Lorsque les plans drogue ont été remplacés par les plans stratégiques de sécurité et de prévention, les villes et communes ont été encouragées à créer une politique locale en matière de drogues en recevant des subsides pour la prévention de l'usage de drogues, les services de soins des usagers de drogues (bas seuil) et la réduction des dommages. L'approbation des plans de sécurité de prévention 2014-2017 par la Ministre des Affaires intérieures exige des villes et communes de se conformer aux conditions définies en 2013. Les plans de sécurité et de prévention ont pour objectif de stimuler à l'échelon local la prévention ou la réduction des nuisances et de certains crimes qui dépassent du contexte local. Il incombe aux villes et communes de donner la priorité seulement aux crimes qui créent des problèmes dans le contexte local (MB du 31 décembre 2013).

La prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues comme la production, le commerce et la vente de drogues de synthèse et de cannabis, ainsi que les dommages causés par la drogue constituent l'une des catégories pour lesquelles les plans de sécurité et de prévention peuvent être mis au point. Malheureusement, les initiatives en matière de prévention primaire de l'usage de drogues et les soins médico-thérapeutiques n'entrent plus dans ce cadre. Dans cette perspective, les travailleurs de terrain peuvent contribuer à la prévention des dommages et de la criminalité liés à la drogue (MB du 31 décembre 2013).

3.2. Évaluation de la politique fédérale en matière de drogues

3.2.1. Programme de recherche de l'Office de la politique scientifique fédérale (BELSPO) pour soutenir la politique fédérale en matière de drogues

BELSPO investit dans des projets de recherche qui contribuent à soutenir et à améliorer l'efficience de la politique belge en matière de drogues. Quatre nouveaux projets relatifs aux coûts sociaux, aux normes de qualité pour la réduction de la demande de drogues, de la culture illégale du cannabis et des troubles liés à la consommation d'alcool ont été lancés en 2013-2014. En 2013, deux projets consacrés à l'évaluation des initiatives belges en matière de soins des usagers de drogues ont été terminés. Deux autres projets ont également été achevés en 2013, le premier étant consacré aux indicateurs de la demande de substances

illicites et l'autre, à la production de cannabis (description aux chapitres 9 et 10). De plus, une évaluation de la politique belge en matière de cannabis a été lancée au début 2014.

Adapter les guides de bonnes pratiques pour la prévention, le dépistage et le traitement d'abus de substance illicite chez les enfants et les jeunes au contexte belge (ADAPTE-YOUTH)

En Belgique, la prévention de l'usage de drogues et le traitement des jeunes ainsi que les soins ambulatoires sont du ressort des autorités décentralisées. Il y a peu de temps encore, la Belgique ne disposait pas de guides spécifiques pour la prévention de l'usage de drogues et les soins des enfants et des jeunes. C'est la raison pour laquelle, des recherches sur l'adaptation des guides de bonnes pratiques à l'aide de la méthodologie ADAPTE ont été lancées. Cette méthodologie permet d'adapter les guides internationaux au contexte local, en l'occurrence belge (Bekkering et al., 2014). Elle permet d'impliquer des parties prenantes du terrain dans ce processus afin d'assurer une adéquation maximale au contexte local (Hannes et al., 2013).

Une revue systématique des guides existants a été réalisée (Bekkering et al., 2014). Les chercheurs se sont concentrés sur l'évaluation de la qualité, de la cohérence, de l'applicabilité et de l'adéquation des guides existants pour un contexte belge en utilisant une approche progressive (Hannes et al., 2011). En conclusion, trois guides ont été rédigés et pilotés dans un groupe d'utilisateurs potentiels. La version finale des guides de bonnes pratiques pour la prévention, le dépistage et le traitement d'abus de substance illicite chez les enfants et les jeunes a été validée par le CEBAM (Belgian Centre for Evidence-Based Medicine) début 2014. Deux d'entre eux ont trait à la consommation de substances illicites. Le premier guide concerne la prévention de l'alcoolisme et de l'usage de drogues chez l'adolescent. Le second porte sur le dépistage, l'évaluation et les soins de jeunes usagers de drogues (Wilms, 2014).

Chambre de traitement de l'usage de drogues du tribunal de première instance de Gand, évaluation qualitative des résultats (QUALECT)

La détermination d'une peine au niveau de la Chambre de traitement de l'usage de drogues (CTT) du tribunal de première instance de Gand est l'une des sanctions alternatives qui peuvent être imposées par le système pénal dans l'arrondissement judiciaire de Gand depuis 2008. Le CTT de Gand se concentre sur des personnes qui ont commis des crimes en raison de leur usage de drogues (à l'exclusion de la criminalité organisée liée à l'usage de stupéfiants) afin de les réorienter vers un traitement. Les délinquants usagers de drogues sont soutenus et supervisés de manière intensive par un juge, un procureur et un agent de

liaison. Ce dernier sert d'interface vitale entre la justice, les institutions de soins et le client. En consultation avec l'agent de liaison, le client formule un plan de traitement qui doit être approuvé par la CTT de Gand. Pendant le traitement, plusieurs sessions de suivi sont organisées par la CTT de Gand (Colman et al., 2011;Wittouck et al., 2013).

L'évaluation qualitative des résultats de la CTT de Gand s'inscrit en droite ligne des précédents projets de recherche dans ce domaine. En 2007, une première étude consacrée aux actions alternatives visant à orienter les délinquants usagers de drogues vers un traitement a été finalisée. Cette étude d'impact belge a montré que les niveaux de délinquance et d'usage des drogues diminuaient, et que les domaines de la vie liés à la drogue s'amélioraient après l'infliction d'une sanction alternative (De Ruyver et al., 2007). Entre mai 2008 et mai 2009, une étude d'évaluation de processus a été réalisée par l'Université de Gand et le Service de la police criminelle. Bien que certaines faiblesses aient été corrigées, l'évaluation globale était positive. La CTT de Gand permet de s'atteler à des problèmes relevant de différents domaines de la vie (Colman et al., 2011).

L'évaluation des résultats compare les résultats de l'intervention de la CTT de Gand avec ceux d'un échantillon de clients mis à l'épreuve (probation) à Hasselt (Wittouck et al., 2013). Cependant, la taille de l'échantillon de l'étude était limitée et l'information n'était pas enregistrée de manière systématique. L'analyse a indiqué que 1) l'orientation vers des conseillers financiers et la prise en charge thérapeutique des usagers de drogues est réalisée, 2) les répondants ont plus souvent adopté un traitement de substitution sans usage supplémentaire de drogues et 3) les répondants avaient plus souvent trouvé un emploi à la fin du trajet CTT. La CTT comble ainsi les lacunes de la probation. Avant toute chose, le temps écoulé entre le crime commis et le début du trajet est beaucoup plus court dans le cadre de la CTT (6 mois comparativement aux 22 mois pour les clients en probation). Ensuite, la CTT est plus flexible et permet de travailler dans une perspective orientée résultat. Les parties prenantes de la CTT ne sont pas liées à un mandat (ce qui est le cas pour la probation). Tous les domaines problématiques de la vie peuvent être inclus. Par ailleurs, les problèmes imminents pourront être traités pendant le trajet. Cette approche individuelle orientée sur différents domaines de la vie permet d'œuvrer à la réinsertion de l'usager de drogues. Contrairement à la probation, la CTT prête davantage attention aux « personnes avec un problème de drogue » qu'aux « délinquants ». En dépit de ces avantages, ces traitements ne se poursuivent pas toujours une fois le trajet CTT achevé. Qui plus est, la continuité des conseils et du soutien des clients CTT est limitée. En conséquence, une structure de prise en charge des clients après la CTT fait défaut (Vander Laenen et al., 2013).

Ces résultats donnent une indication de la valeur ajoutée de la CTT par rapport à la probation. Le traitement de l'usage problématique de drogues et le soutien des domaines de la vie liés à la drogue diminuent l'usage de drogues et la criminalité qui y est liée (pour les résultats de l'analyse du récidivisme, veuillez consulter le chapitre 9). Cela se traduit in fine par une baisse des coûts des soins de santé et du système pénal. L'intensité de la supervision doit être parfaitement adaptée aux soins déployés et à l'historique pénal du client CTT. En fonction des besoins individuels et de l'évolution du trajet, des sessions de suivi peuvent encourager la poursuite du traitement. Une mise en œuvre circonspecte du trajet CTT est déterminante pour réduire les risques de rechute. Par conséquent, le projet CTT peut également être étendu à d'autres arrondissements judiciaires. La mise en œuvre exige 1) une répartition claire des rôles et des tâches entre le système pénal et les fournisseurs de soins de santé mentale, 2) des engagements par écrit et 3) une offre de traitement (des usagers de drogues) suffisamment variée et étendue. Par ailleurs, l'agent de liaison et le financement d'un coordinateur CTT sont des critères essentiels pour assurer un fonctionnement optimal de la CTT (Vander Laenen et al., 2013).

3.2.2. Évaluation permanente de la politique belge en matière de cannabis

En conformité avec les obligations relevant des traités internationaux, la loi belge déclare sans le moindre doute que la possession de cannabis est illégale. La modification la plus récente de la loi belge du 24 février 1921 sur les stupéfiants concernant la possession de cannabis remonte à presque dix ans : l'approche politique du cannabis était différenciée par rapport aux autres substances illicites, une différenciation déterminée par une modification de la loi en 2003 qui a aussi introduit un aperçu de l'usage de drogues problématique et de nuisances publiques. La Cour constitutionnelle a estimé que ces concepts n'étaient pas définis avec suffisamment de clarté et a entrainé l'annulation d'une partie de la loi. Une solution temporaire à cette annulation a été proposée par une nouvelle directive ministérielle du 1er février 2005 qui appelait à une poursuite systématique en cas de dépassement de la quantité détenue pour un « usage personnel » (3 grammes ou un plant de cannabis), sauf circonstances aggravantes ou troubles à l'ordre public. Cependant, étant donné que l'actuelle législation est souvent interprétée de différentes manières sur le terrain, la politique en matière de cannabis exige une attention sans cesse renouvelée.

Au cours des dernières années, la polémique sur la régulation de la détention et de la consommation de cannabis a été très vive en raison, entre autres, des récents changements de politique en vue de légaliser le cannabis dans plusieurs autres pays comme l'Uruguay et les États du Colorado et de Washington aux États-Unis (Pardo, 2014), mais aussi des changements examinés sur la voie d'une politique plus restrictive du cannabis aux Pays-Bas.

Dans ce contexte, à la fin de 2013, la Ministre de la Santé publique a exigé une évaluation globale de la politique belge en matière de cannabis. À cette fin, un groupe de travail ad hoc a été mis sur pied par la Cellule Générale de Politique Drogues, auquel ont participé différents experts impliqués sur le terrain. Ce groupe a pour objectif principal de dresser un état des lieux de l'actuelle politique en matière de cannabis, en indiquant les lacunes et en formulant des questions prioritaires. Les conclusions de cette évaluation serviront de base à d'autres consultations politiques.

Aujourd'hui, des drogues liées au cannabis qui sont approuvées à des fins médicales ne peuvent pas être délivrées aux patients par des pharmaciens belges (MB du 19 juillet 2001). Un groupe de travail conjoint du « Comité pour les médicaments à base de plantes pour un usage humain » et du « Comité des produits médicaux à usage humain » de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) a été désigné pour formuler un avis scientifique sur ce sujet. Ce thème doit également être intégré aux activités du groupe de travail sur l'évaluation de la politique en matière de cannabis.

Le résultat et les recommandations seront examinés par la Cellule Générale de Politique Drogues et présentés à la prochaine Conférence Interministérielle Drogues. Le rapport du groupe de travail ad hoc est attendu pour le mois de décembre 2014.

3.3. Modalités de la coordination

La Politique belge en matière de drogues s'articule autour d'une approche ascendante. Différents acteurs et autorités participent à l'organisation et à la mise en œuvre quotidiennes de cette politique globale et intégrée en matière de drogues en Belgique. Afin de coordonner les différentes initiatives relatives au traitement de l'usage de drogues en Belgique, le Gouvernement fédéral a élaboré deux projets. Tant le Fonds de lutte contre les assuétudes que le registre des TDI ont été mis en œuvre pour adapter la disponibilité du traitement de l'usage de drogues aux besoins de traitement des personnes.

À la suite de la sixième réforme de l'État, d'importantes initiatives relatives au domaine du traitement spécialisé de l'usage de drogues relèvent désormais de la compétence des entités fédérées. Un groupe de pilotage a guidé la compilation d'un projet (livret vert) pour l'organisation d'une politique alcool et drogue (A&D) en Communauté flamande. Au cours d'une première phase, un aperçu de la situation actuelle a été dressé. Ensuite, une deuxième phase a décrit les deux options pour une future politique A&D intégrée. D'une part, on a proposé une intégration du domaine de l'assuétude dans le secteur de la santé mentale. D'autre part, on a donné une description du domaine de l'assuétude considéré comme une entité séparée qui coopère avec de nombreux domaines différents de la société. Le livre vert

A&D a été intégré à une proposition globale (Livre vert) qui expose les options et les priorités d'une réforme de l'État en 2014.

Les fédérations bruxelloise et wallonne des institutions pour usagers de drogues (Fédito Bruxelles – Fédito Wallonne), la Fédération des Employeurs des Institutions Ambulatoires pour Usagers de drogues (FEIAT) et la Coordination Locale Drogues Bruxelles (CLDB) ont proposé une série de recommandations ainsi qu'un mémorandum sectoriel. L'objectif consistait à améliorer la politique en matière de drogues à Bruxelles. Ces recommandations doivent renforcer 1) différents plans d'action, 2) la consolidation et l'expansion du réseau de prévention, d'assistance et de traitements spécialisés de l'usage de drogues, 3) le cadre juridique régulant l'usage de drogues illégales et 4) la stimulation de la prévention, de la réduction des dommages, de l'assistance et du traitement spécialisé de l'usage de drogues (Fédito Bruxelles et al., 2014). Par ailleurs, la Fédito wallonne a publié un mémorandum concernant la qualité des services spécialisés en usage de drogues. Ce mémorandum souligne la nécessité de répondre de manière appropriée aux besoins et attentes variables des usagers de drogues et de leur famille. Afin de réaliser cet objectif, la Fédito wallonne plaide en faveur 1) de l'amélioration de l'accessibilité des services existants et de leur adaptation aux nouveaux défis (nouveaux produits et nouveaux types de consommation), 2) du développement de nouveaux programmes, 3) du développement d'une politique cohérente, qui comprend un rôle pour la Fédito wallonne dans les différents niveaux de consultation et des comités d'observation, 4) d'un financement approprié et 5) de formations adéquates pour les professionnels qui travaillent avec les usagers de drogues et leurs familles (Luisetto et Hensgens, 2014).

Les plus importants centres de traitement de l'usage de drogues repris dans la sixième réforme de l'État sont les maisons d'accueil socio-sanitaires (MASS) à bas seuil d'accessibilité, les centres de jour, les centres d'intervention de crise et les communautés thérapeutiques (CT). Le transfert de compétences de l'échelon fédéral aux échelons fédérés a également impacté le Fonds de lutte contre les assuétudes et le projet TDI.

En 2013, le Fonds de lutte contre les assuétudes finançait encore 35 projets (tableau 1.1). Sept projets lancés en 2012 n'ont pas été prolongés et un nouveau projet a été financé. La plupart des projets (70 %) ont trait à l'addiction en général ou aux substances illégales. Les 30 % restants concernent l'abus de médicaments ou d'alcool. Le Fonds de lutte contre les assuétudes était une initiative fédérale jusqu'au 1er juillet 2014. Au terme d'une période transitoire de six mois, le Fonds de lutte contre les assuétudes sera transféré aux Communautés.

La période transitoire pour la transmission du projet TDI aux Communautés a commencé le 1er juillet 2014 et prendra fin le 31 décembre 2017. En raison de l'importance de la comparabilité des données nationales et européennes, l'WIV-ISP continuera à garantir le registre TDI et l'analyse des résultats pendant la période de transition. Qui plus est, ce système d'enregistrement uniforme est appliqué pour aider les décideurs en matière de politique de lutte contre les drogues. Ainsi, le contrat avec l'WIV-ISP concernant le registre TDI est automatiquement reconduit chaque année, également après la période de transition. La Conférence interministérielle « Santé publique » a toutefois toujours la faculté de décider si les Communautés doivent garantir l'enregistrement du TDI en lieu et place de l'WIV-ISP. Si une décision en ce sens devait être prise, autrement dit une décision similaire à celle portant sur le Fonds de lutte contre les assuétudes, le financement systématique et le déroulement de l'enregistrement du TDI pourraient être entravés.

Tableau 1.1. Projets financés par le fonds addiction, Belgique, 2013

Titre du projet	Organisation	Objectif principal
Projet destiné à soutenir les parents usagers de drogues en considérant leurs enfants	Bogolan	Soutien à de futurs/jeunes parents usagers de drogues et à leurs enfants de moins de trois ans.
Évaluation et soutien des adolescents confrontés aux problèmes de la consommation de cannabis	Centre hospitalier universitaire Brugman	Thérapie familiale pluridisciplinaire mise en œuvre pour les adolescents qui rencontrent des problèmes liés à la consommation de cannabis et leur entourage
Alcoholhulp.be – Cannabishulp.be – Drughulp.be	CAD Limburg	Soutien en ligne et diffusion d'informations par l'internet au sujet de problèmes liés à l'alcool, au cannabis et à d'autres drogues
Projet de sevrage de l'alcool à la maison	La Caho asbl	Mise en œuvre d'un projet de proximité afin d'encourager le sevrage de l'alcool dans un environnement familier
Mighties	Centre de santé mentale Eclips	Développement de matériel psycho-éducatif et d'une méthodologie spécifique pour les jeunes qui ne peuvent pas participer à des projets de traitement classiques en raison de limitations liées aux motivations, à la langue ou aux facultés mentales
Réseau guérison Anvers	CISO	Évaluation avec des patients et leur réseau afin de déterminer un trajet de traitement individuel
Consultations médicales et soins infirmiers gratuits pour les usagers de drogues	Comptoir	Consultation médicale et soins infirmiers pour des problèmes somatiques

Renforcement du programme d'échange de seringues et de travail de rue dans la Région de Bruxelles-Capitale	DUNE	Renforcer le programme d'échange de seringues, le travail de rue, les soins infirmiers en rue et s'attacher à orienter les usagers de drogues vers une prise en charge thérapeutique
DocA - Projet jeunesse Anvers	Free clinic	Projet spécifique pour les jeunes vulnérables de 15 à 25 ans qui ont été admis dans le secteur résidentiel de l'assistance des jeunes et qui n'accepteront pas de traitement. Développement d'une brève intervention pour travailler sur la motivation et encourager l'organisation de consultations médicales gratuites.
Intervention spécifique pour des problèmes liés à l'alcool dans les services des urgences	IDA	Le développement d'un modèle d'intervention spécifique pour les services des urgences afin de gérer les problèmes liés à l'alcool
Projet national d'information et sensibilisation : - 16 pas d'alcool	IDA	Projet destiné à améliorer les connaissances du secteur de la vente de la modification de la loi qui interdit la vente d'alcool aux jeunes de moins de 16 ans
Sensibilisation et diffusion d'informations aux pharmaciens relatives à la consommation d'alcool et de médicaments afin d'encourager les discussions avec les patients	IPSA-APB-SSPF	Éducation des pharmaciens visant à sensibiliser les patients qui combinent médicaments et alcool
Éducation dans le réseau spécialisé Bruxelles-cannabis	Interstices Bruxelles	Éducation des professionnels pour s'atteler aux problèmes liés à la consommation de cannabis
Project Liaison alcool	Interstices Centre hospitalier universitaire St Pierre	Sensibilisation et éducation des professionnels actifs en hôpitaux afin de leur donner des informations et des guides sur les problèmes liés à l'alcool. Une assistance est aussi dispensée pour les situations les plus délicates.
Travail de proximité en situations de crise	Kompas	Assistance aux mineurs et à leur famille en cas de situations de crise. Un suivi intensif est prévu à domicile pendant 6 semaines. L'objectif principal est de stabiliser le patient, de chercher l'orientation la plus appropriée et d'évaluer minutieusement le contexte familial.

Gestion des cas cliniques et interventions auprès des prestataires de soins de santé qui prennent en charge des usagers de drogues enceintes ou des parents usagers de drogues avec de jeunes enfants	MASS Gand	Sensibiliser les professionnels Guider et assister les usagers de drogues enceintes ou les femmes avec de jeunes enfants.
Traitement communautaire dynamique	MASS Ostende	Projet de proximité destiné à soutenir les parents usagers de drogues, les femmes enceintes usagers de drogues et leurs enfants jusqu'à 12 ans dans le cadre d'un programme intensif et intégré.
Projet d'éducation de parents usagers de drogues et promotion de l'expertise et de l'aide	MASS Brabant Flamand	Projet lié à la parentalité et visant à soutenir les parents usagers de drogues et leurs enfants. Son objectif est de réduire le risque de consommation de drogues et de négligence des enfants
Mise en place d'une équipe de médecins et d'infirmiers dans le cadre des programmes d'échange de seringues	Namur Entraide Sida	L'objectif consiste à fournir des premiers soins en cas de problèmes liés à l'usage de drogues injectables
Aide en ligne pour les personnes qui rencontrent des problèmes liés à l'alcool et pour leur entourage	Pélican	Version en langue française du site web alcohol.be visant à fournir des informations et des conseils thérapeutiques
Conseils psychiatriques de proximité pour les jeunes de 16 à 35 ans	Centre psychiatrique OLV	Destiné aux jeunes confrontés à un problème psychiatrique combiné à la consommation de drogues (alcool ou substances illicites)
Synersanté	Les petits riens	Création d'une cellule de santé mobile pour soutenir les personnes présentant un problème de drogue et coordonner les interventions de différentes organisations.
Amélioration des soins aux personnes usagers de drogues atteintes d'un handicap mental concomitant	PopovGGZ	Son objectif principal est d'améliorer la collaboration avec des centres spécialisés dans le traitement de l'usage de drogues, les services pour les personnes atteintes d'un handicap mental et les ateliers protégés
Projet de proximité intensif pour assurer le suivi des personnes avec une dépendance à l'alcool	Hôpital psychiatrique St. Camillus	Trois hôpitaux ont désigné un Case Manager afin de réduire la durée de l'hospitalisation et d'améliorer la qualité de vie des personnes avec un problème lié à l'alcool
Conseiller social pour le réseau Hépatite C à Bruxelles	Réseau Hépatite C	Conseils individuels pour les patients en traitement pour l'hépatite C

Soutien global et intégré en vue de renforcer la réinsertion de jeunes adultes avec un double diagnostic	Centre neuro-psychiatrique St. Martin	Projet destiné aux jeunes adultes avec un problème de drogue et une comorbidité psychiatrique. Soutien global et intégré qui comprend différents secteurs et l'environnement des jeunes
Formation des médecins généralistes et d'autres services de soins de santé sur les benzodiazépines	ULB & collaborateurs	Formations et sensibilisation des médecins et des pharmaciens en vue d'encourager l'utilisation rationnelle de benzodiazépines
Mise en œuvre de recommandations	VAD	Recommandations visant à soutenir les patients avec un trouble de déficit de l'attention et usage de drogues
Équipements destinés à développer une offre modulaire d'interview de motivation	VAD	Optimisation de la formation sur l'interview de motivation (spécificité usage de drogues) et développement de matériel didactique et audiovisuel
Mise en œuvre de recommandations liées à l'instrument de dépistage ASSIST déjà développé	VAD	Soutenir le déploiement de l'instrument ASSIST et intervenir pour dispenser des conseils à court terme
Promotion de la qualité des traitements de l'usage de drogues	VAD	Élaboration de méthodes destinées à évaluer l'efficience des différents services
Déploiement d'un programme de traitement spécifique pour la consommation de cocaïne : CRA + bons d'échange (vouchers)	De Kiem	Programme spécifique visant à traiter les problèmes relatifs à la consommation de cocaïne par le biais de la méthode de l'approche communautaire de renfort
Promotion d'une utilisation plus efficiente et plus efficace de substances psychotropes pour les personnes vivant en maison de repos et de soins	Centre résidentiel de soins Leiehome	Sensibilisation visant à soutenir l'utilisation rationnelle de substances psychotropes
Projet TADAM	TADAM	Projet pilote de traitement assisté de l'héroïne (diacétylmorphine)
CASA: projet de conseil de proximité pour les (ex-)usagers de drogues.	Ellipse	Conseils personnels et individualisés à domicile pour les (ex-)alcooliques et usagers de drogues

Source: Service public federal santé, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

4. Défis et opportunités

Réflexion de Vander Laenen F., IRCP, Université de Gand

En Belgique, des efforts ont été consentis afin d'élaborer une politique des drogues intégrée, équilibrée et basée sur des éléments factuels en s'inscrivant dans le prolongement des

exigences de la stratégie européenne en matière de lutte contre les drogues et du plan d'action UE consécutif. En effet, la « Stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020) » se réfère explicitement à la nécessité d'évaluer les interventions dans le cadre d'études scientifiques. Les politiques et actions antidrogues reposant sur ces stratégies devraient être étayées par les résultats scientifiques de ces études: «*Les actions doivent être fondées sur des éléments factuels, être rigoureuses sur le plan scientifique et présenter un bon rapport coût-efficacité, et chercher à produire des résultats réalistes pouvant être évalués»* (Commission de l'Union européenne, 2012). La nouvelle loi en matière de NPS et l'évaluation actuelle de la Politique belge en matière de cannabis illustrent la volonté d'adapter la politique belge en matière de drogues aux nouvelles évolutions internationales. Par ailleurs, depuis la note fédérale Drogues de 2001, BELSPO a financé plus de 60 projets de recherche scientifique afin de soutenir la mise en œuvre d'une politique intégrée de lutte contre la drogue. Par exemple, au cours de l'étude ADAPTE-YOUTH, trois guides pratiques reposant sur des éléments factuels sur l'abus de substances illicites chez les adolescents ont été évalués et adaptés au contexte belge (un guide est consacré au traitement de l'alcoolisme, un autre, au traitement de l'usage de drogues et le dernier, à la prévention de l'alcoolisme et de l'usage de drogues). L'étude applique une méthodologie spécifique pour adapter des guides internationaux existants à un contexte local, en l'occurrence belge (Bekkering et al., 2014). La partie de recherche qualitative de l'étude a montré que les barrières à l'utilisation des guides les plus souvent citées étaient leur non-applicabilité à la population ou à l'organisation cible spécifique et l'absence de connaissances au sujet de la mise en œuvre de bonnes pratiques reposant sur des éléments factuels. Différentes stratégies visant à faciliter la mise en œuvre de guides (reposant sur des faits avérés) sont suggérées. Les répondants recommandent de faciliter l'accès aux guides en les fournissant par l'internet, via le réseau du point focal belge (BMCDDA) ou des conférences et séminaires. Par ailleurs, des conseils et des formations sont nécessaires pendant le processus de mise en œuvre (Hannes et al., 2013). Un deuxième exemple est l'évaluation des résultats de la Chambre de traitement de l'usage de drogues du tribunal de première instance de Gand (Vander Laenen et al., 2013). L'étude avait pour objectif d'identifier les conditions prérequises pour autoriser une expansion du projet CTT à d'autres arrondissements judiciaires en Belgique. Un prérequis déterminant est un enregistrement systématique, structuré et continu des données concernant les clients CTT, autorisant une évaluation systématique des résultats. Une autre condition est la présence d'un agent de liaison dans la CTT, un conseiller qui veille sur la confidentialité professionnelle et fait office d'intermédiaire entre le client CTT, le système pénal et les services de prise en charge thérapeutique (de l'usage de drogues). Aujourd'hui, la chambre de traitement de l'usage de drogues est mise en œuvre dans deux autres arrondissements judiciaires, mais sans agent de liaison en raison d'un manque de ressources.

Depuis 2012, la Conférence Interministérielle Drogues a convenu de confier au Service public fédéral Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement la responsabilité de la collecte des données relatives aux dépenses publiques et leur analyse. Cette collecte et cette analyse sont basées sur un manuel établi dans le projets de recherche « Drogues en chiffres III » (Vander Laenen et al., 2011). En septembre 2014, l'analyse des données de 2012 et 2013 n'était pas encore disponible en particulier en raison du retard dans la transmission de données de certains départements. Sur la base d'une évaluation de la collecte de données et de l'analyse par des chercheurs du projet Drogues en chiffres III, le Service public fédéral procède actuellement à l'optimisation de la collecte de données et recueille les données des dépenses publiques belges pour 2012 et 2013.

Ces trois exemples illustrent que toute mise en œuvre d'une politique de lutte contre les drogues reposant sur des éléments factuels se révèle complexe et exige un investissement suffisant de la communauté académique et des agences gouvernementales (Uchtenhagen, 2010).

Le moteur de la politique nationale belge en matière de drogues est la Cellule générale de politique Drogues. Une autre caractéristique de la politique belge en matière de drogues est l'approche ascendante, autrement dit l'élaboration d'une telle politique est réalisée en étroite coopération avec les personnes œuvrant sur le terrain (De Ruyver, B., Vander Laneen, F., et Eelen, S., 2012). Pendant plus d'une décennie, les plans de sécurité et de prévention ont fourni un stimulus financier pour le développement d'une politique locale de sécurité intégrée. Les plans ont stimulé le développement d'une politique locale en matière de drogues en fournissant des subsides, entre autres, pour la prévention de l'usage de drogues, les services de prises en charge de l'usage de drogues à bas seuil d'accessibilité et la réduction de dommages. Cependant, depuis 2007, le plan a pour priorité la prévention des crimes et des nuisances, de sorte que les initiatives principales en matière de prévention de l'usage de drogues ne pouvaient plus être éligibles à ces subsides. Depuis le 1er janvier 2014, un nouveau décret ministériel indique clairement que les initiatives locales devraient se concentrer sur la prévention des crimes et des nuisances pour pouvoir bénéficier de subsides. En conséquence, les services de prise en charge de l'usage de drogues et les initiatives de réduction des dommages ne sont plus éligibles à des subsides dans le cadre du plan de sécurité et de prévention. Ce point est lié à la réforme de l'État en Belgique, selon laquelle les services spécialisés de prise en charge des usagers de drogues et les subsides connexes deviendraient la compétence des entités fédérées.

Cette dernière évolution se traduit à la fois par des défis de taille et des possibilités pour la future politique belge en matière de drogues. Nous examinons dans le détail trois de ces défis et possibilités.

Dans un premier temps, la 6e réforme de l'État en Belgique, qui est en préparation depuis 2012 et est entrée pleinement en vigueur à partir de 2014, impactera en particulier le domaine des traitements spécialisés de l'usage de drogues en Belgique. Cette évolution des compétences liées aux drogues non seulement retarde les nouvelles initiatives politiques et stratégiques des niveaux fédérés, mais suscite également l'inquiétude dans les rangs des professionnels du traitement de l'usage de drogues. En effet, les priorités des politiques régionales en matière de drogues ne sont pas encore clairement définies et on ignore si les gouvernements fédérés seront à même d'au moins poursuivre l'offre de traitements actuelle pour les consommateurs problématiques de drogues. Par ailleurs, ce climat d'inquiétude s'aggrave étant donné que les dépenses publiques font toujours plus l'objet de discussions dans le contexte de la crise économique et de l'austérité. Les réductions anticipées dans les dépenses publiques pourraient affecter le traitement des usagers de drogues (Lievens et al., 2014), notamment au moment du transfert des compétences. Cependant, le transfert des compétences constitue également une chance pour les gouvernements fédérés sous la forme du développement d'une politique totalement intégrée de lutte contre la drogue qui se base sur l'analyse et le contrôle des problèmes au niveau fédéré et qui peut être ajustée en cas d'évolution de ces problèmes.

Deuxièmement, il faut saluer le fait que le projet du Plan d'Action National Alcool 2014-2018 a été examiné par trois experts académiques internationaux. Cela encourage l'élaboration d'une politique en matière d'alcool reposant sur des éléments factuels, qui prend en compte non seulement la demande, mais également la disponibilité et la commercialisation de l'alcool (Anderson et al., 2012). Cependant, aucun consensus politique n'a pu être dégagé autour des mesures proposées ayant trait à l'offre d'alcool. Comme c'est le cas au Royaume-Uni (McCambridge et al., 2014), le lobbying des entreprises a exercé un impact déterminant qui s'est traduit par l'échec de l'approbation politique d'un plan alcool. À cet égard, McCambridge, Hawkins & Holden (2014) nous prodigue le conseil suivant : « *La transparence dans tous les aspects du lobbying, y compris les sommes qui y sont consacrées, devrait être un point décisif de la réforme de la politique en matière d'alcool. » (traduction libre)*

Enfin, le plan national VIH dépend de différents ministres en Belgique, une situation qui démontre qu'un plan politique intégré peut effectivement être mis en place. Il est positif de constater que le plan VIH établit clairement le lien avec la consommation de drogues (injectables en IV) à tous les niveaux (WHO et al., 2012). Il est tout aussi positif d'observer aujourd'hui que des plans d'exécution sont élaborés pour déployer le plan VIH national. Ces plans d'exécution décrivent les actions prioritaires pour chaque Ministre ainsi que les implications financières. Pour l'année prochaine et les années à venir, il importera de

contrôler systématiquement la mise en œuvre, l'exécution et les résultats des actions prioritaires à l'aide des évaluations de processus et de résultats (Vander Laenen et al., 2010). Cela renforcera les éléments factuels des politiques et actions tels qu'avancés par la Stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020).

Remerciements

Nous souhaiterions remercier Mme Denoiseux, Mr Laudens, Mme Geirnaert, Prof. dr. Decorte, Mr Pire, Mr Martens, Mme Declerck, Mr Gillard, Mr Doms, Mme Huard et Mme Theisen pour leur contribution à la collecte de données et leurs remarques pertinentes. Leur implication essentielle a été fortement appréciée.

Chapitre 2. Usage de drogues en population générale et au sein de groupes spécifiques

DeRidder K.

- *Le cannabis est de loin la substance illicite la plus couramment consommée dans tous les cas de figure décrits. Elle est suivie par les amphétamines, l'ecstasy et la cocaïne.*
- *La prévalence de la consommation du cannabis chez les étudiants des enseignements secondaire et supérieur est stable depuis 2006.*
- *La prévalence d'autres substances psychoactives illicites chez les étudiants des enseignements secondaire et supérieur est limitée et stable, voire légèrement décroissante.*

1. Introduction

En Belgique, il n'existe aucune enquête récurrente en population générale consacrée spécifiquement aux drogues et à l'usage de drogues. Les données sur la consommation de drogues de la population générale dérivent généralement de l'enquête de santé belge par interview (BHIS), la branche belge de l'initiative d'enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS) lancée par Eurostat. La BHIS couvre un large éventail de sujets sanitaires comme l'état de santé, le mode de vie, la prévention et la consommation de médicaments (Demarest et al., 2001;Van der Heyden et al., 2010;Van der Heyden et al., 2010). En raison de limitations de la longueur et de la durée du questionnaire, seule une poignée de questions concernant l'usage de drogues est comprise dans la BHIS.

Comme la politique en matière d'enseignement, de jeunesse et de culture relève des Communautés en Belgique, les enquêtes auprès de la population à propos de l'usage de drogues en milieu scolaire et en milieu festif sont soutenues par les administrations compétentes et nos points focaux régionaux. Il arrive parfois que des enquêtes à grande échelle plus locales soient gérées avec le soutien de l'administration communale compétente.

Ce chapitre décrit l'enquête de santé belge par interview (BHIS) (section 2), les résultats du sondage de la VAD auprès des élèves de l'enseignement supérieur en combinaison avec les résultats de l'enquête belge sur le comportement lié à la santé des enfants en âge scolaire (HBSC) (section 3.1), de l'enquête « In hogere sferen » (uniquement disponible en

néerlandais, que l'on pourrait traduire par « la tête dans les nuages ») auprès d'étudiants d'universités et de hautes-écoles flamandes (section 3.2), de l'enquête Flash Eurobaromètre de 2014 (une enquête ad hoc demandée par la Commission européenne) (section 3.3), et certains résultats de deux enquêtes sur le milieu festif, à savoir « Drogues Risquer Moins » et la partie belge de l'enquête Global Drug Survey (section 4).

2. Usage de drogues dans la population générale

Les résultats de la BHIS sur la consommation de drogues psychoactives les plus récemment publiés remontent à 2008 (Gisle, L., 2010;Gisle, L., 2010;Van der Heyden et al., 2010;Van der Heyden et al., 2010). Les résultats de cette enquête nationale en population générale (N= 11 026 pour la section drogues ; 15-64a) sont décrits en détail dans le rapport annuel belge de 2011 (Deprez et al., 2012). En 2013, le groupe de recherche Enquêtes, mode de vie et maladies chroniques de l'Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP) a réalisé la collecte de données d'une nouvelle BHIS. À la différence des enquêtes précédentes, l'édition de 2013 a eu recours aux entretiens à domicile assistés par ordinateur (CAPI) pour la partie en face-à-face du questionnaire. En revanche, l'autre partie du questionnaire relatif à l'usage de drogues doit encore être complétée par les intéressés. Les chercheurs ont conservé les mêmes éléments thématiques que ceux de l'enquête de 2008, à savoir la consommation de cannabis au cours de la vie, de l'année dernière et du mois dernier ; la fréquence de consommation de cannabis le mois dernier ; l'âge de la première consommation de cannabis et la consommation au cours de l'année dernière de cocaïne, d'amphétamines, d'ecstasy, de LSD, d'héroïne, de méthadone et de buprénorphine. Une nouveauté de l'enquête BHIS de 2013 est l'inclusion des informations sur les « legal highs ». Les résultats de l'enquête BHIS de 2013 sont attendus pour la fin 2014.

Cependant, il convient de faire remarquer que la prévalence de l'usage de substances illicites (pour les personnes de 15 à 64 ans) figurant dans des enquêtes générales comme la BHIS est probablement sous-estimée, notamment pour les drogues autres que le cannabis. En effet, les personnes marginalisées (sans-abris, prisonniers et personnes placées en institution) sont exclues de l'échantillon parce que les invitations à participer ne sont envoyées aux ménages qu'après un premier contact téléphonique. De surcroît, le questionnaire à remplir soi-même qui porte sur l'usage de drogues n'est complété qu'après la visite de l'interviewer (Van der Heyden et al., 2010;Van der Heyden et al., 2010). Il est très probable que les consommateurs « endurcis » ou « assidus » n'acceptent pas de recevoir l'interviewer à leur domicile et/ou ne prennent pas le temps de compléter le questionnaire (Demarest et al., 2012).

3. Usage de drogues en milieu scolaire et au sein de la population jeune

3.1. Usage de drogues au sein des élèves de l'enseignement secondaire belge

En Belgique, plusieurs enquêtes à grande échelle (recourant à des questionnaires à remplir soi-même) ont été réalisées au sein de la population des élèves des deux Communautés du pays. Dans un premier temps, l'enquête HBSC est conduite tous les 4 à 5 ans (1985-1986, 1989-1990, 1993-1994, 1997-1998, 2001-2002, 2005-2006, 2009-2010) (Favresse et de Smet, 2008;Godin et al., 2008;Hublet et al., 2006). Ensuite, le Projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et d'autres drogues (ESPAD) a été mis en œuvre en Belgique en 2003 et a été répété en Communauté flamande en 2007 et en 2010 sous la dénomination VLASPAD, le projet flamand d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et d'autres drogues (Lambrecht et al., 2004;Lambrecht et Andries, 2013). Enfin, l'enquête en milieu scolaire de la VAD est menée sur une base annuelle au sein des élèves des écoles flamandes depuis 2000-2001 (Kinable, 2011).

Pour ce qui est de l'année scolaire la plus récente, soit 2011-2012, seule l'enquête en milieu scolaire de la VAD a été réalisée (Melis, 2013). Dans l'ensemble, 39 999 élèves (de 12 à 18 ans) de 68 écoles flamandes ont participé à cette enquête. Sur la base du sexe, du niveau et du type d'enseignement, un échantillon représentatif de 6 083 élèves a été sélectionné. Dans l'enquête de 2011-2012, 17,3 % des élèves de 12 à 18 ans avaient déjà consommé au moins une fois des substances psychoactives illicites et 10,4 % en avaient consommé l'année dernière. Les sections suivantes décrivent la consommation de cannabis et d'autres substances psychoactives illicites dans cette population.

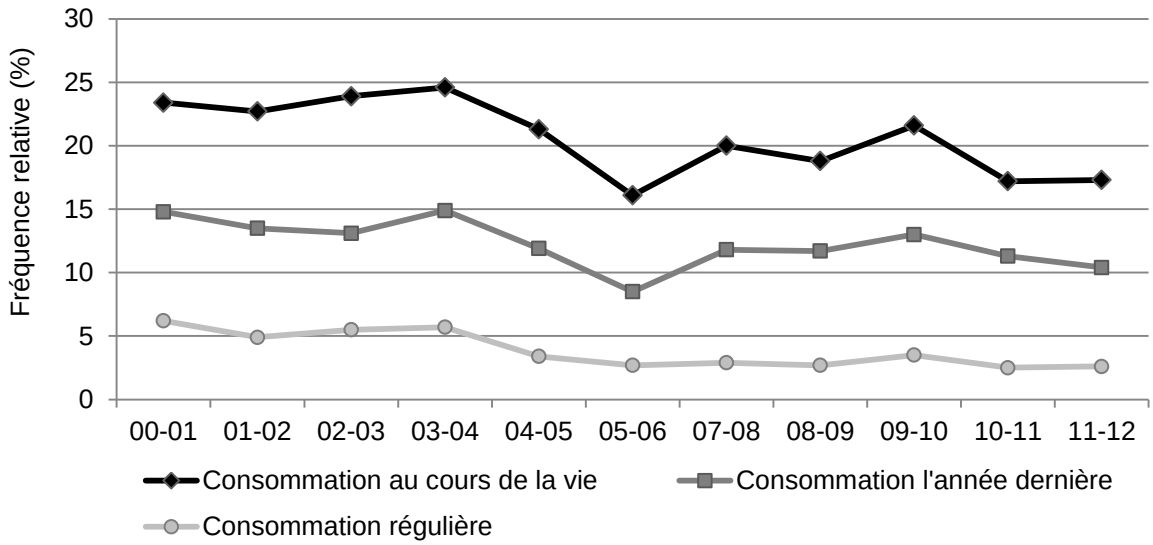
3.1.1. Cannabis

La prévalence de la consommation de cannabis reprise dans l'enquête en milieu scolaire de la VAD de 2011-2012 confirme la tendance épinglée dans les précédentes études belges (Godin et al., 2011;Kinable, 2011;Lambrecht et Andries, 2013;Lombaert, 2011;Melis, 2013). L'étude montre qu'environ un cinquième (20,9 %) des 15 à 16 ans et qu'un tiers (36,6 %) des élèves les plus âgés (17 à 18 ans) ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. Un cinquième environ (21,1 %) des élèves les plus âgés ont également consommé du cannabis pendant les 12 mois précédant l'étude. La prévalence à la fois au cours de la vie et de la dernière année des élèves les plus âgés était environ 10 fois supérieure à celle des élèves les plus jeunes (12-13 ans: respectivement 4,4 % et 2,4 %). On constate une stabilisation de la consommation régulière autour des 3 % depuis l'enquête de 2005-2006 (voir figure 2.1). La « consommation régulière » se définit comme une consommation de cannabis « une fois par semaine », « plusieurs fois par semaine » ou « quotidienne ». La

prévalence de la consommation régulière de cannabis était de 2,6 % pour tous les élèves (12-18 ans), avec 1,2 % des filles et 3,9 % des garçons. Chez les élèves de 15-16 ans, 3,1 % consommaient du cannabis sur une base régulière, contre 5,4 % pour le groupe d'élèves les plus âgés. Un petit groupe d'élèves de 12-14 ans (0,7 %), quoique ce taux ne soit pas insignifiant, a rapporté une consommation régulière de cannabis.

L'âge moyen de la première consommation de cannabis chez les jeunes scolarisés est de 15,4 ans. Une prévalence plus élevée de la consommation de cannabis au cours de la vie et de la dernière année, ainsi que de la consommation régulière a été observée chez les élèves des filières techniques et professionnelles comparativement aux élèves de l'enseignement général. Les raisons les plus fréquemment invoquées pour justifier la consommation de cannabis étaient la « sociabilité », la « relaxation » et la « curiosité ». Les raisons déterminantes avancées pour ne pas consommer de cannabis étaient : « ils n'en ont pas besoin », « le cannabis est dangereux », « c'est nocif pour la santé » (Melis, 2013).

Figure 2. 1. Fréquence relative (%) de l'usage de cannabis au cours de la vie, de l'année dernière et régulier parmi les étudiants (de 12 à 18 ans) des écoles de la communauté flamande, 2000-2012



Source: Melis, 2013a

Dans l'étude HBSC multinationale de 2009-2010, 17 % des filles et 23 % des garçons de 15 ans avaient consommé au moins une fois du cannabis. En Communauté flamande, respectivement 7 et 11 % des filles et des garçons ont rapporté avoir consommé du cannabis les 30 derniers jours, contre 9 et 14% en Communauté française (WHO, 2012). La prévalence de la consommation fréquente de cannabis (>40 fois) au cours de la vie chez les filles et les garçons de 15 ans en Belgique a été estimée, respectivement, à 2,0 % et 4,9 % en 2010 (ter Bogt et al., 2014). Par rapport à l'étude HBSC de 2002, on constate une diminution de la fréquence de la consommation tant chez les filles que chez les garçons.

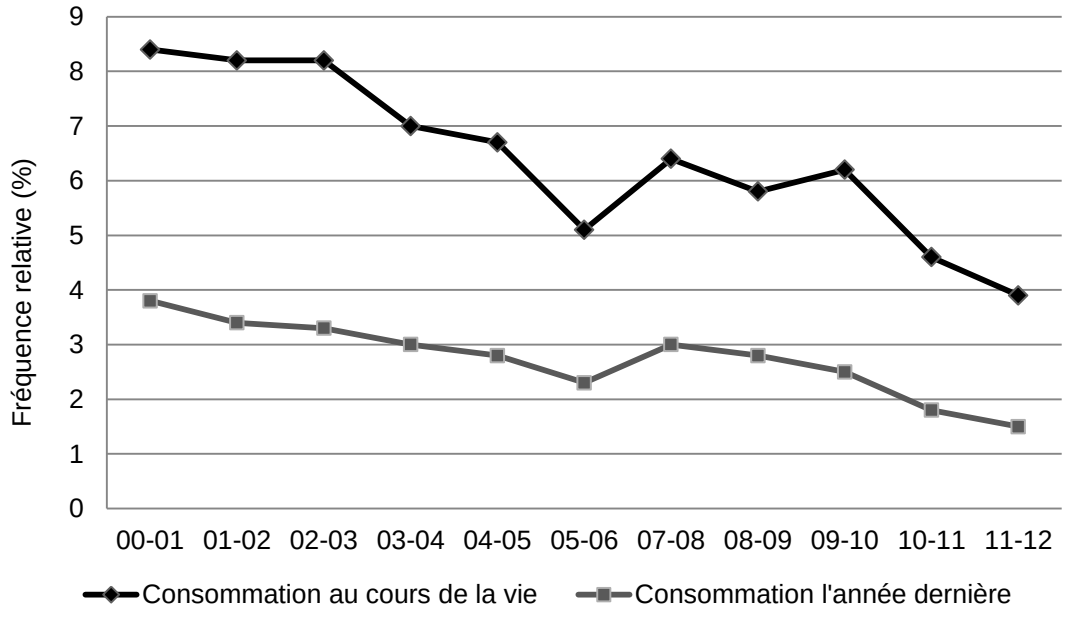
Cependant, la prévalence de la consommation fréquente de cannabis en 2010 a été stable comparée à celle de 2006. Cette tendance correspond à celle observée dans l'enquête scolaire de la VAD.

3.1.2. Autres substances psychoactives illicites

Les résultats de l'enquête scolaire de la VAD de 2011-2012 montrent que la consommation de substances psychoactives illicites autres que le cannabis était plutôt limitée chez les jeunes scolarisés (Melis, 2013). Dans l'ensemble de la population scolaire, seuls les élèves les plus âgés indiquent avoir au moins une fois consommé ces substances : 4,4 % des élèves de 15-16 ans et 7,7 % des étudiants de 17-18 ans. La prévalence la plus élevée au cours de la vie parmi les élèves les plus âgés (17-18 ans) en Communauté flamande a été rapportée pour l'ecstasy (3,8 %), les hallucinogènes (3,5 %), les amphétamines (3,4 %) et la cocaïne (2,5 %). La prévalence au cours de la vie de la consommation d'héroïne n'est que de 0,4 % au sein du groupe d'élèves les plus âgés (Melis, 2013).

Pour les années scolaires 2007-2008 à 2009-2010, on observe une prévalence stable de la consommation de substances psychoactives autres que le cannabis au cours de la vie et au cours de l'année dernière (Kinable, 2011). Par rapport à cela, on constate une diminution progressive dans les enquêtes scolaires de 2010-2011 et 2011-2012 (voir figure 2.2) (Melis, 2013).

Figure 2. 2. Fréquence relative (%) de l'usage de substances psychoactives illicites autres que le cannabis au course de la vie ou de l'année dernière parmi les étudiants (de 12 à 18 ans) des écoles de la communauté flamande, 2000-2012



Source: Melis, 2013a

3.2. Usage de drogues chez les étudiants des universités et des hautes écoles flamandes

L'enquête intitulée « In hogere sferen? » (« La tête dans les nuages ») repose sur la collaboration du groupe de recherche « Sociologie médicale et politique de la santé » de l'université d'Anvers, du groupe de recherche « Promotion de la santé » de l'université de Gand, de l'université catholique de Leuven, de la Haute-école catholique du Limbourg et du VAD. La troisième version de « In hogere sferen? » a étudié la consommation de substances psychoactives chez les étudiants des universités et des hautes-écoles d'Anvers, Gand, Louvain et du Limbourg en 2013 (Rosiers et al., 2014). Les institutions participantes représentent 46,7 % (N=107 126) de l'ensemble de la population estudiantine flamande et 18,5 % des étudiants éligibles (n=19 822) ont participé à l'enquête. Avec un échantillon stratifié d'après les données sur l'institution et le sexe, un échantillon représentatif de 2 375 étudiants a été sélectionné. Sur l'échantillon représentatif, 55,0 % étaient des femmes, une proportion qui correspond à l'équilibre hommes/femmes de la population d'étudiants faisant l'objet de l'enquête. L'âge moyen des étudiants était de 21,2 ans. À l'instar des enquêtes réalisées en 2005 et 2009, l'enquête de 2013 était un questionnaire online portant sur la consommation de substances psychoactives (légales et illégales), les motifs et les conséquences de la consommation de drogues, la santé mentale et les aspects contextuels de l'usage de drogues (Rosiers et al., 2011;Van Hal et al., 2007).

3.2.1. Cannabis

Quatre étudiants sur dix indiquent avoir au moins une fois consommé du cannabis (39,6 %; n=940) et un cinquième a consommé du cannabis ces 12 derniers mois (22,0 %; n=519). Ces résultats sont du même ordre de grandeur que les valeurs rapportées dans la précédente enquête (2009) (43,0 % de personnes ayant consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie et 22,9 % qui en ont consommé l'année dernière) et que les résultats de l'enquête scolaire du VAD de 2011-2012 chez les élèves de 17-18 ans (respectivement 36,6 % et 22,9 %). Les étudiants masculins avaient plus souvent consommé du cannabis que les étudiantes (49,4 % et 31,6 % respectivement). Parmi les personnes ayant consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, 31,0 % des étudiants masculins avaient consommé du cannabis dans les 12 derniers mois, comparativement à 14,7 % d'étudiantes.

Parmi les étudiants qui avaient consommé du cannabis les 12 derniers mois, près de la moitié en ont consommé une fois par mois ou moins pendant l'année académique. Un cinquième en a consommé au moins une fois par semaine (pour plus de détails voir tableau

2.1) et 1 sur 20 en consommait chaque jour. Pendant les vacances, la fréquence de la consommation quotidienne était légèrement plus élevée (6,3 %) que pendant l'année académique (5,3 %) ou la période des examens (4,2 %). Bien que presque tous les consommateurs de cannabis des « 12 derniers mois » aient confirmé la consommation pendant les vacances, près de la moitié d'entre eux ne consomment pas de cannabis pendant la période des examens. Les consommateurs réguliers sont plus nombreux parmi les étudiants masculins. L'enquête a également montré des corrélations entre l'âge et la consommation de cannabis, puisqu'une proportion plus élevée de consommateurs de l'année dernière s'observe chez les étudiants plus jeunes. Par ailleurs, plus jeune est l'étudiant lors de la première consommation de cannabis, plus fréquente est la consommation pendant l'année académique et la période des congés.

Tableau 2.1. Fréquence de l'usage de cannabis (%) parmi les étudiants chez les consommateurs de cannabis "au cours des 12 derniers mois" en communauté flamande

Consommation de cannabis									
	Total (N=519)			**Hommes (N=327)**			**Femmes (N=192)**		
Calendrier	0	<1x/ semaine	≥1x/ semaine	0	<1x/ semaine	≥1x/ semaine	0	<1x/ semaine	≥1x/ semaine
Année académique	10,5	68,8	20,7	7,8	64,6	27,6	15,0	75,7	9,3
Période des examens	45,3	42,3	12,4	39,0	45,4	15,6	55,5	37,2	7,3
Période des congés	4,3	72,2	23,5	3,2	66,2	30,6	6,2	81,9	11,9

Source: Rosiers et al., 2014

3.2.2. Autres substances psychoactives illicites

En plus de la consommation de cannabis, la troisième enquête « In hogere sferen? » a également évalué la consommation d'amphétamines, d'ecstasy et de cocaïne. La proportion d'étudiants qui a eu recours à l'une de ces substances est nettement inférieure à celle des consommateurs de cannabis : près de 5 % en ont consommé au moins une fois au cours de leur vie et 2,5 % dans les 12 derniers mois, pour chacune de ces substances (Rosiers et al., 2014). Ces proportions sont du même ordre de grandeur que celles de la deuxième enquête en 2009 (Rosiers et al., 2011) et de l'enquête scolaire du VAD sur les jeunes scolarisés de 17-18 ans (Melis, 2013). Les consommateurs des 12 derniers mois indiquent qu'ils consomment rarement des amphétamines, de l'ecstasy ou de la cocaïne sur une base régulière (une fois par semaine ou plus fréquemment) pendant l'année académique ou la période des examens. Cependant, pendant les vacances, ils indiquent qu'ils consomment plus souvent ces substances sur une base régulière (amphétamines 15,4 %; ecstasy 10,1 %; cocaïne 6,9 %). Sur les consommateurs des 12 derniers mois, 3,8 % des

consommateurs d'amphétamines ainsi que 1,5 % des consommateurs d'ecstasy ont rapporté une utilisation quotidienne pendant la période des examens. Personne n'a rapporté de consommation quotidienne pendant l'année académique ou les vacances. À l'inverse, une consommation quotidienne parmi les consommateurs de cocaïne au cours des 12 derniers mois n'a été rapportée que pendant les vacances d'été (2,3 %). Les étudiants masculins consomment davantage d'amphétamines, d'ecstasy et de cocaïne que leurs homologues féminines tant pour la consommation au cours de la vie que pour la consommation des 12 derniers mois. Les étudiants plus âgés ont indiqué une moindre consommation d'ecstasy au cours des 12 derniers mois.

3.2.3. Bien-être mental et usage de substances illicites

Le bien-être a été mesuré avec le questionnaire général sur la santé (General Health Questionnaire ou GHQ-12), plus précisément avec quatre questions relatives aux symptômes d'anxiété et de dépression, deux questions concernant la confiance en soi et six questions sur le fonctionnement social (Vanheule et Bogaerts, 2005). Un score GHQ-12 plus élevé (plus de problèmes psychologiques) était associé à un score DAST-10 plus élevé (problèmes lié à l'usage de substances illicites autres que le cannabis). Par conséquent, les symptômes d'anxiété et de dépression ont été associés avec un plus grand nombre de problèmes liés à la consommation de cannabis et d'autres substances illicites. Une moindre confiance en soi allait de pair avec des problèmes liés la consommation de substances illicites autres que le cannabis.

3.2.4. Facteurs contextuels de la consommation de substances psychoactives illicites

Au cours de la troisième enquête « In hogere sferen? », la moitié des étudiants vivait dans un kot d'étudiant, 40 % vivaient au domicile familial et 10 % étaient autonomes. Ce dernier groupe a indiqué une plus grande consommation de cannabis (54,7 %) par rapport aux étudiants en kot (39,5 %) ou vivant chez leurs parents (36,6 %). La même tendance de consommation accrue de drogues chez les étudiants autonomes s'observent également pour les autres substances psychoactives illicites. Cependant, les conditions de vie n'ont aucun rapport avec la fréquence de la consommation de drogues ou les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives illicites.

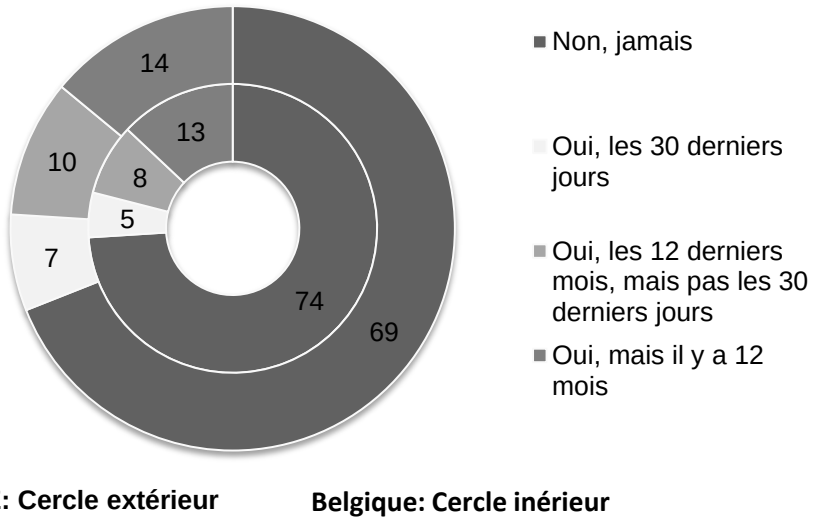
Par ailleurs, l'enquête n'a pas mis en évidence de rapport entre la fréquence de la consommation de substances psychoactives illicites et l'adhésion à ou la gestion d'une association d'étudiants ou d'un club sportif.

3.3. Étude européenne sur les jeunes et la drogue

En juin 2014, le réseau TNS Political & Social (Tayler Nelson Sofres) de l'Union européenne a réalisé une enquête Flash Eurobaromètre « Les jeunes et la drogue » dans les 28 États membres à la demande de la Commission européenne, direction générale de la justice. Ce Flash Eurobaromètre thématique a également été réalisé en 2002, 2004, 2008 et 2011 (TNS Political & social, 2014). Près de 13 000 répondants âgés de 15 à 24 ans issus de différents groupes sociaux et démographiques ont été interviewés par téléphone (lignes fixes et mobiles) dans leur langue maternelle. Le concept de base qui s'applique à tous les pays est une méthode aléatoire à phases multiples qui prend en compte la région et l'urbanisation. En Belgique, 500 jeunes répondants ont été interviewés.

Dans l'ensemble, 13 % des participants belges ont indiqué avoir consommé du cannabis dans les 12 derniers mois (Figure 2.3), comparativement à 17 % dans l'UE. Sur l'ensemble des participants belges, 5 % ont affirmé avoir consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours (UE : 7 %). Allant à contre-courant de la tendance générale de l'UE, les répondants belges avaient plus tendance à dire qu'ils n'avaient jamais essayé le cannabis (74 %) que dans le cadre du Flash Eurobaromètre de 2011 (Belgique : 71 %). La proportion de consommateurs de cannabis dans cette enquête est nettement inférieure aux résultats obtenus dans les enquêtes sur les jeunes scolarisés des enseignements secondaire et supérieur dont il est question plus haut. Cette différence peut refléter des conceptions différentes et des biais de sélection. En Belgique, 59 % ont indiqué qu'il leur serait « facile » de se procurer du cannabis dans les 24 heures (UE : 58 %) et près de 61 % déclaraient que l'interdiction du cannabis devrait être prolongée (UE : 53 %) (TNS Political & social, 2014).

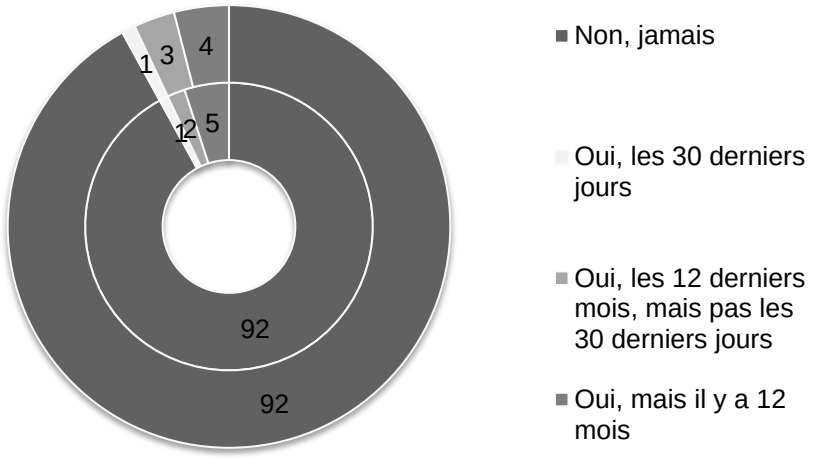
Figure 2.3. Proportion (%) des jeunes âgés de 15 à 24 ans rapportant l'usage de cannabis, 2014



Source: Flash Eurobaromètre (TNS Political & social, 2014)

La grande majorité (92 %) des personnes interrogées en Belgique n'a jamais essayé de nouvelles substances psychoactives (NPS), soit un taux similaire à la moyenne observée dans l'UE (92 %). Seulement 1 % avait utilisé des NPS dans les 30 derniers jours, 2 % dans les 12 derniers mois et 5 % il y a plus de 12 mois (Figure 2.4). Cependant, le nombre de personnes qui en ont consommé au moins une fois au cours de leur vie a augmenté de 4 % en Belgique par rapport au Flash Eurobaromètre 2011. Sur les personnes qui en ont consommé au cours des 12 derniers mois, 87 % avaient reçu une NPS d'un ami ou la lui avait achetée, alors que respectivement 35 et 30 % ont reconnu l'achat auprès d'un dealer de drogue ou d'un point de vente spécialisé. Seuls 3 % ont déclaré avoir acheté les substances en ligne. Tous les utilisateurs de ces 12 derniers mois ont rapporté qu'ils consommaient les NPS entre amis, 76 % les consommant au cours d'un événement festif. Sur l'ensemble des répondants, 34 % indiquent avoir reçu des informations sur les effets et les risques de NPS par les médias, alors que 36 % ont trouvé cette information sur l'internet. Respectivement 29 et 21 % ont affirmé avoir reçu des informations de leurs amis ou dans le cadre d'un programme de prévention scolaire, et 19 % indiquent n'avoir reçu aucune information. Une grande majorité estime que la consommation régulière de NPS est associée à un risque élevé pour la santé (87 %).

Figure 2.4. Proportion (%) de jeunes âgés de 15 à 24 ans rapportant l'usage de NPS, 2014



UE: Cercle extérieur Belgique: Cercle inérieur

Source: Flash Eurobaromètre (TNS Political & social, 2014)

4. Usage de drogues parmi des groupes et/ou des contextes spécifiques au niveau national et local

4.1. Usage de drogues dans les milieux récréatifs en Belgique

Plusieurs rapports récents dressés sur la base d'enquêtes réalisées auprès d'étudiants belges (Kinable, 2010;Lombaert, 2011;Rosiers et al., 2011) ont souligné le fait que les milieux récréatifs et festifs (par exemple les pubs, boîtes de nuit et les fêtes) sont les lieux préférés pour la consommation de substances illicites. Bien que l'écart de consommation de drogues entre les amateurs de musique dance et les autres se soit légèrement réduit, il n'en demeure pas moins que la probabilité de consommer (fréquemment) des substances illicites est toujours plus élevée dans les rangs des amateurs de musique dance (Van Havere et al., 2011;Van Havere et al., 2012). Les modes d'utilisation de substances psychoactives et les caractéristiques des consommateurs dans ces lieux font par conséquent régulièrement l'objet de contrôle de la part des Communautés flamande et française dans le cadre, respectivement, de la recherche du VAD sur les lieux de vie nocturne et le projet de réduction des risque « Drogues Risquer Moins » coordonné par Modus Vivendi (Hogge, 2014). Les approches méthodologiques de ces contrôles sont significativement différentes et ont été décrites en détail dans les précédents rapports annuels belges sur les drogues (van Bussel, J. C. H. et Antoine, J., 2012). Au cours des dernières années, la prévalence de l'usage de drogues dans les Communautés a fluctué dans une certaine mesure. Des modifications de la couverture du nombre, du type et de la localisation des lieux d'étude

pourraient avoir contribué à cette fluctuation, spécialement au sein de la Communauté française (Rwubu et Hogge, 2013).

Pour 2013, les données étaient disponibles en Communauté française par le biais du projet « Drogues Risquer Moins ». Quant à la prochaine recherche du VAD dans les lieux de vie nocturne, elle est prévue pour l'année 2015. « Drogues Risquer Moins » est une action conjointe de plus de 30 organisations de prévention et de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de la drogue qui sont actives dans les milieux récréatifs (Hogge, 2014). Des professionnels et des pairs fournissent des informations et prodiguent des conseils aux utilisateurs et aux personnes intéressées. L'enquête connexe (questionnaire papier ; en 2013 N=1,653, âge moyen de 23,1 ans) a pour objectif principal de vérifier si les activités de réduction des dommages correspondent effectivement aux besoins du public cible. Par conséquent, l'enquête n'est pas représentative de l'ensemble du milieu festif et ces données ne peuvent dès lors pas être interprétées comme des données de prévalence parce qu'il n'y a pas de méthode d'échantillonnage (Hogge, 2014). Les résultats peuvent être interprétés comme une première indication de (nouveaux) problèmes spécifiques de l'usage de drogues au sein du groupe cible. En raison des changements de questions intervenus dans l'enquête de 2013, les résultats sur l'usage de substances illicites de ces derniers mois et de l'année dernière ne sont plus disponibles. En lieu et place, les participants ont été interrogés sur leur consommation habituelle de drogues pendant la vie nocturne.

En Communauté française, le cannabis est de loin la substance psychoactive illicite la plus consommée en milieux récréatifs. En 2013, 66 % des fêtards consommaient parfois ou souvent une substance illicite pendant des événements festifs. Dans le détail, 53,3 % avaient consommé parfois ou souvent du cannabis, suivi des amphétamines (27,1 %), de la cocaïne (24,2 %), de champignons hallucinogènes (23,5 %) et d'ecstasy (23,5 %). Par ailleurs, 13,7 % et 11,4 % des répondants ont indiqué avoir consommé parfois ou souvent, respectivement, de la kétamine et des NPS (dans ce questionnaire, elles étaient appelées « research chemicals », en d'autres termes, de nouvelles drogues de synthèse) pendant des événements nocturnes (Hogge, 2014). Sur l'ensemble de la population participant à la vie nocturne, 44,1 % ont affirmé avoir consommé une substance illicite ou l'autre pendant l'événement. Trente-six pour cent des répondants avaient consommé du cannabis pendant l'événement, suivis par les amphétamines (12,5 %), l'ecstasy (8,5 %) et la cocaïne (6,8 %) (Hogge, 2014). Par ailleurs, 4,2 % des visiteurs ont indiqué avoir consommé de la kétamine pendant l'événement et 2,5 %, des NPS.

Enfin, l'enquête Global Drug Survey de 2014, à laquelle la Belgique a participé, a lancé sa recherche annuelle sur la drogue en novembre 2013. Ce travail a été coordonné par

l'association des universités et hautes-écoles de Gand (Vanderplasschen, 2014). Dans l'ensemble, 80 000 personnes provenant de 18 pays ont participé à cette enquête. En Belgique, près de 2 670 personnes ont répondu au questionnaire en ligne sur l'usage de drogues. Il importe de souligner que ce type d'enquête déclarative n'est pas représentatif de la population belge, parce que, en raison de l'absence de méthode d'échantillonnage stricte, il a été démontré qu'elle comprend une surreprésentation de consommateurs de drogues. Deux tiers des participants belges étaient des hommes d'un âge moyen de 27 ans environ. Trois quarts avaient une activité professionnelle ou étaient encore étudiants, alors que 23 % étaient sans emploi. Deux tiers se rendaient au moins une fois par mois dans une boîte de nuit ou un club. De même, deux tiers ont consommé au moins une substance illicite l'année dernière, alors que 52 % avaient consommé une telle substance au cours du dernier mois. Le cannabis était la substance la plus souvent consommée (42 %). Parmi les consommateurs de cannabis, la moitié en consommait plus de 50 fois au cours des 12 derniers mois. Quelque 30 % des consommateurs de cannabis souhaiteraient en consommer moins. Les autres drogues régulièrement consommées sont l'ecstasy (23,5 %) et la cocaïne (20 %). Le speed (8 %) et la kétamine (6,5 %) étaient moins prévalents. Quelque 4,5 % des répondants belges ont indiqué avoir consommé des NPS ces 12 derniers mois, comparativement aux 5,3 % des répondants de la Global Drug Survey. L'achat de drogues sur l'internet n'est pas encore aussi courant (c'est le cas de 7 % des participants belges) que dans d'autres pays (par exemple : 22% au Royaume-Uni), mais ce nombre n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années (Winstock, 2014). Il convient de noter que les échantillons de différents pays présentent des variations significatives portant notamment sur l'âge moyen et la fréquence de visite des boîtes de nuit. Par conséquent, il convient de faire preuve de circonspection lors de la comparaison des données de différents pays.

5. Conclusion

Lors de la rédaction du présent rapport, les résultats de la dernière enquête de santé belge par interview (BHIS) en population générale n'étaient pas encore disponibles et seront présentés dans le rapport national belge sur les drogues de 2015. De manière générale, nous remarquons que les enquêtes en population générale et/ou en milieu scolaire présentent des difficultés pour atteindre les personnes marginalisées. Cela étant les usagers de drogues « endurcis » ou « assidus » ne seront souvent pas repris dans les résultats. Ces enquêtes nous donneront quelques informations sur les formes plus courantes de consommation de drogues, mais elles ne conviennent pas pour étudier les usages à hauts risques de drogues comme l'usage de drogues injectables (pour une description des usages

à hauts risques de drogues, veuillez consulter le chapitre 4) ou la consommation de substances moins courantes en population générale (par exemple l'héroïne).

Les enquêtes régionales au sein de la population scolarisée des enseignements secondaire et supérieur de la Région flamande laissent entendre que la consommation de cannabis a reculé en 2006 et reste stable depuis lors. Près d'un cinquième des 17-18 ans (21,1 %) et des étudiants des universités et hautes écoles (22,0 %) ont consommé du cannabis pendant les 12 mois précédant l'enquête. La « consommation régulière » de cannabis dans la population scolarisée âgée de 12 à 18 ans était limitée à 2,6 % de la population étudiée. La consommation de cannabis parmi les étudiants d'université et de hautes écoles dépend dans une très large mesure du moment de l'année. Près de la moitié de ceux qui ont consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois n'en ont pas consommé pendant la période des examens, mais presque tous les étudiants du groupe de consommateurs des 12 derniers mois en ont consommé pendant les vacances.

La tendance à la baisse de la prévalence de la consommation de cannabis chez les jeunes depuis 2006 a également été observée dans d'autres pays européens comme l'Allemagne, la France, le Royaume-Uni et l'Espagne (EMCDDA, 2014). Les résultats du Flash Eurobaromètre 2014 ont également montré une baisse de la prévalence de la consommation de cannabis par rapport à 2011. Par conséquent, nous attendons avec beaucoup d'intérêt les résultats de la dernière enquête belge sur le comportement lié à la santé des enfants en âge scolaire (HBSC) de 2013-2014 et du futur projet flamand d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et d'autres drogues (VLASPAD 2015), et leurs conclusions sur les tendances observées de la consommation de cannabis. Au cours de la dernière réunion d'experts organisée dans le cadre de l'enquête en population générale (GPS) par l'EMCDDA (en juin 2014), l'experte GPS du point focal national espagnol, Alvarez Elena, a suggéré dans sa présentation une corrélation entre la perception du risque lié à la consommation de cannabis et la prévalence de la consommation de cannabis chez les jeunes. En période de perception d'un risque plus élevé, la prévalence de la consommation de cannabis diminue et inversement. Par ailleurs, la présentation orale du point focal national français (expert GPS Spilka Stanislas) a suggéré l'existence d'une corrélation entre l'âge du début du tabagisme et le début de la consommation de cannabis. La France n'a connu aucune modification majeure de la sa législation en matière de consommation de cannabis, mais lorsque la législation antitabac est devenue plus stricte, l'âge de début du tabagisme a augmenté, tout comme celui de la consommation de cannabis. L'enquête scolaire du VAD décrit également une diminution progressive du tabagisme parmi les adolescents au cours des 10 dernières années. Cependant, des recherches plus

approfondies sur les mécanismes du début de la consommation de drogues ne sont actuellement pas disponibles en Belgique.

Les enquêtes réalisés auprès des universités et hautes écoles laissent aussi entendre que la consommation de substances psychoactives illicites autres que le cannabis est limitée (environ 1,5 à 2,5 % des personnes ont consommé des amphétamines, de l'ecstasy et de la cocaïne au cours des 12 derniers mois). Un petit groupe d'étudiants de l'enseignement supérieur a indiqué une consommation quotidienne d'amphétamines et d'ecstasy pendant la période des examens. Ce dernier point en particulier est plutôt surprenant parce que cette substance a non seulement un effet stimulant central similaire à celui des amphétamines, mais également un effet hallucinogène qui peut se renforcer de plus en plus avec une utilisation répété et à long terme. Bien que la consommation de NPS en Belgique semble toujours limitée selon les résultats du Flash Eurobaromètre 2014 et de la Global Drug Survey, il convient toutefois de faire montre de vigilance compte tenu de l'augmentation de la consommation de ces substances signalées au cours des trois dernières années.

Des données d'observation de la vie festive (Communauté française) suggèrent que la consommation de drogues illicites est nettement plus courante dans ce milieu. Les fêtards rapportent le plus fréquemment la consommation de cannabis pendant l'événement (33 %), suivi par les amphétamines (12,5 %), l'ecstasy (8,5 %) et la cocaïne (6,8 %). Nous remarquons aussi que 4,2 % et 2,5 % des répondants ont signalé la consommation, respectivement, de la kétamine et de NPS pendant l'événement. Comme la kétamine et d'autres NPS sont de plus en plus prisées parmi les noctambules, elles devraient être prises en considération dans tous les types d'enquêtes liées aux stupéfiants afin de les ajouter aux questionnaires en vue de pouvoir mieux contrôler ce phénomène.

Compte tenu de l'inexistence en Belgique d'une enquête récurrente en population générale spécifiquement consacrée aux drogues et à l'usage de drogues, toutes les données sont transversales et utilisent différents échantillons et différentes méthodologies. Par conséquent, ces données peuvent difficilement être comparées et il n'est pas facile de dégager des conclusions générales. En raison des différents programmes (calendrier et priorités) des différentes Communautés, il est aussi difficile d'avoir une vue d'ensemble nationale de qualité à tout moment. Dans un contexte européen, la Belgique est l'un des rares pays qui ne collecte pas systématiquement des données de prévalence nationale sur toutes les formes de consommation de drogues (Decorte et al., 2009). Cela étant, priorité devrait être donnée à cette recherche, puisqu'elle donne les informations de base pour d'autres activités de recherches et actions politiques dans le domaine de la drogue et de l'usage de drogues.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier la contribution de tous les fournisseurs de données ainsi que leurs remarques : Mme De Donder, Mme Melis, Mr Laudens, Mr Rosiers, Mme Casero, dr. Hogge, Prof. dr. Decorte, Prof. dr. Van Hal, Mr Martens et Mme Huard.

Chapitre 3. Prévention

Casero L. et Laudens F.

- *Une campagne de prévention de la consommation de cannabis à grande échelle a été lancée en Communauté flamande. Elle combine une approche des médias de masse et la promotion de matériel didactique par des professionnels.*
- *En 2013, le secteur spécialisé en usage de drogues et les acteurs de réduction des risques ont élaboré un « Plan de réduction des risques » dans la Région de Bruxelles-Capitale. La mise en œuvre de ce plan sera l'une des priorités des prochaines années.*
- *La plupart des actions de prévention et de réduction des risques organisées en Fédération Wallonie-Bruxelles sont marquées par le contexte institutionnel changeant de la sixième réforme de l'État.*

1. Introduction

En Belgique, le Gouvernement fédéral n'est pas responsable de la politique de prévention en matière de drogues. La prévention spécifique de l'usage de drogues en population générale incombe aux gouvernements des Communautés et Régions. Chaque gouvernement communautaire et régional spécifique est donc autorisé à déployer sa propre politique afin de répondre aux besoins spécifiques de sa région. Cependant, les initiatives en matière de prévention concernant les hôpitaux généraux, les médicaments, l'hépatite C et la consommation de drogues à l'armée, ont une couverture belge et un impact national. Par conséquent, le Gouvernement fédéral participe encore à la mise en œuvre des activités de prévention liées aux drogues.

L'association pour problèmes d'alcool et d'autres drogues (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, VAD) et l'association pour la prévention de l'assuétude et la qualité de vie (Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung, ASL) sont les structures de co-coordination de la communauté flamande et de la communauté germanophone respectivement. L'asbl Eurotox est l'Observatoire Socio-Épidémiologique Alcool-Drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB).
En Communauté flamande, la prévention est régulée par l'Action flamande Tabac, Alcool et Drogues (TAD) 2009-2015. Dans ce cadre, les acteurs des secteurs de la santé et de l'enseignement sont au centre des préoccupations. Chaque année, différents aspects du plan d'action sont mis en œuvre.

Bien que plusieurs activités de prévention soient organisées au sein des communautés locales et avec le concours des services de police, les centres régionaux de santé mentale

ont reçu un financement structurel supplémentaire en 2013 afin de cibler les entreprises et les gouvernements locaux. Étant donné que la plupart des entreprises privées de Flandre et de Bruxelles – ayant fait l'objet d'une enquête dans le cadre du plan d'action TAD – n'utilise pas encore une politique active Alcool et Drogues, des améliorations sont vivement exigées dans ces secteurs.

Le cadre politique en matière d'alcool et de tabac dans le secteur éducatif est plus élaboré. Un grand nombre d'écoles secondaires mettent en œuvre un cadre politique structurel de bonne qualité pour l'alcool et le tabac. Cependant, le plan d'action TAD est moins déployé dans les écoles primaires. Le thème de l'alcool est seulement présent dans le programme de cours de 58 % des écoles primaires. Qui plus est, seule une école primaire sur trois se penche sur les règles et normes précises pour les élèves. Les écoles ne disposent pas non plus d'un cadre juridique spécifique pour la consommation d'alcool et de drogues par les employés, étant donné que la convention collective de travail concernant « la politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise » (CCT 100) ne comprend pas les institutions publiques (Larmuseau et al., 2013).

En plus de ces objectifs généraux dans le secteur de la santé et de l'enseignement, le plan d'action flamand TAD a déterminé que les écoles secondaires et les centres publics d'aide sociale étaient les secteurs prioritaires pour cibler les personnes avec un statut socio-économique faible.

Les activités de prévention de la consommation d'alcool et de drogues en Communauté flamande sont supervisées par le programme Ginger, qui est coordonné par la VAD (Rosiers et al., 2014). En 2013, 83 personnes actives dans la prévention ont participé à cet enregistrement annuel. Dans l'ensemble, 6 065 activités de prévention de l'alcoolisme et de l'usage de drogues valides ont été enregistrées.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, les actions de prévention sont réalisées en donnant la priorité à la « promotion de la santé » (WHO, 1986). L'objectif principal consiste en l'amélioration de la qualité de vie et de la santé des citoyens. En raison de la réforme de l'État fédéral, la compétence de « promotion de la santé » relève désormais de la responsabilité de la Région wallonne et de la Région de Bruxelles-Capitale (Commission de la Communauté française, COCOF) depuis le 1er juillet 2014. La plupart des actions de prévention et de réduction des risques organisées en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2013-2014 ont été marquées par ce contexte institutionnel en mutation.

En 2013 et 2014, la Fédération Wallonie-Bruxelles a consenti des efforts en vue de renforcer des initiatives existantes concernant l'aide, les soins et la réduction des risques des usagers de drogues injectables moyennant la mobilisation de différents acteurs.

Depuis 2013, une Cellule francophone santé-assuétudes est opérationnelle. Cette cellule se compose de représentants des Ministres de la santé des gouvernements de la Communauté française (Fédération Wallonie-Bruxelles), de la Région wallonne et de la COCOF. La cellule poursuit trois objectifs principaux : 1) déployer un cadre politique commun en vue de favoriser la santé des citoyens et l'intégration de tous dans la société, 2) faciliter l'intégration des politiques santé, 3) formaliser les collaborations politiques fonctionnelles.

En 2014, trois organisations, dont la Fédération bruxelloise des institutions pour usagers de drogues (Fédito Bruxelloise), la Coordination Locale Drogues Bruxelles (CLDB) et Modus Vivendi ont commencé à développer un plan conjoint de réduction des risques pour Bruxelles. Ce plan crée un cadre plus formel pour les stratégies de réduction des risques dans la Région de Bruxelles-Capitale dans différents environnements tels que les soins, le milieu carcéral, le milieu festif et l'environnement sportif (Van Huyck et al., 2014).

Les activités de prévention de la Communauté germanophone sont élaborées par l'ASL. Cette organisation a pour objectif de prévenir toute assuétude et de stimuler une vie saine sans drogues. Elle se penche à la fois sur les substances légales et illicites. Cependant, le présent rapport ne reprend que les projets de prévention liés à la consommation de drogues illicites. ASL offre, entre autres, des informations, des conférences, des formations, des activités et des conseils. En 2013, ASL a touché un total de 6 740 personnes, dont 3 985 étudiants (ASL, 2014).

Les paragraphes suivants donnent un aperçu d'un large éventail d'activités de prévention indicative, sélective et universelle mises en œuvre dans les Communautés flamande et germanophone et en Fédération Wallonie-Bruxelles. Des efforts sont déployés afin d'améliorer et d'élargir les initiatives de prévention destinées aux écoles (section 2.1), familles (sections 2.2 et 3.2) et des groupes et milieux à risques (sections 3.1 et 3.3). Les citoyens qui ont des questions au sujet de la consommation de drogues en général ont la possibilité de consulter la ligne d'assistance. Les lignes d'assistance de la Communauté flamande et de la Fédération Wallonie-Bruxelles dispensent aussi des conseils en ligne (section 2.3.1 pour plus de détails). Par ailleurs, un cadre destiné à stimuler la mise en œuvre d'une politique locale en matière de drogues dans les villes et les communes est mis en place (section 2.3.2). De plus, les Communautés affichent un intérêt croissant pour le dépistage, la détection et l'intervention précoces en cas d'abus de substances dangereuses (voir 4.1-4.3). En 2013, plusieurs campagnes médiatiques ont également été mises en place et prolongées (voir section 5 pour la description).

2. Prévention universelle

2.1. Milieu scolaire

2.1.1. Prévention universelle en écoles primaires

Bien que le nombre de demandes d'interventions de prévention soit moins élevé dans les écoles primaires que dans les écoles secondaires, un certain nombre d'initiatives efficaces ciblent toutefois ce public.

La VAD et l'Institut flamand pour la promotion de la santé (VIGeZ) ont élaboré un guide pour les écoles primaires concernant l'action TAD. Cet instrument aide à décider quelle thématique (tabac, l'alcool et/ou substances illicites) peut être abordée à quel âge (niveaux 1, 2 ou 3) et quel matériel didactique peut être utilisé.

Au cours des dernières années, un plus grand nombre d'activités ciblant le recul de l'âge de la première consommation d'alcool ont été introduites dans les écoles primaires flamandes. Par exemple « Fun sans alcool » est une intervention destinée aux jeunes de 10 à 12 ans afin d'encourager la non-consommation d'alcool et de retarder le début de la consommation. Cette intervention se compose de 8 cours à intégrer dans le programme de cours normal de 3e niveau de primaire. Les élèves et leurs parents peuvent trouver plus d'informations sur le site web (VAD, 2010).

Les enseignants peuvent faire appel à des formations organisées par « De Sleutel » qui fournit une aide en vue d'améliorer la « capacité à gérer son existence » des élèves en utilisant du matériel adapté à leur âge. L'amélioration de ces compétences élémentaires de vie est l'un des objectifs finaux des écoles primaires définis par le gouvernement flamand.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, les actions reposent sur les cinq principes suivants 1) analyser la demande et clarifier la situation, 2) adapter l'action en fonction du projet éducatif et des ressources de l'institution, 3) reconnaître le rôle de prévention des adultes en relation avec des jeunes, 4) agir ensemble et créer une dynamique de participation et 5) garantir le respect de la confidentialité.

En 2011, un projet pilote intitulé « Cellules bien-être » a été déployé dans les écoles. Il combine la continuité philosophique et théorique des approches intégrées habituellement utilisée dans la promotion de la santé à l'école. Les participants internes et externes de la même école (directeurs, enseignants, éducateurs, membres des équipes de promotion, élèves, etc.) sont régulièrement consultés afin de soutenir le directeur à définir les lignes directrices concernant l'application du bien-être à l'école individuelle.

2.1.2. Prévention universelle dans les écoles secondaires

Les écoles secondaires en Communauté flamande, Fédération Wallonie-Bruxelles et Communauté germanophone mettent au point des projets concernant la consommation d'alcool et de drogues.

La tradition en matière de prévention universelle dans les écoles secondaires est bien ancrée en Communauté flamande. Depuis de nombreuses années, un cadre politique structurel pour la prévention de l'usage de drogues dans les écoles secondaires est élaboré et a été très largement adopté. Chaque école élabore son propre cadre structurel et global, à la mesure de chaque environnement scolaire individuel.
Depuis 1999, les écoles secondaires flamandes peuvent évaluer leur politique des drogues sur la base de la réaction de leurs élèves. L'enquête auprès des élèves («Leerlingenbevraging»; voir également les chapitres 2 et 4) permet de collecter des données de tous les élèves d'une école et de dresser un rapport assortis d'outils, de conseils et d'astuces visant à améliorer la politique des drogues en milieu scolaire. Depuis le début de ce projet, 951 écoles et plus de 502 651 élèves ont participé à cette évaluation.

La politique des drogues en milieu scolaire comprend un large éventail de programmes de prévention universelle qui sont utilisés dans l'enseignement secondaire, principalement par les enseignants eux-mêmes. Ils reçoivent une aide des travailleurs et organisations actives dans le secteur de la prévention, principalement par le biais de formations et de consultations. « De Sleutel » forme les enseignants à mettre en œuvre les programmes de prévention de l'usage de drogues, comme le programme européen « Unplugged » dans leur classe. Cette approche de l'apprentissage des compétences élémentaires de la vie et des influences sociales s'est traduite par des résultats effectifs en termes de recul de l'âge de la première consommation de drogues dans la classe d'âges 12 à 14 ans (premier cycle). « De Sleutel » a également mis au point un programme de suivi pour le deuxième (14 à 16 ans) et le troisième cycles (16 à 18 ans).

La VAD a créé « Crush », un ensemble de matériel didactique pour les élèves de 3e cycle, qui s'articule autour du thème de l'alcool et du cannabis, associés aux relations. Ce matériel utilise cinq méthodologies centrées sur l'information concernant l'alcool et le cannabis, les normes et valeurs, la gestion de la pression sociale et la fixation de limites (Baeten et al., 2013).

Des points d'aide spécifiques sont opérationnels en Fédération Wallonie-Bruxelles pour renforcer les liens entre le réseau spécialisé dans la prévention des conduites addictives, d'une part, et l'environnement scolaire, de l'autre.

S'inscrivant dans le prolongement de l'enquête scolaire réalisée en Communauté flamande, une enquête intitulée « Et les jeunes, qu'en pensent-ils ? » a été mise sur pied en 2013 dans les écoles de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Les résultats ont été communiqués dans toutes les écoles. Par ailleurs, les enseignants proposent des formations à la fois dans le cadre de la « Promotion de la santé et Prévention des assuétudes ». Ces formations doivent offrir aux écoles un langage commun pour examiner le thème des assuétudes avec les élèves.

En Communauté française, treize partenaires des secteurs de la santé, de l'enseignement et de la jeunesse participent à un projet baptisé « Jeunes, alcool et société ». Ce dernier vise à encourager une consommation moins risquée et plus responsable parmi les jeunes.

« Accro, moi non plus » est une exposition interactive et un outil de prévention des assuétudes et de promotion de la santé qui s'adresse aux jeunes et est développée par Latitude Jeunes (un service qui met au point plusieurs actions de prévention et de sensibilisation). L'asbl « Prospective Jeunesse » a organisé six débats avec des élèves et un avec des acteurs sociaux qui ont découvert l'exposition afin d'animer les débats avec les jeunes qui ont participé à l'exposition. Parallèlement, « Prospective Jeunesse » a également créé le projet « Art et Prévention » en 2013 afin de soutenir les écoles à utiliser une pratique artistique pour approcher les questions de consommation. Cette approche présente l'avantage de permettre le débat avec des jeunes sans poser trop directement de questions sur leur dépendance. Le projet « Art et Prévention » propose également une formation en promotion de la santé du relais des adultes. En 2013, les initiatives concernaient cinq interventions (trois en milieu scolaire et deux dans des départements communaux).

Les formations supplémentaires suivantes sont organisées dans les écoles de la Communauté française :

- formation de base : prévention des assuétudes et promotion de la santé ;
- formation aux outils éducatifs relatifs à la consommation ;
- une approche éducative sur la manière de prévenir les risques liés à la dépendance (drogues, alcool, Internet, jeux vidéo, etc.) ;
- la manière dont les écoles peuvent stimuler le bien-être des élèves.

En Communauté germanophone, une approche globale est utilisée pour examiner l'usage de drogues avec des jeunes scolarisés. En collaboration avec des agents de police, ASL a organisé des conférences dans des écoles secondaires sur les droits, les devoirs et les risques en société. Plusieurs thèmes tels que la violence, le vandalisme, le vol, etc., font l'objet de discussions dans le cadre de ces sessions d'information. Les drogues légales sont abordées au cours de la première année du secondaire alors que les substances illicites ne

sont examinées qu'au cours de la deuxième année. Au terme d'une session, les étudiants sont invités à participer à un quizz (ASL, 2014). Un autre projet est introduit dans la première année du secondaire afin de préparer le traitement du thème de l'assuétude. Les élèves sont invités à trier des cartes sur lesquelles figurent différentes mentions comme fumer, se relaxer, dépendance, etc. Sur la base de la classification des mots par les étudiants, le travailleur de prévention commence la discussion. ASL a également organisé EuPrevent, une aventure de deux jours au centre sportif d'Eupen. Ce projet donne aux étudiants la possibilité d'expérimenter un « coup de fouet » sans consommer de drogue. Outre ces activités aventureuses, une information a été fournie sur le cannabis et les risques liés à sa consommation (ASL, 2014).

2.1.3. Prévention universelle dans l'enseignement supérieur

En Flandre, le site web DrugLijn a une section dédiée aux étudiants d'universités et de hautes-écoles (De DrugLijn, 2014). Les priorités thématiques évoluent au cours de l'année académique. Au début de l'année, l'alcool et/ou le cannabis sont les principaux sujets, alors que la consommation de médicaments (liés aux examens) est mise en évidence en fin d'année.

Depuis 2010, l'asbl « Univers Santé » a mis au point un plan d'action pour 10 ans à l'UCL, en association avec le Service d'aide aux étudiants et le Service Logement, qui vise la problématique de l'alcool dans l'environnement estudiantin. En septembre 2013, cinq groupes – composés d'étudiants, d'autorités académiques, de départements et d'institutions – ont été créés pour développer différents axes prioritaires du plan opérationnel.

Plusieurs actions consacrées au comportement raisonnable en matière de consommation d'alcool, comme un plan de prévention des 24 heures vélo, une nouvelle campagne « Alcool » et une page Facebook, sont organisées pendant l'année académique.

Un autre projet consacré à la consommation d'alcool parmi les étudiants de Bruxelles a été mis au point en 2013 par Modus Vivendi. Le projet expérimental « Réduction des risques liés à l'usage d'alcool en milieu estudiantin » est subsidié par la COCOF pour l'année académique 2013-2014. Le projet entend étudier la situation dans deux 2 campus de Bruxelles, à savoir la Haute École Lucia de Brouckère et les Facultés Saint-Louis. En testant et en évoluant certains outils, des actions concrètes de réduction des risques seront développées.

2.2. Famille

2.2.1. Amélioration des aptitudes parentales

Des initiatives de prévention universelle à l'intention des parents sont principalement intégrées aux programmes des organisations d'éducation des adultes et au niveau local. Plusieurs programmes sont ouverts à tous les parents (en d'autres termes, pas uniquement les parents avec des enfants usagers de drogues) et poursuivent un objectif global de développement de « life skills » ou compétences essentielles à la vie quotidienne.

À partir du mois de décembre 2011, la VAD a développé un programme de prévention interactif en une session et basé sur la famille à l'intention des parents d'adolescents (10 à 15 ans) en Communauté flamande. Ce programme de prévention entend améliorer les compétences parentales liées à la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues par des adolescents. Au terme d'un projet pilote et d'une évaluation prétest/post-test, la mise en œuvre du programme a démarré en septembre 2013. On a organisé cinq sessions de formation des formateurs (avec un total de 71 participants) à l'intention à la fois des professionnels des secteurs de l'alcool et de la drogue, et des professionnels actifs dans le domaine du support parental. L'ensemble du matériel (manuel des formateurs, matériel interactif comme des films, brochures, cartes postales) est disponible en ligne (VAD, 2014).

Cette approche est aussi mise en œuvre en Communauté germanophone. Depuis plusieurs années, l'ASL organise des formations de sensibilisation à l'intention de la population générale. Plusieurs réunions consacrées aux thèmes choisis par les parents intéressés ont été organisées en 2013. Dans l'ensemble, 201 participants ont participé à 16 soirées. De plus, une réunion consacrée aux « enfants en forme » a été organisée pour les familles (ASL, 2014).

Un site web flamand spécifiquement consacré à l'e-learning à l'adresse de parents d'adolescents a été lancé à la fin 2013 dans la foulée d'une évaluation du produit et de l'effet. Ce projet de prévention universelle mis au point par la VAD et l'Institut flamand de promotion de la santé (VIGeZ) se concentre sur cinq thèmes sanitaires relatifs aux compétences parentales, à savoir l'alcool, le tabac, le cannabis, la mobilité et la nutrition (Vigez, 2014). Afin d'encourager la mise en œuvre de cette initiative, le site a fait l'objet d'annonces par le biais de canaux de différentes organisations de santé publique et a donné lieu à des formations de professionnels actifs dans l'aide aux parents.

Les parents qui ont des questions sur l'éventuelle consommation de drogues par leurs enfants peuvent consulter des informations en ligne. Une page distincte du site web de la ligne d'assistance flamande DrugLijn attache une attention particulière aux parents et aux

compétences parentales. Le forum aux questions du site web de la ligne d'assistance en français « Infor-Drogues » aborde aussi ce thème (Voir également 2.3.1).

2.3. Communauté

2.3.1. Lignes d'assistance

« Infor-Drogues » et « DrugLijn » sont les lignes d'information et d'aide en matière de drogues, respectivement, de la Communauté française et de la Communauté flamande. Ces services ne gèrent pas seulement un service de ligne d'assistance, mais proposent aussi depuis quelques années des conseils en ligne sur leur site web.

Les chiffres annuels pour «DrugLijn » en 2013 (N=6.197) sont présentés au tableau 3.1 et montrent une diminution de 364 contacts, soit 6 %, par rapport à 2012 (Evenepoel, 2014). Ces contacts consistent en des appels téléphoniques et des demandes de renseignements en ligne via e-mail, Skype et des services de chat. Cependant, il existe des différences dans la manière dont le nombre de contacts évolue par média. Le nombre d'appels téléphoniques (N=3.124) continue à diminuer au rythme des années précédentes (-5 %). Le nombre de demandes de renseignements par e-mail (N=2.523) a accusé son premier recul important depuis le lancement de ce service par e-mail en 2004 (-19 %). Cette diminution a toutefois était compensée, dans une large mesure, par le service de chat qui a été lancé au cours de l'automne 2012 et a été pleinement opérationnel en 2013. Le nombre de contacts par chat en ligne (N=385) devrait encore augmenter à l'avenir. En dépit des augmentations et des diminutions dans les différents « canaux » proposés par la ligne d'assistance, l'équilibre global entre les appels téléphoniques et les demandes de renseignements en ligne approche toujours le taux de 50/50.

La « DrugLijn » n'est pas une ligne d'assistance d'urgence et n'est dès lors pas opérationnelle 24 heures sur 24. En dehors des heures de bureau (lundi à vendredi de 10h00 à 20h00), 1.942 appelants ont appelé le système de réponse vocale interactif, qui fournit des informations sur les heures d'ouverture ainsi que des conseils d'urgence élémentaires. Hormis ces chiffres, la « DrugLijn » a également reçu 601 canulars.

Le cannabis est la drogue qui a toujours été la plus mentionnée sur la « DrugLijn », cependant la proportion de demandes de renseignements sur le cannabis reste stable (voir tableau 3.1). Les chiffres relatifs à l'alcool affichent une diminution en 2013 après l'augmentation remarquable en 2012. Le nombre de questions concernant la cocaïne est resté assez stable, à l'instar des années précédentes. Le nombre de demandes de renseignements à propos des médicaments psychoactifs continue de diminuer. La proportion de demandes de renseignements pour l'ecstasy enregistre un statu quo et montre

une légère augmentation pour le LSD. Le nombre de contacts liés aux amphétamines a également augmenté en 2013, alors que ceux qui ont trait à l'héroïne ou à la méthadone affichent une baisse. Pour d'autres drogues qui ne sont pas reprises au tableau 3.1. comme le GHB, la kétamine ou d'autres nouvelles substances psychoactives, les nombres restent faibles. Cependant, si l'on considère l'évolution sur plusieurs années, le nombre de questions concernant le GHB semble augmenter.

Tableau 3.1. Prévalence des appels substance (% et N), DrugLijn et Infor-drogues, 2013

Caractéristiques	Infor-Drogues		DrugLijn*	
	N	%	N	%
Nombre total de contacts	2.539	100,0	6.197	100,0
Substance impliquée				
Cannabis	1.008	40,3	1.935	35,4
Cocaïne	431	17,2	792	14,5
Ecstasy	49	1,9	297	5,4
Héroïne	142	5,7	156	2,9
Alcool	327	13,1	1.475	27,0
Médicaments psychoactifs	204	8,1	492	9,0
Crack	48	1,9	N/A	N/A
Méthadone	109	4,3	73	1,3
LSD	29	1,1	97	1,8
Amphétamine	61	2,4	460	8,4

*Les chiffres comprennent les appels téléphoniques et les demandes de renseignements par e-mail. Les pourcentages pour les « substances impliquées » sont calculés sur le nombre total de personnes qui mentionnent au moins une drogue (5 486 personnes)

Source : Infor-Drogues, 2012 ; DrugLijn 2013

Les chiffres de 2012 indiquaient déjà que la « DrugLijn » atteignait plus de jeunes que deux ans auparavant. Cette évolution est confirmée en 2013 et s'explique par le succès des services en ligne fournis par la ligne d'assistance. Le service téléphonique touche traditionnellement des groupes de personnes plus âgées et aussi davantage de femmes. Cela comprend souvent des partenaires et même plus de mères d'usagers de drogues. Les services en ligne – notamment le service de chat – semblent attirer les jeunes, puisque 64 % d'entre eux ont moins de 25 ans. Le service de chat atteint également un peu plus d'hommes et plus d'usagers de drogues que le service par téléphone ou e-mail. En combinant ces résultats, il est possible de conclure que le service de chat parvient à atteindre des jeunes hommes usagers de drogues, qui constituent un groupe cible précieux pour les autotests, les soins auto-administrés et les interventions précoces (voir 4.2 et 4.3 pour une description détaillée).

Il convient de noter, non sans une certaine circonspection compte tenu du haut pourcentage de données inconnues, qu'« Infor-Drogues » atteint moins de jeunes que la « DrugLijn ».

En Fédération Wallonie-Bruxelles, la ligne d'assistance Infor-Drogues a reçu 2.539 appels en 2013, soit une forte diminution par rapport aux années précédentes (3.422 appels en 2012 et 4.347 en 2011). Il apparaît à l'évidence que les appels téléphoniques sont remplacés par d'autres types et canaux d'information (comme l'internet et les services de chat). Depuis 2005, Infor-Drogues dispose d'un service d'« e-permanence » qui permet aux utilisateurs de poser leurs questions et de consulter les réponses du site web en toute confidentialité. L'équipe reçoit le message et indique qui de ses deux membres se charge de cette question et répondra dans un maximum de 72 heures. En 2013, le service d'« e-permanence » a reçu 190 e-mails, dont 59 % provenant de femmes. Soixante pour cent sont envoyés par des consommateurs de drogues et 61 % des questions concernaient le cannabis. Par ailleurs, un quart des personnes qui contactent l'e-service ont moins de 25 ans.

La diminution du nombre d'appels peut également s'expliquer à titre complémentaire par les durées de traitement plus longues des appels en raison de la complexité croissante des situations approchées. Dans l'ensemble des appels reçus, il importe de faire la distinction entre la notion d'« appel » et de « demande ». En effet, chaque appel reçu ne se limite généralement pas à une seule demande. Par conséquent, il est fréquent qu'un seul appelant demande plusieurs choses pendant le même appel (par exemple, l'information sur un produit, les explications sur le fonctionnement des centres de sevrage, des conseils, etc.).
En 2013, « Infor-Drogues » n'avait toujours qu'une seule connexion pour tous les appels entrants, ce qui entraînait des appels doubles ou triples. La durée moyenne des appels téléphoniques était de 13 minutes (soit une minute de plus qu'en 2012 et trois minutes de plus qu'en 2011). Par ailleurs, depuis le mois de juillet 2013, la ligne téléphonique d'Infor-Drogues n'est plus disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. La ligne est en effet interrompue de 22h00 à 08h00 ainsi que pendant le week-end (une seule tranche horaire reste disponible les samedis de 10h00 à 14h00). Cette diminution influence également le nombre d'appels reçus.
Trois groupes cibles ont contacté la ligne d'assistance « Infor-Drogues » : des usagers de drogues, des proches et des professionnels. Le pourcentage d'appelants relevant de la catégorie « usagers de drogues » était de 36 % en 2013, comparativement aux 37,3 % de 2012. Par conséquent, on observe une constance du nombre des appels de consommateurs en dépit des difficultés décrites plus haut. Les consommateurs sont essentiellement des hommes âgés de 26 à 50 ans. Le nombre d'appels passés par des proches enregistre une baisse par rapport au nombre de l'année dernière (47 % des appels totaux pour 2013 et

52,2 % pour 2012). Les mères des consommateurs sont responsables d'un peu moins de 50 % de ces appels, une proportion qui reste stable dans le temps. Seize pour cent de l'ensemble des appels sont passés dans un cadre professionnel. Les professions suivantes sont comprises dans la catégorie « professionnels » : des professionnels des soins de santé (46,6 %), le secteur éducatif (27,4 %), des professionnels du secteur de la justice (5,3 %), des journalistes (18,7 %) et des autorités publiques (1,9 %).

Pour ce qui est de l'âge des consommateurs qui contactent Infor-Drogues, le groupe des 26 à 35 ans continue d'être le plus représenté (31,5 %), suivi par le groupe des 36 à 50 ans (21,1 %) et le groupe des 18 à 25 ans (13,7 %). Parmi tous les groupes d'âges, les hommes étaient surreprésentés, une tendance observée en permanence au cours des dernières années.

Pour ce qui est de l'origine géographique des appels, les statistiques ont montré que l'origine de la plupart des appels sont Bruxelles (1 247), la Région wallonne (741), la Flandre (19) ou ailleurs (34).

Le cannabis (40,3 %), la cocaïne (17,2 %) et l'alcool (13,1 %) sont les produits les plus souvent évoqués pendant les appels en Fédération Wallonie-Bruxelles.

2.3.2. Autres formes de prévention reposant sur la communauté

Les citoyens belges peuvent assister à des conférences sur les substances illicites afin d'en savoir plus sur ces substances. ASL, par exemple, organise des conférences sur le cannabis, l'héroïne et la co-assuétude. Un autre projet donne la possibilité d'expérimenter ce que l'on ressent quand on est sous influence de drogues en portant des lunettes spéciales. Ce projet vise à améliorer la conscience de soi des enfants et des adolescents, et de prévenir de conduire sous influence à l'avenir (ASL, 2014).

2.3.3. Politique locale en matière d'alcool et de drogues

En 2013, la VAD a actualisé la méthode des intermédiaires lancée en 2011 en vue de stimuler une politique intégrale et intersectorielle en matière d'alcool et de drogues dans les communautés et les villes flamandes. Cette méthode recourt au réseau et aux partenaires locaux, et s'articule autour de sept étapes (VAD, 2014). Une analyse locale a permis aux communautés et villes de mettre en œuvre des actions concernant 1) les règles et réglementations ; 2) les mesures structurelles ; 3) la sensibilisation et l'intervention précoce et 4) l'accès aux soins de santé primaires et aux services à caractère social. Parallèlement à cette méthode théorique des étapes intermédiaires, une plate-forme d'échanges interactive destinée aux acteurs de la prévention régionaux et locaux a été lancée en 2014. Sur cette

plate-forme, les intervenants dans le domaine de la prévention peuvent échanger leurs informations sur de nouvelles initiatives ou campagnes élaborées au niveau local. Ils peuvent aussi communiquer et déposer des questions sur des sujets auxquels ils sont confrontés dans l'élaboration d'une politique locale en matière d'alcool et de drogues. Actuellement, 72 acteurs de la prévention sont enregistrés sur cette plate-forme.

Les acteurs locaux de la prévention peuvent aussi utiliser un protocole pour effectuer des achats tests afin examiner si les vendeurs de boissons alcoolisées ont respecté ou non la législation en matière de vente d'alcool aux mineurs. Le protocole peut être utilisé pour vérifier si les vendeurs de boissons alcoolisées sont au fait de la législation ou s'ils ont besoin d'un complément d'information à ce sujet. Il peut aussi être utilisé pour évaluer les effets des actions de prévention dans ce cadre. La VAD prépare un rapport sur mesure pour chaque ville dans laquelle l'achat test est intervenu.

Depuis 2014, toutes les villes belges doivent œuvrer dans un nouveau cadre de règles pour composer leurs plans stratégiques pour la prochaine législature (le cycle de gestion et de politique pour les villes et les organisations à visée sociale). Afin d'encourager et d'assister les villes à intégrer le thème de l'alcool et des drogues dans ces plans, la VAD a mis au point trois fiches d'information : une sur l'alcool, une autre sur le cannabis et une dernière sur les substances illicites.

3. Prévention sélective parmi les groupes à risque et dans les milieux à risques

La Communauté flamande dispose d'un plan d'action spécifique, TAD, alors que la Fédération Wallonie-Bruxelles travaille dans le cadre du concept de « Promotion de la santé ». Par conséquent, les approches en matière de prévention sélective sont différentes dans chacune des Communautés.

3.1. Groupes à risque

En Communauté flamande, la priorité en matière d'activités de prévention sélective destinées aux groupes à risque est donnée aux personnes avec des besoins spécifiques et aux minorités ethniques. Quant à la Fédération Wallonie-Bruxelles, elle a un champ d'application bien plus large et elle investit davantage dans la prévention par les pairs destinée à des personnes avec des conditions de vie instables.

3.1.1. Prévention sélective pour les personnes avec des besoins spécifiques

Deux programmes de prévention flamands visent les jeunes avec des besoins spécifiques. Le premier paquet didactique « Alcohol en cannabis zonder boe of bah » (l'alcool et le cannabis sans détours) est destiné aux jeunes souffrant d'un handicap mental léger. Il propose une manière efficace de les sensibiliser davantage aux effets, risques et conséquences de la consommation d'alcool ou de cannabis. Le second programme est développé par le CAD Limburg et ne s'applique qu'à la province de Limbourg. « Straffe stappen » (N'y allons pas de main morte) est un programme ciblant les jeunes avec besoins éducatifs spécifiques. Le CAD propose aussi un programme pour les personnes avec un handicap mental.

3.1.2. Prévention sélective pour les minorités ethniques

Des actions spécifiques pour les groupes ethniques sont principalement mises en œuvre au sein de la Communauté flamande. Jusqu'en janvier 2013, la VAD a coordonné un projet pilote de « prévention de l'usage de drogues destiné aux minorités ethniques » (Laudens, 2013) qui avait pour objectif général d'élaborer une méthodologie pour mettre au point de futures actions de prévention pour les jeunes issus de minorités ethniques. Des jeunes d'origine turque ont été choisis en province de Limbourg et dans la ville d'Anvers, et des jeunes d'origine marocaine dans la ville de Gand. Dans chacune de ces trois régions, des activités de prévention ont été mises en œuvre après la mise en place d'une évaluation et d'une riposte rapides (RAR). Treize actions préventives ont été déployées pour l'ensemble des trois régions.

En décembre 2013, la VAD a démarré un nouveau projet de prévention destiné aux parents des minorités ethniques. Il a pour but principal d'améliorer les compétences parentales en matière de tabac, d'alcool et de drogues. La VAD coordonne ce projet alors que le VIGeZ est l'organisation partenaire qui fournit son expertise en matière de tabac. Le projet est réalisé avec l'aide de six zones pilotes. Dans chaque zone, une intervention existante pour les parents autochtones est adaptée aux parents des minorités ethniques ou une intervention nouvelle est développée de toutes pièces. Le développement local de chaque intervention est réalisé par un acteur de la prévention et un professionnel œuvrant auprès des minorités ethniques. Le test et l'évaluation des interventions sont prévus d'avril à septembre 2014. La mise en œuvre des versions finales des six interventions interviendra au début de 2015.

3.1.3. La prévention de l'usage de drogues chez les personnes avec des conditions de vie instables

La Fédération Wallonie-Bruxelles ne ménage pas ses efforts pour encourager les citoyens à prendre une part active dans la prévention et la réduction des activités à risque. Une stratégie spécifique baptisée «opérations Boule-de-Neige» est un programme d'échanges entre pairs visant à diffuser des informations relatives à la prévention et à la réduction des risques concernant le sida, l'hépatite et d'autres risques liés à l'usage de drogues. L'association sans but lucratif Modus Vivendi coordonne ces opérations Boule-de-Neige.

Ce projet a pour objectif d'atteindre des usagers de drogues et de les empêcher à adopter des comportements à risque du fait de l'environnement où ils vivent. Étant donné que l'usage de drogues est plus courant chez les sans-abris et dans la population carcérale que dans la population générale, les opérations Boule-de-Neige sont mises en œuvre en rue et en prison. Le but principal est de diffuser des messages de réduction des risques par des personnes qui ont éventuellement consommé de la drogue ou connu d'autres usagers de drogues. Cette méthode permet d'informer des personnes inaccessibles par les initiatives de prévention générales (« population cachée »). Plus particulièrement pour les opérations Boule-de-Neige en milieu carcéral, ce projet entend sensibiliser les professionnels au besoin de projets de réduction des risques en prison.

L'année dernière, six opérations Boule-de-Neige ont été organisées en rue : 2 à Charleroi, 1 à Liège, 1 à Bruxelles, 1 à Namur et 1 dans la Province du Luxembourg (Modus Vivendi, 2014). L'une des six opérations ciblait spécifiquement les femmes (à Liège, avec la coopération d'un partenaire local : EspaceP). De plus, deux opérations Boule-de-Neige exploratoires ont été organisées à Arlon et à Sambreville. L'opération à Arlon visait à améliorer la visibilité du site d'échange de seringues. L'opération à Sambreville visait à mesurer le comportement des usagers de drogues injectables qui vivent loin des sites d'échange de seringues. En 2013, deux opérations Boule-de-Neige ont également été réalisées en milieu carcéral. L'une à la prison de Berkendael à Bruxelles (prison de femmes) et l'autre, à la prison d'Arlon (prisons d'hommes).

Pendant une opération Boule-de-Neige, le questionnaire utilisé fait également office d'outil de contact et d'information. Ce questionnaire anonyme se compose de quelque cinquante questions (généralement à choix multiple) et aborde un éventail de thèmes comme la consommation de produits psychotropes, les comportements à risque et le dépistage des maladies infectieuses. Cette enquête est administrée par des pairs (appelés « jobistes »).

En 2013, 428 questionnaires ont été collectés pendant les opérations Boule-de-Neige au sein d'un public de rue. L'analyse quantitative des questionnaires confirme que les

opérations Boule-de-Neige ont atteint le groupe cible. On a notamment un public de consommateurs qui s'injectent ou sniffent des drogues (pendant les 6 derniers mois). Bien que ce groupe vive généralement dans des conditions précaires et soit vulnérable sur le plan socioéconomique, les résultats démontrent qu'il a des contacts avec des professionnels en psychologie, en médecine et dans les domaines sociaux.

Enfin, le projet « Synersanté » à Bruxelles vise à créer une unité de santé mobile pour assurer le suivi de la population sans abri qui a des problèmes de usage de drogues. Cette unité a pour objectif de coordonner la prévention non spécialisée, les interventions médicales et sociales étant donné que ce groupe désespéré est souvent exclu de ces services. L'une des raisons de cet état de fait est la nature complexe des problèmes multiples rencontrés par ce groupe.

3.2. Familles à risques

Les initiatives de prévention prêtent également attention aux familles à risques en leur dispensant une aide supplémentaires afin de prévenir des dommages (supplémentaires) aux familles (ex-)usagers de drogues (tant les enfants que les parents).

3.2.1. Prévention sélective pour les parents usagers de drogues et leurs enfants

« Bubbels & Babbels » est un projet de prévention d'Anvers qui se concentre sur les problèmes des enfants de parents (ex-)usagers de drogues. Ce projet propose des services coordonnés et exhaustifs visant à réduire les effets nocifs de l'usage de drogues sur les enfants, les familles et la communauté. Ce projet fournit de la gestion de cas (« case management ») individuel aux clients. Le gestionnaire de cas aide les familles à déterminer leurs besoins, à obtenir ces services et à développer leurs objectifs.

Dans un certain nombre de services à bas seuil d'accessibilité destinés aux usagers de drogues en Communauté flamande, les projets KIDO dispensent un soutien dans le cadre du développement des compétences parentales des parents usagers de drogues.

En 2013, au sein de la Communauté flamande, la VAD a coordonné les formations destinées aux professionnels qui sont souvent en contact avec des enfants de parents usagers de drogues. Dans le cadre de ce projet, des formations ont été dispensées aux collaborateurs de la « DrugLijn » et de « Kinderen en Jongeren Telefoon » (Téléphone Enfants et Jeunes) ainsi qu'aux professionnels œuvrant dans des organisations à vocation sociale à bas seuil d'accessibilité.

La Fédération Wallonie-Bruxelles accorde aussi de l'attention à l'établissement d'une relation harmonieuse entre les parents usagers de drogues et leurs enfants afin de prévenir

tout dommage. Le service « Parentalité » de l'association sans but lucratif ALFA (basée dans la province de Liège) présente, d'une part, des soins globaux et intégrés pour les parents consommateurs de drogues et, d'autre part, des soins thérapeutiques innovants pour un public jeune. Ce projet a pour objectif de renforcer le rôle des parents et d'assurer le suivi psychologique des enfants. En 2013, 126 patients ont été suivis par le service (66 % de femmes, 24 % d'hommes et 10 % d'enfants). On remarque une augmentation du nombre de patients suivis par rapport aux années précédentes. La majorité des patients sont âgés de 26 à 44 ans. Trente pour cent des personnes se sont à nouveau adressées de leur propre gré au service pendant une nouvelle grossesse ou pendant un nouveau stage de parentalité.

L'asbl NADJA (établie dans la province de Liège) a assuré un suivi rapproché de 34 parents de jeunes en 2013. Ces parents ont fait usage du « Point Accueil Parents » parce que leurs enfants présentaient souvent une consommation problématique combinée à des comportements à risque alarmants. Des symptômes tels que l'absentéisme et le décrochage scolaire (68 %), la dégradation de la relation avec les parents (60 %), l'isolement, le repli sur soi-même (58 %) et des comportements relevant de la petite criminalité (bagarres, 18 %, trafic de drogue 12 %, harcèlements, menaces verbales 12 %, et violence 12 %) sont mentionnés par les parents comme motivation pour une demande. En plus de ce « Point Accueil Parents », NADJA propose également un coaching parental par le biais d'un groupe de formation ouvert qui se réunit une fois par mois. Ces sessions de coaching entendent fournir une orientation parentale et ont des visées à la fois informatives et thérapeutiques.

Le département usage de drogues du service de santé mentale de Charleroi a élaboré un projet Parentalité-Assuétudes qui vise à permettre à des parents (ex-)usagers de drogues de prendre soin du bien-être de leur(s) enfant(s). Dans ce cadre, un soutien social, éducatif et psychologique est également dispensé pour améliorer la réinsertion dans le réseau social.

Le projet « Parentalité-Addiction » de l'hôpital public Saint-Pierre du Centre public d'Aide sociale de Bruxelles, vise spécifiquement les femmes enceintes qui consomment des drogues, de futurs parents usagers de drogues ou d'autres membres de la famille. Une équipe multidisciplinaire offre un cadre cohérent et rassurant pour la future mère usager de drogues. La prise en charge et le suivi postnatal sont confiés à la famille. S'inscrivant dans le prolongement de ce projet, un environnement séparé a été créé pour permettre aux familles de se rencontrer. Baptisé « Espace Alizés », il permet aux parents et aux enfants de s'habituer à la nouvelle composition de la famille. En 2013, l'équipe Parentalité-Addiction a suivi 71 familles, soit 187 personnes et a accompagné 17 naissances.

Les parents usagers de drogues vivant en Communauté germanophone peuvent consulter l'ASL qui propose deux programmes aux parents usagers de drogues avec de jeunes

enfants. Le premier s'adresse aux parents avec de jeunes enfants jusqu'à 3 ans et soutient les parents pendant trois mois afin d'augmenter leur confiance dans leurs capacités de prendre en charge leurs enfants. En 2013, trois sessions du programme enfant-parent ont eu lieu. Le second programme propose un court séjour (4 jours) de vacances offert qui se base sur des principes pédagogiques. Ce type de vacances a pour objectif d'améliorer les compétences parentales et de créer un événement familial agréable. Par ailleurs, cela permet aux enfants et aux jeunes de s'échapper des vicissitudes du quotidien (ASL, 2014).

3.3. Milieux récréatifs

Contrairement à d'autres milieux dont il est question dans le présent chapitre, les activités et projets dans le milieu récréatif montrent un haut degré de collaboration et d'échange d'expertise entre les différentes Régions et Communautés en Belgique, voire entre différents pays.

3.3.1. Quality Nights

Le label belge « Quality Nights » vise à réduire les risques (santé, addictions, retour au domicile, conflit/violence, pollutions sonores, infections sexuellement transmissibles, etc.) liés aux milieux récréatifs en collaborant avec les organisateurs d'événements, les propriétaires et leur personnel dans l'environnement festif. Le projet a été déployé en 2007 à Bruxelles. Depuis 2009, il s'est progressivement étendu à la Région wallonne, où le label collabore avec sept opérateurs locaux. Dans la droite ligne de cette expansion, le label (appelé « Charter » en Flandre) a été adapté aux spécificités et habitudes du milieu festif flamand en 2012. En octobre 2012, la Charte Quality Nights a été officiellement lancée à Anvers, en commençant par neuf nouvelles boîtes de nuit. À partir de 2013, la Charte Quality Nights a été mise en œuvre dans un nombre croissant de sites et de festivals. À la fin de l'année, une coopération avec 15 propriétaires de boîtes de nuit et de 10 promoteurs d'événements a été établie en Communauté flamande.

Quality Nights entend, entre autres, amplifier les activités d'information et de prévention dans les milieux récréatifs afin de sensibiliser les jeunes aux risques liés à l'usage de drogues. Une aide est apportée aux propriétaires de boîtes de nuit ou aux promoteurs d'événements afin de mettre plusieurs services à la disposition des participants et de faciliter ainsi la sécurité de la vie nocturne. Lorsque la boîte de nuit ou l'événement propose les services décrits ci-dessous, le club ou l'événement est labellisé Quality Night.

Aujourd'hui, les six services suivants doivent être mis en permanence à la disposition du public :

1. la disponibilité d'eau potable gratuite,
2. la disponibilité de préservatifs à des prix modiques,
3. la disponibilité de bouchons d'oreille à des prix modiques,
4. la diffusion d'alertes (avertissements précoces en collaboration avec le Système belge d'alerte précoce en matière de drogues BEWSD),
5. la formation du personnel (addictions, premiers secours, gestion des conflits, pollutions sonores et Quality Nights),
6. la diffusion d'informations relatives à la santé, y compris l'information sur les risques liés à la consommation de certaines drogues, sur la consommation excessive d'alcool, etc.

Afin de garantir la cohérence du label Quality Nights, un plan global d'évaluation a été mis au point et affiné en association avec les opérateurs locaux de la Région wallonne. Il permet aux sites qui collaborent d'accéder à toute l'information déterminante comme les lieux contactés et certifiés, la mise en œuvre des critères obligatoires et facultatifs, et les dates et les résultats des contrôles.

Afin d'estimer les connaissances, la perception et l'utilisation du label Quality Nights (ou de ses services) par le public des événements festifs, une évaluation a été réalisée par l'asbl CBPS et Eurotox en novembre 2013. Pas moins de 601 questionnaires ont été collectés sur 14 sites certifiés. L'évaluation souligne l'utilité du label pour le public festif. De plus, il se traduit en recommandations qui prônent un renforcement du label à l'avenir, comme l'augmentation de la visibilité du label et des services, l'amélioration de l'accessibilité à ces services de sorte que les bénéficiaires ne doivent pas les chercher, l'amélioration de l'explication sur la politique de réduction des risques du label via le site Internet, etc. (Centre bruxellois de promotion de la santé, 2013).

3.3.2. Soutien par les pairs dans les milieux récréatifs

Le soutien par les pairs a été introduit en Flandre à la mi-2000 comme nouvelle méthode prometteuse afin de travailler sur la minimisation des risques dans la vie nocturne flamande, dans un premier temps avec le projet Breakline et, ensuite, avec le projet Vitalsounds. Au fil du temps, les deux projets se sont renforcés, ont engrangé plus d'expériences, ont amélioré leurs équipements et ont su développer une équipe de pairs motivés et expérimentés. En 2010, Vitalsounds et Spiritek (Lille, France) ont commencé un projet interrégional financé par la Commission européenne. En raison de ce projet, Vitalsounds a étendu sa zone

d'activité à la province de Flandre occidentale et à la moitié de la province de Flandre orientale. En 2011, tant Breakline que Vitalsounds ont mis au point un nouveau site web afin d'informer les fêtards des risques sanitaires liés aux lieux de vie nocturne. Les deux projets sont aussi actifs via les médias sociaux comme Facebook et coopèrent étroitement avec Quality Nights (voir 3.3.1) afin de créer une vie nocturne plus sûre et plus saine en Flandre. À la fin 2013, le financement des services de la ville ont cessé, un arrêt qui a entraîné la fin de la coopération interrégionale entre Vitalsounds et Spiritek. Cependant, un nouveau financement a été demandé au Gouvernement flamand et a été alloué pour un an (jusqu'à la fin 2014).

Le soutien par les pairs dans les milieux récréatifs en Fédération Wallonie-Bruxelles est assuré par deux types de projets, à savoir l'« Équipe mobile » et « Drogues Risquer Moins ».

L'Équipe mobile entre en contact avec les jeunes consommateurs de produits psychotropes, y compris l'alcool. Cette population noue peu de contacts avec le secteur socio-sanitaire. Une équipe mobile se compose à la fois de professionnels et de pairs. Ce dernier groupe est souvent constitué de consommateurs et se voit dispenser deux formations préalables (une première formation pour devenir « jobiste » et une seconde sur les spécificités du job festival). En 2013, les activités de l'Équipe mobile ont eu pour théâtre cinq festivals : Couleur Café, Tribe Gathering, Dour, 'Espéranzah et Doudou. Pendant ces festivals, une équipe mobile était à pied d'œuvre dans la Relax Zone et prodiguait des conseils aux personnes qui rencontraient des problèmes physiques et psychiques mineurs liés à leur consommation de psychotropes. Plus de 80 % des personnes accueillies dans une Relax Zone (N=235) en 2013, ont déclaré avoir consommé au moins une substance psychotrope (et plus d'un tiers même deux produits voire davantage). L'alcool a été le produit le plus fréquemment déclaré (60,5 %), suivi de l'ecstasy (39,5 %) et du cannabis (28,1 %). Pas moins de 47,9 % des personnes se rendent d'elles-mêmes dans la Relax Zone. Un tiers des personnes étaient envoyées par la Croix Rouge (32,7 %) et seulement une petite minorité est arrivée par l'entremise d'un ami (8,1 %) ou d'un pair (4,2 %). L'âge moyen des fêtards pris en charge dans la Relax Zone était de 21,5 ans (min. 15 ans à max. 50 ans). En comparant les résultats des années précédentes, l'âge moyen était de 23,5 ans en 2012, 22 ans en 2011 et 2010, et 21ans en 2009. Ces résultats confirment la présence de problèmes dans les rangs d'un public relativement jeune qui a souvent moins l'habitude de gérer sa consommation. La majorité du public accueilli dans les Relax Zones étaient des hommes. La proportion de femmes atteignait 27 %, presque un statu quo par rapport aux années précédentes. Les raisons motivant l'admission étaient plutôt similaires par rapport à celles de 2012 : pour la majorité des personnes (83 %), la fatigue était la raison invoquée pour se rendre dans la Relax Zone.

« Drogues Risquer Moins » est un projet d'information de réduction des risques sur les lieux festifs qui est porté par des pairs ainsi que par des professionnels des secteurs psychologique, médical et social. Il est mis en œuvre en Communauté française depuis 2001. Les informations sur tous les types de produits (légaux et illégaux) et les différentes habitudes de consommation (à titre occasionnel, de divertissement, régulier, problématique, compulsif, etc.) sont diffusées auprès du public général par le biais d'un stand au festival, à la discothèque, au bar ou dans la salle de concert (les résultats spécifiques concernant l'usage de drogues des répondants participant au projet sont décrits aux chapitres 2 et 4 du présent rapport). Dans l'ensemble, 118 interventions (hormis les interventions à Liège) ont été réalisées en 2013. Une attention particulière a été apportée au développement du projet en Brabant wallon (quelques interventions se développent dans cette province).

4. Prévention indiquée

4.1. Dépistage et intervention ponctuelle

Les services de soins de santé primaires et les services sociaux sont idéalement positionnés pour identifier les clients et intervenir si leur consommation de drogues est dangereuse ou nocive et les orienter vers la prise en charge médicale si nécessaire. La population qui a recours à des soins (de santé) primaires est plus encline à présenter des symptômes d'usage nocif de drogues que la population générale (WHO, 2010). Cependant, une consommation dangereuse et problématique n'est souvent pas détectée par les soins de santé primaires et les services sociaux.

Afin de faciliter le dépistage et l'intervention précoce, la boîte à outils en ligne « me-assist » a été mise au point en Communauté flamande. Elle fournit aux médecins généralistes un instrument online qui se compose d'un outil de dépistage (ASSIST électronique modifié), d'une aide avec une intervention ponctuelle basée sur FRAMES, d'orientations en matière d'alcool, de tabac et d'autres drogues, de brochures destinées aux patients, de guides, de rapports scientifiques et d'informations pour les parents (enfants, partenaires ou parents de usagers de drogues). Cet instrument online est gratuit pour tous les médecins généralistes et les travailleurs du secteur social qui souhaitent l'utiliser.

De plus, le personnel des services d'urgence (SU) ont reçu de (nouveaux) outils pour fournir « le dépistage, l'intervention ponctuelle et l'orientation vers un traitement » (SBIRT) pour les clients dont la consommation d'alcool peut constituer un risque de problèmes sanitaires. Après avoir évalué l'ancienne intervention SBIRT sur l'acceptabilité et l'utilisabilité, l'intervention a été modifiée en un bref retour d'information et en la remise d'une brochure patient. La revue de la littérature et les résultats de l'étape de prétest ont été divulgués au

SU. Par ailleurs, un guide a été compilé pour montrer au SU comment mettre en œuvre l'initiative SBIRT.

Dans le cadre du CHU Saint-Pierre de Bruxelles, l'asbl Interstice propose un projet appelé « Urgence - usage de drogues ». Un psychologue de l'association participe étroitement au service des urgences psychiatriques. Cela permet de sensibiliser et d'informer les équipes médicales. Ces équipes ont en effet souvent le sentiment d'être démunies et/ou désarmées face à des patients usagers de drogues. Un autre projet baptisé « Liaison-usage de drogues » vise à qualifier les médecins et les infirmières dans la prise en charge et les soins de consommateurs d'opiacés principalement.

4.2. L'intervention précoce

En Communauté flamande, on manifeste un intérêt croissant pour la prévention indiquée et le dépistage de substances dangereuses ainsi que pour l'intervention en cas d'abus à un stade précoce.

Les jeunes sont plus sensibles aux risques liés à la consommation de drogues et sont plus vulnérables face au développement de problèmes d'usage de drogues. Comme ils estiment que leur consommation de drogues n'est pas un problème, ils ne sont souvent pas motivés à recevoir quelque aide que ce soit. Grâce à l'« intervention précoce », un processus de motivation est induit en réponse à des inquiétudes (de parents, de l'école) ou à des actions légales (police) ou de l'environnement.

L'instrument de dépistage SEM-J permet aux organisations au contact des jeunes d'évaluer le niveau de risque de consommation de drogues et la nécessité de les réorienter vers la prise en charge thérapeutique (Baeten et al., 2009). Parallèlement aux écoles et aux communautés de protection des mineurs, les acteurs de la prévention de l'usage de drogues sont aussi déterminants pour déployer l'intervention précoce en cas de consommation de drogues. Un programme de formations a été développé et a été mis en œuvre avec succès.

En plus de l'instrument de dépistage, un outil psychoéducatif interactif baptisé « Mighties » a été développé. Il permet aux professionnels de la prise en charge de l'usage de drogues et de l'intervention précoce d'analyser les expériences et le comportement dans différentes situation avec leurs jeunes clients. Il permet de visualiser comment le comportement (la consommation de drogues) est le fruit d'une compétition entre les considérations rationnelles et conscientes, d'une part, et les processus automatiques, majoritairement inconscients du cerveau. L'outil a été testé et la mise en œuvre démarrée. Au cours d'une prochaine phase, l'outil sera aussi utilisé dans la prévention de l'usage de drogues.

En 2013, une brève recherche sur les pratiques d'excellence a démontré la faisabilité de développer une intervention en deux sessions pour la protection des mineurs. Cette intervention a pour objectif de cibler les risques spécifiques liés à la personnalité des jeunes qui commencent à consommer de l'alcool ou du cannabis à un âge précoce.

4.3. Soins auto-administrés et auto-assistance

Aujourd'hui, il est facile de communiquer avec les jeunes par les médias sociaux et les services en ligne. Fort de ce constat, le site web de la ligne d'assistance « DrugLijn » (voir également 2.3.1) a une rubrique avec un certain nombre de tests d'évaluation en ligne et de programmes d'auto-assistance (De DrugLijn, 2014). Cette rubrique comprend neuf tests d'évaluation en ligne (sur le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, les amphétamines, l'alcool, les jeux de hasard, les benzodiazépines, les jeux et l'internet) pour les adultes et trois tests similaires (sur le cannabis, l'alcool et le jeu) pour les mineurs. De plus, six tests de connaissances sont disponibles en ligne. En 2013, 42 827 tests d'auto-évaluation et 13 984 tests de connaissances ont été complétés sur le site web. En définitive, 365 personnes (soit 12 % de plus comparativement à 2012) se sont enregistrées aux programmes d'auto-assistance en ligne sur le site web de la ligne d'assistance. Le site web a totalisé 476 101 visiteurs (56 % de plus qu'en 2012), soit un total de 1 567 534 pages visionnées.

Les centres pour les problèmes d'alcool et de drogues (CAD) et Drug Kempen (assistance drogue Campine) gèrent le programme de traitement en ligne pour le cannabis, l'ecstasy, le speed, la cocaïne et le GHB. En 2013, le site web CAD totalisait 78 993 visiteurs (dont 49 058 visiteurs uniques). Sur l'ensemble de ces visiteurs, 126 personnes se sont enregistrées pour le traitement. Quant au site web Drug Kempen, il comptait 34 936 visiteurs (dont 24 844 étaient des visiteurs uniques) dont 44 enregistrements pour une prise en charge thérapeutique.

Un site web spécifique pour les problèmes liés à l'alcool a été mis en œuvre dans les deux parties du pays. Les sites web des Communautés flamande et française sont conçus à la fois pour les personnes qui connaissent une consommation d'alcool problématique et pour leur famille et leurs amis. Le programme en ligne permet aux personnes de définir des objectifs propres et fournit les outils nécessaires pour les atteindre.

Le site web garantit l'anonymat et se compose de trois parties :

- informations (pour les utilisateurs et les parents),
- soutien à l'auto-assistance,
- soutien en ligne avec un thérapeute.

La Communauté germanophone organise des groupes d'auto-assistance afin d'échanger des expérience et d'obtenir un soutien afin de prendre d'autres mesures de prises en charge (ASL, 2014).

5. Campagnes de médias nationales et locales

Étant donné que le comportement humain est très complexe, une campagne de médias de masse ne résulterait pas nécessairement en un changement de comportement. Un récent examen des campagnes de médias de masse consacrées à l'usage de drogues illicites n'a pas permis de tirer de conclusion affirmative quant à leur efficacité à réduire l'intention de consommer des substances illicites parmi les jeunes (Ferri et al., 2013).
Cependant, les campagnes peuvent attirer l'attention et encourager le développement d'une attitude critique. Afin que les campagnes de médias de masse soient efficaces, elles doivent être menées en parallèle à d'autres actions préventives. Par conséquent, il convient d'encourager davantage d'initiatives de prévention intensives.

La mise au point d'une campagne de médias de masse n'est pas une sinécure. Une récente thèse de doctorat à l'université de Gand a conclu que l'utilisation de messages objectifs, qui reconnaissent à la fois les avantages et les désavantages perçus d'un problème de santé, n'est pas toujours suffisante pour obtenir un effet (Cornelis, 2013). L'effet dépend du niveau de l'examen du message. Lorsqu'on s'attend à ce que le public cible examine le message en profondeur, il convient alors de prêter davantage d'attention au contenu. En revanche, lorsque le public cible est sensé examiner le message de manière superficielle, la formulation du message devient alors décisive.

La cellule de politique générale Drogues du Service public fédéral Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement participe aux campagnes de sensibilisation liées aux sédatifs, aux patients atteints d'hépatite C et à la consommation d'alcool en milieu hospitalier. La cellule « Addictions » du Service public fédéral Défense et Sécurité organise régulièrement des campagnes de sensibilisation pour la consommation de drogues illégales au sein des forces armées.

Le 5 novembre 2013, le Ministre flamand des Affaires sociales, de la Santé publique et de la Famille a lancé une vaste campagne consacrée au cannabis. Les groupes cibles étaient les parents et les jeunes de 14 à 25 ans. Cette campagne avait pour but principal de renforcer et d'encourager la non-consommation de cannabis. Le slogan de la campagne « Laat je niet vangen » (Ne soyez pas dupe) a été diffusé par le biais de toute une série de canaux de communication. Le site web de la campagne qui s'articule autour d'un quizz et d'un outil

d'orientation, a fait l'objet de publicités via Facebook, des annonces écrites, des bannières en ligne, des posters, Internet, et des clips à la radio et à la télé.

La campagne publique s'est terminée en avril 2014 et a été très largement soutenue par des professionnels actifs dans le domaine de l'alcool et des drogues. Pendant la campagne, un grand nombre d'équipements didactiques ciblant les jeunes et les parents ont été distribués à titre gratuit. Afin de promouvoir la campagne parmi les professionnels et de présenter ce matériel, la VAD a organisé une manifestation de lancement à l'intention des travailleurs actifs dans le domaine de la prévention et dans la promotion sociale de la santé. Une évaluation indépendante de la campagne a révélé une haute pénétration dans les groupes cibles. L'appréciation était considérablement plus élevée au sein des non-utilisateurs de cannabis que parmi les jeunes consommateurs.

En Région wallonne et Région de Bruxelles-Capitale, une campagne alcool a été mise en œuvre pour le même groupe d'âges (15 à 25 ans). La brochure intitulée « L'effectomètre : l'alcool ou pas, comment réussir sa soirée ? » vise à sensibiliser davantage à la consommation d'alcool. Cette brochure comprend des conseils pour réduire les risques liés à la consommation d'alcool et vise à responsabiliser les jeunes vis-à-vis de leur propre consommation d'alcool.

De plus, la campagne « pas d'alcool en dessous de 16 ans, pas de spiritueux en dessous de 18 ans » est une initiative nationale destinée à informer les commerces de détail, les jeunes et les parents de la nouvelle loi et d'indiquer au personnel des commerces de détail comment l'appliquer. En 2013, 65 000 autocollants avec le message « pas d'alcool en dessous de 16 ans, pas de spiritueux en dessous de 18 ans » ont été distribués dans des commerces de détail. Dix cabines mobiles destinées à communiquer le message de la campagne dans le cadre d'événements ont été utilisées pendant 142 jours en 2013. En 2013, la campagne d'information « pas d'alcool en dessous de 16 ans » a été relancée à Bruxelles. Un colis postal a été adressé aux fonctionnaires en charge de la prévention des communes. Ce colis se compose d'un courrier explicatif, d'autocollants « pas d'alcool en dessous de 16 ans, pas de spiritueux en dessous de 18 ans », d'un poster et d'une carte d'instructions.

6. Conclusion

En Flandre, le registre Ginger fait toute la lumière sur l'importance relative des différentes activités et programmes de prévention. La prévention s'oriente principalement vers les acteurs du secteur de la santé et de l'enseignement. Dans le secteur de l'enseignement, les écoles secondaires participent à trois quarts des activités. Dans le secteur de la santé, plus

de la moitié des activités de prévention sont intervenues dans les centres régionaux de santé mentale. Deux tiers des activités de prévention s'adressent à des groupes cibles intermédiaires comme les professionnels de la prévention, les experts en matière de santé et les enseignants. Une activité de prévention sur quatre est soumise à une évaluation. En tenant compte du fait que le registre Ginger ne contrôle que des activités de prévention individuelle et non des projets ou processus de prévention, ce pourcentage est élevé.

L'alcool et les substances illicites sont de loin les thèmes les plus courants des activités de prévention bien que l'addiction liée aux technologies de la communication et de l'information (par exemple, addiction à l'internet, aux jeux vidéo, etc.) devienne un thème de plus en plus prisé dans le domaine de la prévention.

En 2013, un certain nombre d'activités (compilation du mémorandum de la VAD et des Féditos (Bruxelles et Wallonie) et la compilation du livre vert en Flandre) ont été liées aux élections de mai 2014 et notamment à la sixième réforme de l'État qui est en vigueur depuis le 1er juillet 2014 (voir aussi le chapitre 1). Le transfert du secteur de la promotion de la santé (qui comprend une grande partie des projets d'addiction de la Fédération Wallonie-Bruxelles) à la Région wallonne et à la COCOF est l'un des plus importants enjeux pour 2014. Une partie importante des activités réalisées au cours de 2013 étaient destinées à augmenter la sensibilisation du gouvernement à l'importance de conserver le concept de « promotion de la santé ».

Remerciements

Nous souhaiterions remercier Mr Martens, Mr Pelc, Mme De Brabander et Mme Scheliga pour leur contribution à la collecte des données et leurs remarques pertinentes. Leur implication essentielle est très appréciée.

Chapitre 4. Usager de drogues à hauts risques

De Ridder K.

- *La prévalence de la consommation (estimée) de drogues au moins une fois dans la vie en Belgique est restée stable entre 2002 et 2012 (3,4 par 1 000 habitants).*
- *Plus de la moitié des usagers de drogues par voie injectable ont été initiés à l'injection de drogues avant leurs 21 ans et 14 % étaient même plus jeunes que 15 ans au moment de leur première injection.*

1. Introduction

Ce chapitre présente les aspects de l'usage à hauts risques de drogues en s'inscrivant en droite ligne de la définition actuelle de l'EMCDDA, à savoir « « l'usage récurrent de drogues qui porte réellement préjudice à la personne ou expose la personne à une haute probabilité ou à un risque élevé de subir un tel préjudice ». (Thanki et Vincente, 2013).

Par conséquent, l'usage à hauts risques de drogues (défini par EMCDDA) peut être mesuré comme la consommation de substances psychoactives par des modes d'usage à hauts risques et/ou par des voies d'administration à hauts risques au cours des douze derniers mois. Par conséquent, les données de prévalence de la consommation quotidienne de drogues, du polyusage de drogues (modes d'usage) et de la consommation de drogues injectables (voie d'administration) peuvent être considérées comme une indication d'usages à hauts risques de drogues. Le polyusage de drogues notamment augmente le risque d'overdose en raison des effets synergiques des différents types de drogues combinés. Pour la description de la consommation fréquente ou quotidienne de drogues, veuillez-vous référer au chapitre 2.

Comme la prévalence de l'usage de drogues par voie injectable (UDI) en Belgique est actuellement estimée par l'utilisation de la méthode du multiplicateur de VIH (combinaison des données du registre VIH/SIDA avec les estimations du taux de prévalence du VIH parmi les usagers de drogues par voie injectable), la prévalence présentée est liée à l'usage de drogues injectables au moins une fois dans la vie.

Les politiques de prévention et de réduction des risques relèvent des compétences des Communautés en Belgique. Les activités déployées dans ce cadre sont soutenues par les administrations compétentes et nos points focaux régionaux. Étant donné que les résultats ne sont dès lors pas comparables, ils font l'objet d'un rapport séparé. Les caractéristiques de la population qui s'injecte de la drogue en intraveineuse font l'objet d'une enquête

annuelle dans le cadre du programme d'échange de seringues en Communauté flamande. Les indications des usages à hauts risques de drogues, dont certaines ne suivent pas strictement la définition de cas de l'EMCDDA, parmi les personnes qui visitent les milieux récréatifs en Communauté française ont été obtenues par le biais de l'enquête « Drogues Risquer Moins » de Modus Vivendi.

2. Prévalence des usages à hauts risques de drogues (HRDU) et tendances

2.1. Estimation de la prévalence des HRDU

2.1.1. Estimation de la prévalence nationale de l'usage de drogues par voie injectable

Stratégie de recherche : méthode du multiplicateur du VIH

La méthode du multiplicateur de référence a été appliquée pour estimer la prévalence des personnes qui ont utilisé des drogues injectables au moins une fois dans leur vie (de 18 à 64 ans) en Belgique en utilisant les données du registre national VIH/SIDA et d'une étude de sérosurveillance et de surveillance des comportements parmi les usagers de drogues par voie injectable (UDI) (Plasschaert et al., 2005). Cependant, le registre national VIH/SIDA pèche par l'absence d'informations sur le facteur de risque et de suivi des cas non-SIDA, ce qui entrave son utilisation comme référence. Afin de surmonter ces limitations, des corrections statistiques étaient nécessaires. On évite ainsi l'obtention d'estimations gravement biaisées de la taille de la population d'usagers de drogues par voie intraveineuse. On a notamment eu recours à 'une imputation by chained equations' (van Buuren et al., 1999) pour corriger l'information manquante sur le facteur de risque alors qu'une modélisation stochastique de la mortalité a été appliquée afin de prendre en compte la mortalité non-SIDA. Les intervalles de confiance de Monte Carlo ont été obtenus et reflètent correctement l'incertitude résultant des corrections statistiques. Si le lecteur souhaite en savoir plus sur la méthodologie, nous l'invitons à se référer à l'ouvrage de Bollaerts et al. (Bollaerts et al., 2013).

Sources de données

- *Registre national VIH/SIDA*

En Belgique, le dépistage VIH est largement utilisé avec une moyenne de 56 tests de dépistages par 1 000 habitants et par an pendant la période 2000-2010 (Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)). Tous les sérums positifs sont soumis pour confirmation à l'un des sept Laboratoires de Référence Sida (LRS) en Belgique. Les résultats enregistrés par les sept LRS sont validés pour un enregistrement en double et sont

inclus dans le registre national VIH/SIDA qui existe depuis 1985-1986 et est organisé par l'Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP). Le registre est réputé exhaustif étant donné que les sept LRS sont les seuls laboratoires subsidiés pour réaliser les tests de confirmation VIH.

Pour chaque test VIH positif, un formulaire normalisé est envoyé au médecin traitant du patient pour obtenir un complément d'information (nationalité, résidence, orientation sexuelle, probable mode de transmission du VIH et la numération de cellules CD4 au moment du diagnostic VIH). Les catégories de réponse pour le probable mode de transmission du VIH sont la transmission homosexuelle et hétérosexuelle, la transmission par transfusion sanguine, par l'usage de drogues par voie injectable et la transmission entre la mère et le fœtus. Malheureusement, les formulaires normalisés ne sont pas toujours retournés à l'WIV-ISP complètement remplis, ce qui entraîne l'absence d'informations sur les facteurs de risque. Les cas qui ont développé le sida font l'objet d'un suivi : chaque année, des données sont collectées afin de rassembler des données sur la dernière consultation et les décès possibles. Les cas non-sida ne sont pas soumis à un suivi ultérieur.

- *Étude de prévalence sérocomportementale*

En Belgique, une étude sérocomportementale a été réalisée en 2004-2005 parmi des usagers de drogues en contact avec des centres de traitement de l'usage de drogues ou des usagers détenus en prison (Plasschaert et al., 2005). Dans l'ensemble, 1 005 usagers de drogues en traitement et 117 usagers de drogues incarcérés (15 à 40 ans) ont été recrutés dans 65 centres de traitement de l'usage de drogues et 15 prisons répartis sur l'ensemble de la Belgique. Pas moins de 57 % (n=573) et de 68 % (n=80) des usagers de drogues en traitement et en prison respectivement, ont déclaré s'être injecté des drogues au moins une fois dans leur vie. Des échantillons de sang intraveineux ont été prélevés pour déterminer le statut VIH et hépatite B (VHB) et C (VHC) des participants. La séroprévalence du VIH parmi les UDI en traitement et en prison est estimée à 2,8 % (IC 95 %: [1,8;4,6]) et 5 % (IC 95 %: [2,0;12,2]), respectivement. Ces prévalences n'étaient pas significativement différentes (valeur p= 0,30), soit une prévalence estimée globale de 3,1 % (IC 95 %: [1.8;4.8]).

En plus des études sérologiques, le taux de prévalence VIH parmi les UDI peut être obtenu par des tests diagnostiques de routine. Comme ces résultats sont disponibles annuellement, il est possible d'examiner les tendances en fonction du temps. Cependant, d'aucuns s'inquiètent de la représentativité géographique des données. À l'instar des autres tendances européennes (de l'Ouest) observées (EMCDDA, 2010), aucune tendance significative des taux de prévalence du VIH n'a été observée parmi les UDI au cours des 10

dernières années en Belgique sur la base des résultats des tests diagnostiques de routine (Deprez et al., 2012). C'est la raison pour laquelle le taux de prévalence VIH de l'étude sérocomportementale réalisée en 2004 et 2005 devrait s'appliquer à l'ensemble de la période 2002-2012.

Résultats

En raison d'une mise à jour du fichier du registre national VIH/SIDA, les estimations antérieures à 2012 sont légèrement différentes des estimations des précédentes éditions du Rapport national belge sur l'usage de drogues (tableau 4.1).

En 2012, la prévalence des UDI qui se sont injectés une drogue au moins une fois dans leur vie ou UDI vie (par 1 000 habitants, âgés de 15 à 64 ans) a été estimée à 3,5 (IC 95 %: [2,4;4,7]) et le nombre total d'UDI vie en Belgique, à 25.132 (IC 95 %: [17.352;33.959]). La prévalence estimée pour 2013 était de 3,5/1.000 habitants (IC 95%: [2,5;4,8]) et le nombre total estimé d'UDI vie était de 25 673 (IC 95 %: [18.135;34.987]). Aucune tendance temporelle significative n'a été enregistrée. Le chapitre 5 donne un complément d'information au sujet des UDI.

Tableau 4.1. Nombre estimé et prévalence de l'usage de drogue par injection au cours de la vie (15-64 ans), 2002-2012

	UDI en vie s'étant injectés une drogue au moins une fois dans leur vie		**Prévalence des UDI vie**	
Année	**N**	**IC 95 %**	**n/1.000**	**IC 95 %**
2002	21.200	[15.165;29.933]	3,1	[2,2;4,4]
2003	21.866	[15.539;30.101]	3,2	[2,3;4,4]
2004	23.175	[16.352;32.345]	3,4	[2,4;4,7]
2005	23.189	[16.067;32.886]	3,4	[2,3;4,8]
2006	23.237	[16.453;31.904]	3,4	[2,4;4,6]
2007	24.044	[17.146;33.603]	3,4	[2,5;4,8]
2008	24.525	[17.453;34.409]	3,5	[2,5;4,9]
2009	24.743	[16.975;34.026]	3,5	[2,4;4,8]
2010	24.869	[17.398;34.251]	3,5	[2,4;4,8]
2011	25.160	[17.577;34.528]	3,5	[2,4;4,8]
2012	25.132	[17.352;33.959]	3,5	[2,4;4,7]
2013	25.673	[18.135;34.987]	3,5	[2,5;4,8]

IC : intervalle de confiance

Source : registre national VIH/SIDA, WIV-ISP

2.1.2. Usages à hauts risques de drogues parmi les étudiants

L'enquête en milieu scolaire de la VAD de 2011-2012 a évalué les élèves polyusagers de drogues de l'enseignement secondaire (Melis, 2013). Bien qu'il constitue un aspect intéressant de l'usage de drogues multiples, il convient de remarquer que le présent rapport ne se penche pas sur l'usage concomitant du tabac ou de l'alcool puisqu'ils ne sont pas définis comme des substances illicites et ne font donc pas partie de nos tâches de surveillance (EMCDDA). Sur les élèves flamands qui avaient consommé du cannabis, 20,6 % avaient aussi consommé une autre substance psychoactive illicite (Melis, 2013). Au sein des consommateurs réguliers de cannabis, 45,1 % avaient consommé une autre drogue illicite au moins une fois dans leur vie.

La consommation problématique du cannabis et d'autres substances psychoactives dans les rangs des étudiants flamands de l'enseignement supérieur a été évaluée dans la troisième vague de l'enquête intitulée « In hogere sferen » (Rosiers et al., 2014). La consommation problématique de cannabis a été examinée à la lumière de six questions qui se basent sur les critères de dépendance au cannabis du manuel diagnostique et statistique de la santé mentale (DSM-IV) (Decorte et al., 2003). Les questions ont trait aux sujets suivants :

- une consommation de cannabis plus longue que prévue,
- la sensation du besoin de réduire ou d'arrêter la consommation de cannabis,
- l'incapacité d'assurer les obligations scolaires ou professionnelles,
- la réduction ou la suspension des activités sociales en raison de la consommation de cannabis,
- l'usage prolongé de cannabis en dépit de problèmes relationnels, de problèmes psychologiques ou somatiques découlant de la consommation de cannabis ou s'aggravant en raison de celle-ci.

Seuls les répondants qui ont indiqué une consommation de cannabis les 12 derniers mois ont été invités à répondre aux questions fermées (oui/non). Ainsi, 15,8 % ont consommé du cannabis plus longtemps que prévu et 10,0 % éprouvaient la nécessité de réduire ou d'arrêter leur consommation de cannabis. Trois quarts des consommateurs de cannabis au cours des 12 derniers mois n'avaient jamais expérimenté l'une des six expressions de la consommation problématique de cannabis. Plus la consommation est fréquente et plus jeune est l'usager lors de sa première consommation, plus le risque de consommation problématique est élevé. Pas moins de 90,6 % des étudiantes n'ont signalé aucune expression de consommation problématique de cannabis par rapport aux 70,2 % de leurs homologues masculins.

La consommation problématique d'amphétamines, d'ecstasy et de cocaïne a fait l'objet d'une évaluation avec l'instrument de dépistage DAST-10 (McCabe et al., 2006). Le questionnaire est basé sur dix questions fermées liées à d'éventuelles conséquences négatives expérimentées par les usagers de drogues au cours de l'année dernière, et ventile les usagers en trois catégories : risque limité, risque accru et risque fortement accru d'usage problématique de drogues. Comme le nombre de répondants pour DAST-10 était limité (N=138) dans l'enquête, il convient de faire preuve de prudence dans l'interprétation des résultats. Moins de la moitié des répondants ont rapporté un risque accru (34,1 %) et un risque fortement accru (11,6 %) de consommation problématique de drogues. Certains symptômes étaient plus fréquemment signalés : l'usage de substances pour des raisons non médicales, polyconsommation de drogues, participation à des activités illégales pour obtenir des stupéfiants, éprouver un sentiment de mal-être ou de culpabilité à propos de l'usage de drogues, connaître des pertes de connaissance ou des flashbacks consécutifs à l'usage de drogues. Dans le même temps, neuf répondants sur dix de ce groupe d'utilisateurs ont indiqué qu'ils espéraient être capables d'arrêter la consommation de ces substances si nécessaire. Le rapport postule que cette observation pourrait suggérer deux choses : soit, elle pourrait confirmer une différence entre la consommation problématique de drogues et la dépendance, soit il se peut que ces usagers de drogues sous-estiment la difficulté de mettre un terme à leur consommation. Comme c'était déjà le cas avec les résultats sur la consommation de cannabis, les étudiants masculins ont rapporté plus de problèmes avec ces substances que les étudiantes.

2.1.3. Usages à hauts risques de drogues dans le milieu festif

En Communauté française, il est possible d'obtenir des indications sur les UDI et la polyconsommation de drogues sur la base de l'enquête annuelle au sein du milieu festif (« Drogues Risquer Moins », Modus Vivendi, voir également le chapitre 2). L'enquête vise à vérifier si les activités de réduction des risques s'appliquent effectivement au public cible et n'est dès lors pas représentative de l'ensemble du milieu festif. En 2013, les questions de l'enquête ayant trait à la consommation au cours du mois dernier et à la consommation sur la vie (dans les milieux récréatifs et autres) ont été reformulées en « consommation habituelle de drogues dans les milieux récréatifs ». Sur l'ensemble des visiteurs interrogés, 4,3 % (n=61) ont signalé avoir consommé au moins une fois dans leur vie une drogue par voie intraveineuse *dans les milieux récréatifs*. L'âge moyen de ceux qui indiquent avoir fait usage de drogues injectables était de 24,9 ans. Sur les 1.418 visiteurs, 1,0 % (n=14) ont indiqué avoir consommé une telle drogue pendant l'événement (voir tableau 4.2) ; 1,5 % et 1,0 % des visiteurs indiquent s'être injecté une drogue, respectivement, « parfois » et

« souvent » pendant la vie nocturne, alors que 1,6 % ont indiqué qu'il en était ainsi en dehors de la vie nocturne. La polyconsommation de drogues a été nettement plus fréquemment rapportée en 2013 que l'année précédente. Cependant, la nature de cette augmentation n'apparaît pas clairement : est-ce une augmentation réelle ou plutôt un biais de sélection.

Tableau 4. 2.Prévalence (%) de l'usage de drogue par injection et de la polyconsommation de drogues durant un événement dans le milieu festif en Communauté française, 2006-2013

Mode de consommation des drogues	**Année**							
	2006	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Injection (N)	2.402	2.618	3.917	2.969	2.111	2.778	3.155	1.418
Au cours de la vie (%)	2,7	3,2	3,2	3,5	4,6	4,4	3,8	-
Le mois dernier (%)	1,7	1,3	1,1	1,5	2,1	1,7	1,8	-
Pendant un événement (%)	-	0,6	0,7	1,1	1,2	0,9	0,9	1,0
Polyconsom-mation de drogues* (N)	2.402	2.618	3.917	2.969	2.111	2.778	3.155	1.653
2 produits (%)	18,6	16,9	23,0	18,7	17,3	17,0	13,2	22,2
≥3 produits (%)	13,2	11,5	12,9	10,1	12,7	9,3	7,2	19,7

* ne fait pas partie de la définition de l'usage problématique de drogues de l'EMCDDA, l'alcool est pris en compte quand il est utilisé avec une substance illégale

Source**:** Drogues Risquer Moins, Modus Vivendi

2.2. Tendances observées

La prévalence estimée des UDI vie en Belgique pour la période 2002-2013 (voir tableau 4.1) et la prévalence observée des UDI pendant des événements de la vie nocturne en Communauté française pour la période 2006-2013 (voir tableau 4.2) suggèrent une tendance stable dans le domaine de l'usage de drogues par voie injectable.

3. Caractéristiques des usagers de drogues à hauts risques

3.1. Les usagers de drogues par voie intraveineuse en contact avec les programmes d'échange de seringues en Communauté flamande

Les données sur les UDI qui fréquentent les programmes d'échange de seringues (NEP) situés en Communauté flamande sont collectées par le biais d'un questionnaire anonyme, volontaire, et structuré depuis 2001 (Windelinckx, 2013 ;Windelinckx, 2014). Chaque année, un échantillon des UDI qui contactent l'un des NEP est invité à remplir un questionnaire

basé sur le questionnaire sur les risques de l'injection (QRI) (Stimson et al., 1998) et qui contient en plus des éléments relatifs à l'état sanitaire, à l'usage de drogues et à l'accès aux soins de santé. À partir de 2006, une nouvelle version du questionnaire a été utilisée. En 2009, 2010 et 2013, le questionnaire s'est enrichi de plusieurs questions comme les lieux d'injection récents utilisés au moins une fois, les abcès sur le site d'injection et le premier produit injecté. Les résultats décrits ci-dessous sont auto-déclarés et ne sont donc pas considérés comme représentatifs de tous les UDI en Communauté flamande étant donné que le nombre d'UDI sans contact avec ces programmes est selon toute vraisemblance très élevé. En 2013, 64 % des participants (N=264) à l'étude ont indiqué qu'ils connaissaient au moins un usager de drogues par voie injectable qui n'était pas en contact avec les programmes d'échange de seringues.

L'âge des participants est compris dans une fourchette allant de moins de 20 à 50 ans, avec une moyenne de 35,2 ans. La majorité des participants étaient des hommes (79,6 %). Près de 50 % des UDI vivent dans un environnement instable (sans-abri ou communauté). La grande majorité des participants a rapporté une polyconsommation de drogues non concurrentes (en moyenne 2,4 types de drogues injectés et en moyenne 4 types de drogues consommés). Les substances opiacées (80,8 %) étaient la drogue injectée de prédilection, soit une augmentation considérable par rapport à l'année dernière (2012 : 67,9 %). L'injection des substances opiacées est suivie par l'injection de cocaïne (58,9 %) et d'amphétamines (39,2 %) qui reste stable par rapport à 2012 (respectivement 58,0 % et 40,1 % en 2012). Les cocktails de drogues ont été plus fréquemment injectés (2013 : 37,5 %, 2012: 26,9 %), et, comme ce fut le cas l'année dernière, l'injection de méthadone a encore affiché une hausse (2013 : 11,7 %, 2012 : 8.0 %, 2011 : 8,7 %, 2010 : 4,6 %).

Jusqu'à 54 % des participants ont avoué avoir été initiés à l'UDI avant l'âge de 21 ans, soit une augmentation de 3,5 % par rapport à l'année dernière. L'âge moyen pour commencer à utiliser des drogues par voie intraveineuse est 21,8 ans. Soixante-cinq pour cent des personnes interrogées indiquent que la première injection a été effectuée par quelqu'un d'autre. Comme les années précédentes, la principale préoccupation des chercheurs était le jeune âge de l'initiation aux drogues injectables, avec pas moins de 14,3 % des participants qui avaient moins de 15 ans au moment de la première injection. L'âge des UDI fréquentant les NEP était nettement plus élevé, indiquant que la majorité des UDI pratiquent déjà des injections depuis plusieurs années (sans sécurité) avant d'entrer en contact avec des programmes de réduction des dommages et des risques. Sur l'ensemble des répondants, 76,6 % sont actuellement en traitement, mais 18,7 % (contre 15,7 % en 2012) ont indiqué n'avoir jamais été en traitement.

3.2. Usagers de drogues recrutés en rue en Communauté française

Les données sur les comportements à risques au sein des UDI en Communauté française sont collectées par le biais des opérations Boule-de-Neige organisées par Modus Vivendi depuis 1993. Ces opérations ont pour objectif principal la prévention par les pairs et le ciblage de sous-populations difficiles d'accès. À cette fin, des UDI volontaires (appelés « jobistes ») reçoivent une formation de 15 heures et sont rémunérés pour diffuser des informations sur la prévention du sida et de l'hépatite ainsi que d'autres informations sur la réduction des risques parmi les pairs. Ces résultats ne sont pas totalement représentatifs des UDI en rue en Communauté française, car ils ne sont pas corrigés pour la dépendance au réseau social des jobistes. Qui plus est, le questionnaire est principalement utilisé comme outil de contact et n'est à ce titre pas vraiment normalisé. Par ailleurs, la couverture géographique des opérations Boule-de-Neige peut varier d'une année à l'autre en fonction de l'offre et de la demande d'activités de réduction des risques au niveau local.

Sur les 313 usagers de drogues contactés en rue dans l'enquête de 2013, 279 personnes (89,1 %) ont indiqué être un usager de drogue « actuel » (en d'autres termes, une personne qui a « consommé des drogues au cours des 30 derniers jours ») (Hogge, 2014). Dans l'ensemble, 166 répondants ont indiqué avoir eu recours au moins une fois dans leur vie à des drogues injectables par voie intraveineuse, soit 53 % de tous les usagers de drogues ou 59,5 % des usagers de drogues « actuels » (Table 4.3). Sur l'ensemble des UDI vie, 65,7 % indiquent un usage actuel de drogues par voie injectable. Sur les usagers de drogues « actuels », 15,1 % (n=42) ont déclaré consommer actuellement plus de deux produits 81,7 % (n=228), voire trois produits ou davantage. Parmi les UDI actuels, les drogues injectables les plus populaires étaient l'héroïne et la cocaïne, avec respectivement 76,1 % (n=83) et 73,4 % (n=80). Par ailleurs, 11,9 % ont rapporté l'injection de méthadone.

Tableau 4.3. Usagers de drogues par injection au cours de la vie et polyusage de drogues chez les personnes recrutées en rue en Communauté française, 2013

Profil de consommation	Tous les usagers de drogues (N=313)	Usagers de drogues « actuels » (N=279)
	%	%
Usage de drogues par voie injectable sur la vie	53,0	59,5
Usage actuel	34,8	39,1
Polyconsommation de drogues		
2 produits	.	15,1
3 produits ou davantage	.	81,7

Source : Opérations Boule-de-Neige, Modus Vivendi, 2013

4. Conclusion

Les données nationales actuellement disponibles sur l'usage à hauts risques de drogues sont limitées et ne représentent donc qu'une estimation de la prévalence des usagers qui ont eu recours au moins une fois dans leur vie à une drogue par voie injectable en Belgique et non des usagers « récents » des douze derniers mois. Les résultats supplémentaires sont limités tant sur le plan géographique que situationnel (populations scolaires, milieux récréatifs et NEP soit en Communauté flamande soit en Communauté française) et sont plutôt indicatifs que concluants.

De manière générale, l'indicateur clé « usages à hauts risques de drogues » a été remanié au cours des dernières années. Afin d'étayer l'évolution des définitions théoriques des sous-catégories dans l'indicateur clé révisé, une revue de la littérature sur les modes de consommation et leur relation avec des risques et/ou dommages chez les consommateurs d'opioïdes, de cocaïne et d'amphétamines a été réalisée (Skafupova et al., 2014). La revue de la littérature a épinglé quelques modes de consommation fortement associés à des risques/dommages :

1. Voie d'administration : la voie intraveineuse était la plus risquée, suivie par la fumette et l'inhalation. Bien que le sniff et l'absorption orale soient des voies moins risquées, elles n'ont pas pu être considérées comme des comportements sans risque.
2. La *polyconsommation de drogues* était un facteur aggravant extrêmement significatif de tout dommage, parce qu'elle indique un niveau particulier de compulsivité et est associée à des niveaux de dépendance et de risques d'overdose plus élevés.
3. Fréquence : pour la cocaïne et les amphétamines, il apparaît qu'une *fréquence de consommation hebdomadaire et supérieure* et des périodes de consommation continue et élevée (binge) sont liées à des risques de dommages plus élevés. Il était moins évident de définir un seuil pour la consommation des opioïdes étant donné que la plupart des études n'étaient basées que sur des consommateurs endurcis recourant à la drogue quotidiennement. Sur la base de l'expérience clinique selon laquelle la consommation d'opioïdes n'est pas moins dommageable que la consommation de stimulants, un seuil de consommation hebdomadaire (et plus fréquente) d'opioïdes semble raisonnable.

Les tendances observées dans l'usage de drogues par voie injectable tant au niveau national que dans les milieux récréatifs suggèrent que la prévalence des UDI a été stable au cours de la dernière décennie. L'observation la plus alarmante réside dans le jeune âge de l'initiation à l'injection intraveineuse de drogues. En effet, plus de la moitié des consommateurs avaient été initiés avant 21 ans, voire 15 % avant 15 ans. De plus,

l'intervalle entre le début de la consommation des drogues par voie injectable et la fréquentation des programmes d'échange de seringues est sans doute de plusieurs années, ce qui augmente le risque de développer des habitudes d'injection dangereuses, de contracter les maladies infectieuses associées et de rencontrer d'autres problèmes de santé. Ce jeune âge de la première injection est un argument de plus pour poursuivre le développement de mesures de prévention sélective (EMCDDA, 2014).

Parmi les étudiants de l'enseignement supérieur, environ un utilisateur récent (« au cours des 12 derniers mois ») sur cinq de cannabis a signalé des expressions de consommation problématiques de cannabis (DSM-IV), alors que plus de la moitié des consommateurs récents d'autres substances psychoactives ont fait part d'un risque (fortement) accru d'utilisation problématique (DAST-10). En raison de la faible prévalence de substances illicites autres que le cannabis, ces problèmes liés à l'usage de drogues illicites sont plutôt exceptionnels. Bien des éléments indiquent clairement une consommation problématique dans ce dernier groupe, la plupart des personnes pensant qu'elles seraient capables d'arrêter leur consommation sans le moindre problème. Il convient d'effectuer de nouvelles recherches longitudinales avec des questionnaires et des interviews exhaustifs pour définir si ces résultats reflètent la différence entre la dépendance et l'abus de drogues, ou si une partie des usagers de drogues sous-estiment la difficulté de mettre un terme à leur consommation de substances illicites. Bien que la prévalence d'une consommation à haute fréquence de stimulants soit plutôt rare dans la population d'élèves et d'étudiants examinée, tout contact pénal, pédagogique et sanitaire révélant ce mode de consommation de drogues doit être géré avec prudence. L'évaluation de la pertinence d'une augmentation brutale de la prévalence de polyconsommation de drogues dans les milieux récréatifs (Communauté française) exige des données de suivi pendant les prochaines années.

Un autre fait remarquable est la proportion d'UDI des NEP en Communauté flamande et des UDI en rue en Communauté française («opérations Boule-de-Neige») à avoir signalé l'injection de méthadone, à savoir un dixième. En Belgique, l'héroïne reste l'opioïde le plus couramment utilisé pour les injections. Cependant, la croissance progressive de la prévalence de l'injection de méthadone devrait faire l'objet d'un suivi minutieux comme c'est d'ailleurs déjà le cas dans d'autres pays européens (par exemple Estonie, Finlande) ; des solutions de remplacement comme la fentanyl ou la buprénorphine illégale sont devenues les opioïdes les plus couramment injectés (EMCDDA, 2014).

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Mme. De Donder, M. Laudens, dr. Hogge, M. Dom et Mme. Windelinckx pour leur contribution à la collecte des données et leurs remarques pertinentes. Leur implication essentielle est fortement appréciée.

Chapitre 5. Prise en charge de l'usage de drogues : demande et offre de soins

Antoine J.

- *Depuis 2011, le nombre de demandes de traitement pour le cannabis comme drogue principale a affiché une forte croissance, alors qu'une diminution s'observe pour les substances opiacées. En 2013, les patients ont invoqué le plus souvent la consommation de cannabis (33,5 %) pour une prise en charge thérapeutique.*
- *Un premier projet pilote sur le traitement assisté avec de la diacétylmorphine en Belgique recommande d'étendre le traitement à la diacétylmorphine comme traitement de deuxième ligne pour les patients qui continuent à consommer de l'héroïne de rue en dépit du traitement à la méthadone.*

1. Introduction

En raison de la sixième réforme de l'État, les Communautés sont investies de plus de compétences dans le cadre d'initiatives politiques et stratégiques, ce qui représente un changement radical du secteur de la prise en charge de l'usage de drogues en Belgique. Cette évolution du statut institutionnel du pays débouche actuellement sur une situation transitoire (voir le chapitre 1). Ce chapitre commente l'état des lieux le plus récent de la prise en charge de l'usage de drogues en Belgique. Dans un premier temps, la déclaration conjointe sur la politique des drogues est examinée pour ce qui est de l'information relative aux traitements (section 1.1) et des organisations qui œuvrent dans le domaine de la prise en charge de l'usage de drogues (section 1.2) sont présentées. Des chiffres clés basés sur les données de l'indicateur de la demande de traitement de 2013 (section 1.3) et une description des différentes modalités de traitement (section 1.4) sont également repris. Les tendances relatives au nombre de demandes de traitement et aux personnes qui suivent un traitement de substitution sont également passées en revue (section 2). Enfin, un tour d'horizon des évolutions les plus récentes dans le domaine du traitement de l'usage de drogues (section 3) conclut ce chapitre.

2. Prise en charge de l'usage de drogues en Belgique

2.1. Politiques et coordination

Une politique efficace en matière de drogues exige une approche globale et intégrée. En 2010, les représentants de tous les gouvernements de Belgique (Gouvernement fédéral, Région wallonne, Région flamande, Région de Bruxelles-Capitale, Communauté française, Communauté germanophone, les autorités francophones de la Région de Bruxelles-Capitale et les autorités communes de la Région de Bruxelles-Capitale) ont signé une déclaration commune intitulée « Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique ». Les principaux objectifs liés au traitement mentionnés dans ce document sont les suivants :

1) promotion d'une stratégie globale et collaborative d'aide, commençant par une approche en matière de santé et intégrant d'autres dimensions telles que le bien-être et l'intégration sociale ;
2) guérison/prise en charge ainsi que soins et assistance ;
3) fourniture d'un large choix d'installations spécialement dédiées aux usagers de drogues ou aux soins de santé globaux et aux services liées au bien-être ;
4) création d'une répartition géographique équilibrée des centres sur la base de l'évaluation des besoins ;
5) garantie de la disponibilité de différents programmes de traitement, y compris le traitement sans drogue, la cure de sevrage, le traitement de substitution, les initiatives de réduction des risques, la réinsertion professionnelle et sociale ;
6) promotion d'une prise en charge intégrée avec une priorité au double diagnostic, à l'emploi, au logement et aux problèmes psychosociaux ;
7) développement d'un réseau de soins/prise en charge collaboratifs offrant des approches générales et spécifiques ;
8) formation de nouveaux travailleurs de la santé afin d'éviter les listes d'attente ;
9) promotion de la gestion de cas centrée sur le soutien individualisé dans des groupes spécifiques.

À la lumière de cette déclaration commune, une Cellule de politique générale Drogues a été créée et accueille en son sein 17 représentants du Gouvernement fédéral et 18 représentants des gouvernements régionaux, un coordinateur national drogues et un vice-coordinateur. Cette cellule a pour principal objectif de formuler des recommandations bien élaborées afin de synchroniser les politiques antidrogues.

2.2. Organisation et disponibilité de la prise en charge de l'usage de drogues

En Belgique, il existe une grande variété de prises en charge visant à aider les personnes présentant des troubles liés à la drogue. Ces services destinés aux usagers de drogues ont pour objectif principal de promouvoir la qualité de vie en termes de santé globale (physique et psychologique) et de bien-être, et de respect de l'autonomie du client.

Le réseau de soins primaire est le premier niveau à bas seuil de l'aide organisée. Ces installations sont les plus aptes à détecter un problème lié à la consommation d'une substance afin d'évaluer et, le cas échéant, de réorienter les personnes vers une aide plus spécialisée si nécessaire. Ce réseau se compose de médecins généralistes, de centres de bien-être général, de services de soins à domicile, de centre d'aide à la jeunesse et de centres publics d'aide sociale.

En plus des soins primaires, une prise en charge spécialisée ambulatoire ou résidentielle est aussi disponible, et sera décrite en détail dans les sections suivantes.

L'État fédéral est responsable de l'assurance soins de santé et de la définition des principes de base pour la prise en charge des patients hospitalisés.

Dans le secteur de la politique en matière de santé, les Communautés sont responsables de l'administration des soins aux patients hospitalisés et ambulatoires ainsi que du domaine de l'éducation en matière de santé et des soins de santé préventifs. En d'autres termes, il incombe aux Communautés de fixer les modalités régissant les institutions qui relèvent de leurs compétences et de mettre en œuvre les réglementations fédérales. Au niveau de la Région flamande, des centres de santé mentale sont coordonnés par l'Agence flamande Soins et Santé. Pour sa part, la Région wallonne (Direction générale de l'Action sociale et de la Santé) subsidie des centres d'aide et de soins spécialisés en assuétudes respectant les recommandations du décret assuétudes du 30 avril 2009. À Bruxelles, la Commission communautaire française finance des projets spécifiques sur le traitement, la prévention, l'assistance et la réinsertion (sociale).

Depuis les années 1980, des conventions sont conclues entre des centres spécialisés pour le traitement des conduites addictives et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) afin de stimuler de nouvelles initiatives dans ce domaine. En 2013, 29 conventions ont été signées avec des centres résidentiels et ambulatoires qui ont planché sur la prise en charge psychosociale et médicale spécifique. Ces centres représentent une partie importante (quoique non exhaustive) et diversifiée de la prise en charge des usagers de drogues en Belgique. Les conventions avec les centres de revalidation pour usagers de drogues financés par l'INAMI seront transférées aux Communautés dans un avenir proche.

2.2.1. Réseau ambulatoire

Les tableaux 5.1 et 5.2 présentent un aperçu des installations de traitements des patients ambulatoires et donnent, respectivement, une définition des différents types de centres et de leur importance en termes de nombre de usagers de drogues pris en charge. S'il est vrai que les médecins généralistes peuvent jouer un rôle déterminant dans le traitement des usagers de drogues, il n'en reste pas moins qu'ils ne sont pas repris dans les tableaux en raison de l'absence actuelle d'informations à leur sujet.

Tableau 5. 1. Réseau des institutions de prise en charge ambulatoire (nombre total d'unités)

Types de centre	Nombre total	Définition nationale
Centres spécialisés dans le traitement de l'usage de drogues	34	Les centres de jour sont des centres spécialisés qui atteignent un grand groupe de personnes présentant des problèmes liés à la drogue (des nouveaux consommateurs aux personnes avec de graves troubles liés à une substance) ainsi que leurs parents ou amis. Une aide psychosociale, administrative et judiciaire est proposée sur une base individuelle ou comme partie d'une thérapie de groupe. Au cours de ces programmes, une abstinence totale n'est pas obligatoire, toutefois, les clients ne peuvent pas être sous influence pendant les activités. Un traitement de substitution (par exemple, la méthadone ou la buprénorphine) est aussi disponible dans ces centres. L'accent est placé sur le processus de guidance pendant la transition vers une vie mieux structurée. Des centres de jour sont présents en Région flamande (6), dans la Région de Bruxelles-Capitale (9) et en Région wallonne (19).
Agences à bas seuil	9	Les maisons d'accueil socio-sanitaires (MASS) sont des agences à bas seuil qui proposent des services sociaux, psychologiques et sanitaires aux personnes présentant un trouble lié à la consommation de drogue. Elles ont pour objectif principal de nouer des contacts avec des personnes normalement exclues des installations de prise en charge standard. Une grande partie de leur travail quotidien consiste en des soins médicaux et sociaux, en une réduction des dommages et en des traitements de substitution. Certaines d'entre elles proposent aussi un programme d'échange de seringues. En Région flamande, cinq MASS de ce type sont à pied d'œuvre (en néerlandais, « Medisch en Sociaal Opvangcentrum », MSOC)), alors qu'il y en a trois en Région wallonne et une dans la Région de Bruxelles-Capitale.
Services de santé mentale	31	Certains services de santé mentale sont également spécialisés dans le traitement des troubles liés aux drogues. Le but ultime de leurs services étant la réduction de la consommation, voire l'abstinence totale. Ces centres proposent un éventail de traitements, d'une approche individuelle à une thérapie de groupe, relationnelle et familiale. Les clients qui présentent des problèmes plus complexes – comme un double diagnostic d'usage de drogues – sont admis à une offre de prise en charge spécifique. La Région flamande compte 20 centres (en néerlandais les « Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg », CGG). La

		Région wallonne et la Région de Bruxelles-Capitale comptent respectivement 8 et 3 centres spécialisés en assuétudes (des «Services de Santé Mentale» ou SSM).

Source: BTDIR, 2014

Tableau 5.2. Prise en charge totale de traitements ambulatoires pour des demandes de traitement pour des drogues illicites (nombre de clients), 2013

Types de centre	**Nombre total de clients pris en charge dans le cadre d'un traitement**	**Couverture des institutions de traitement contrôlées**
Centres spécialisés dans le traitement de l'usage de drogues	2.975	24 centres / 34
Agences à bas seuil	1.795	9 centres / 9
Soins de santé mentale	1.073	21 centres / 31

Source: BTDIR, 2014

2.2.2. Réseau résidentiel

Les structures de traitement résidentiel sont principalement représentées par les hôpitaux. Parallèlement à ces structures générales, il existe aussi des centres spécialisés pour les usagers de drogues en situations de crise (centres d'intervention de crise) ou dans une phase plus stabilisée (centres résidentiels à long terme, y compris les communautés thérapeutiques (CT)). Un aperçu des installations de prise en charge résidentielle (tableau 5.3) et de dispensation de traitement (Table 5.4) est présenté ci-dessous.

Tableau 5. 3. Réseau d'institutions de prise en charge résidentielle (nombre total d'unités)

Types de centre	Nombre total de centres	Définition nationale
Traitement résidentiel de l'usage de drogues en hôpital	120	Parmi tous les hôpitaux belges, les hôpitaux psychiatriques ainsi que les services de psychiatrie disposent de manière générale d'une capacité limitée à traiter les patients usagers de drogues. Certains hôpitaux ont mis au point un programme spécial pour les usagers de drogues. L'éventail des options thérapeutiques peut être très large en milieu hospitalier. Afin d'évaluer le nombre d'hôpitaux qui peuvent traiter les usagers de drogues, le nombre d'hôpitaux avec des lits spécifiquement réservés à la psychiatrie ont été pris en compte (classifiés comme des lits A, T et K). Il y a 67 hôpitaux en Région flamande, 16 en Région de Bruxelles-Capitale et 37 en Région wallonne. Cependant, les lits psychiatriques ne sont pas tous utilisés pour traiter les usagers de drogues.
Centre d'intervention de crise	8	Les centres d'intervention de crise sont des centres de traitement résidentiel à court terme qui garantissent une aide inconditionnelle et rapide en cas de situation de crise. Ils encouragent un sevrage physique et motivent les patients à poursuivre l'abstinence ou guide les patients vers le programme de prise en charge le mieux adapté à leur cas. Cinq centres de crise sont à pied d'œuvre en Région flamande, 1 dans la Région de Bruxelles-Capitale et 2 en Région wallonne.
Communautés thérapeutiques (CT) ou autres centres résidentiels à long terme	15	Les CT ont été les premières initiatives de traitement pour les usagers de drogues en Belgique. D'autres centres résidentiels à long terme apportent aussi leur concours dans ce cadre. Il s'agit d'environnements sans drogue qui se concentrent principalement sur l'auto-assistance et le soutien par les pairs. Une structure communautaire hiérarchique et des sessions de thérapie de groupes sont déterminantes pour le sevrage et la réinsertion sociale des patients. Il existe 8 CT en Belgique : 5 en Région flamande et 3 en Région wallonne. Une récente publication européenne brosse un portrait plus détaillé des CT en Belgique et de manière plus générale en Europe (Vanderplasschen et al., 2014).

Source: BTDIR, 2014

Tableau 5.4. Prise en charge totale de traitements résidentiels pour des demandes de traitement pour des drogues illicites (nombre de clients), 2013

Types de centre	Nombre total de clients	Couverture des institutions de traitement contrôlées
Traitement résidentiel de l'usage de drogues en hôpital	2.119	42 hôpitaux / 120
Centre d'intervention de crise	727	8 centres / 8
Communautés thérapeutiques (CT)	380	15 centres /15

Source: BTDIR, 2014

2.3. Données des demandes de traitement

Le registre belge de l'indicateur des demandes de traitement (BTDIR) a été officiellement approuvé par la Conférence interministérielle Santé publique en 2006 (MB du 3 mai 2006). Par conséquent, un protocole national TDI a été adopté en 2010 sur la base de la version 2.0 du protocole de l'EMCDDA. Sur cette base, le registre TDI a été lancé au niveau national dans les centres spécialisés en 2011. Les prisons et médecins généralistes ne participent actuellement pas au registre. Ce système enregistre à la fois les patients qui sont pris en charge dans le cadre d'un traitement pour consommation de substances illicites ainsi que pour consommation d'alcool comme substance principale. Un nouveau protocole européen a été adopté en 2012 et doit être mis en œuvre dans les États membres de l'UE. Au niveau national, un nouveau protocole a été adopté en septembre 2013 et sera la base du registre TDI à partir de 2015.

Les centres spécialisés résidentiels et ambulatoires utilisent une application en ligne depuis 2011 afin d'encoder leurs clients ou envoient leurs données par le biais d'un module de dépôt de données. En 2013, près de 100 centres spécialisés ont participé à ce registre TDI.

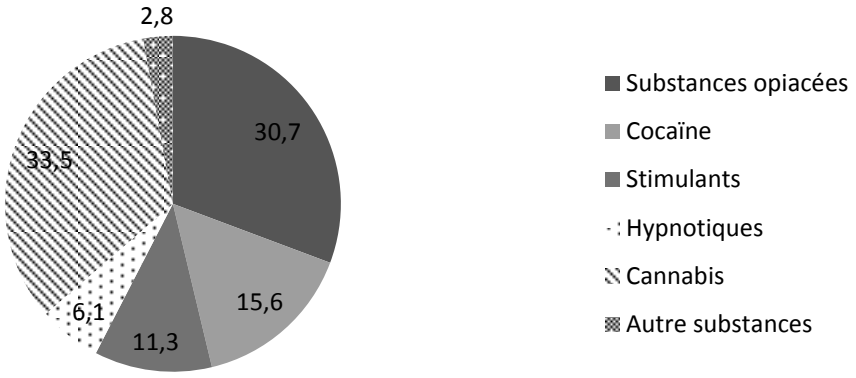
En 2013, 9 192 usagers de drogues ont entamé un traitement dans les centres qui rapportent des données. Près de 73 % et 45 % des centres spécialisés ambulatoires et résidentiels rapportent des données.

Environ 2 patients sur 3 (64,0 %) ont été enregistrés dans des centres ambulatoires et 36,0 % dans ces centres résidentiels.

Dans tous les types de centres, les patients signalent le plus souvent la consommation de cannabis (33,5 %) comme raison d'entreprendre un traitement (voir figure 5.1), viennent ensuite les substances opiacées (30,7 %), la cocaïne (15,6 %), les stimulants autres que la cocaïne (11,3 %) et l'abus d'hypnotiques et de sédatifs (6,1 %). Les caractéristiques des

patients et le profil d'assuétude des patients commençant un traitement pour les différentes substances sont décrits au tableau 5.5.

Figure 5. 1. Proportion (%) des demandes de traitement par substance principale, 2013



Source : BTDIR, 2014

Tableau 5.5. Caractéristiques des patients entrant en traitement en 2013 par type de drogue principale

Caractéristiques des patients	**Type de drogue principale pour entreprendre un traitement**				
	Substances opiacées	**Cocaïne**	**Stimulants**	**Hypnotiques**	**Cannabis**
Femmes (%)	19,6	18,8	24,9	50,9	14,8
Âge moyen (ans)	34,7	30,8	28,6	38,9	23,5
Injection au moins une fois dans la vie (%)	41,5	13,7	18,9	7,6	3,9
Consommateurs quotidiens (%)	58,6	30,9	30,9	76,3	48,2
Consommation de seulement une substance (%)	18,0	22,1	30,7	41,7	49,0
Première fois en traitement (%)	16,0	36,4	34,2	27,0	58,5
Âge moyen au moment de la première consommation (ans)	21,2	20,4	18,1	25,9	15,4

Source : BTDIR, 2014

Il est à noter que la majorité du groupe de personnes en traitement pour consommation d'hypnotiques sont des femmes. En revanche, les femmes sont les moins représentées dans le groupe des consommateurs de cannabis en traitement. L'âge moyen des patients en traitement est plus élevé pour les personnes traitées pour une consommation d'hypnotiques et de substances opiacées que dans le groupe pris en charge pour la consommation de cannabis et de stimulants. La proportion de personnes qui se sont injecté une substance au moins une fois dans leur vie est la plus élevée dans le groupe de personnes en traitement pour les substances opiacées. Les patients traités pour une consommation d'hypnotiques ou de cannabis consomment moins d'autres substances (y compris l'alcool). Le registre montre que la plupart des patients qui consomment des substances opiacées ont déjà été traitées par le passé. L'âge moyen de la première utilisation est le plus bas pour les consommateurs de cannabis.

2.4. Modalités de traitement

2.4.1. Traitement de substitution des opioïdes

En Belgique, la méthadone et la buprénorphine sont les deux substances autorisées pour le traitement de substitution aux opiacés (TSO). Ce traitement est organisé à la fois par les centres spécialisés et par les médecins généralistes. Depuis le mois d'avril 2009, les prescriptions pour la méthadone et la buprénorphine sont enregistrées dans le système Pharmanet de l'INAMI. Cet enregistrement a pour objectif d'éviter des prescriptions multiples et de permettre de donner des alertes parmi les praticiens impliqués tel que requis par l'Arrêté Royal du 19 mars 2004 (MB du 30 avril 2004). Cette base de données contient des informations de pharmacies publiques, de pharmacies d'hôpitaux et de centres spécialisés. Les traitements de substitution fournis en prison ne sont pas compris dans cette base de données.

Aujourd'hui, l'administration présente de grandes disparités régionales : en Communauté flamande, le traitement de substitution est souvent prescrit par des centres spécialisés alors qu'en Communauté française, les médecins généralistes sont davantage impliqués. Il est possible de dispenser le traitement quotidiennement dans des centres spécialisés ou, à titre subsidiaire, dans une pharmacie sous la supervision d'un pharmacien.

En 2013, 17.482 personnes ont été enregistrées dans le registre Pharmanet (voir tableau 5.6). Parmi elles, seules 13,5 % ont été traitées avec de la buprénorphine. Les patients étaient surtout des hommes (77,0 %) d'un âge moyen de 39,3 ans. La méthadone et la buprénorphine sont plus souvent prescrites en Communauté française (2 fois sur 3 si l'on additionne les deux chiffres) qu'en Communauté flamande (1/3).

Tableau 5.6. Caractéristiques des patients recevant de la methadone ou de la buprenorphine en 2013 par type de susbtance

	Méthadone	**Buprénorphine**	**Total**
Nombre total (N)	15.112	2.370	17.482
Femmes (%)	22,9	23,5	23,0
Âge moyen	39,5	37,9	39,3
Région (%)			
flamande	29,9	49,4	32,6
de Bruxelles-Capitale	15,3	11,6	14,8
wallonne	54,8	39,0	52,6

Source : INAMI, 2014

2.4.2. Patients à double diagnostic

Au cours des dernières années, les cliniciens ont remarqué une augmentation du nombre de patients avec un double diagnostic (De Hert et al., 2010). Particulièrement vulnérables, ces patients sont actuellement démunis de toute forme de prise en charge. Par conséquent, un projet pilote a été lancé en 2002 afin d'établir deux unités spécifiques (une en Région flamande et une en Région wallonne) (Sabbe et al., 2008). Ces unités dispensent un traitement intensif et intégré pour les deux problèmes (usage de drogues et troubles mentaux) en vue de stabiliser les patients après une période de traitement intensif pour ensuite les orienter vers d'autres services pour poursuivre le traitement.

2.4.3. Gestion de crise et de cas

Les services d'urgence jouent un rôle déterminant dans l'offre des premiers secours aux personnes qui présentent des troubles liés à l'usage de drogues. Ces services informent les patients des options de traitement et les orientent vers un traitement spécialisé. Ils renforcent la motivation à suivre le traitement et à changer les comportements. En Belgique, les soins de crise peuvent s'inscrire dans deux projets. Dans un premier temps, il existe un projet pilote national pour la gestion de crise et de cas de patients présentant des troubles liés à l'usage de drogues (en Belgique, 8 centres proposent quatre lits de crise avec une durée de séjour maximale de cinq jours). Ensuite, les « Centres d'intervention de crise » (CIC) (également décrits au chapitre 7) interviennent dans des situations de crise et organisent une admission ou une aide rapide. Par ailleurs, ils prêtent leur concours au sevrage physique et encouragent à poursuivre le traitement. Par ailleurs, une stratégie de soutien déterminante, capable de faciliter la gestion de crise de personnes souffrant de troublés liés à l'usage de drogues, est la gestion de cas. Celle-ci a été mise en œuvre en Belgique dans le traitement de l'abus de substances depuis 1999. Elle a été institutionnalisée dans le cadre du projet pilote fédéral intitulé « Crise et Case Management

pour les personnes avec des troubles liés à l'usage de drogues ». Cependant, on sait peu de choses au sujet de l'efficacité de cette intervention et de l'éventuelle cohérence de son application (Bruffaerts et al., 2010).

2.5. Assurance qualité des services de traitement de l'usage de drogues

On dispose de différents documents juridiques ou conventions qui décrivent le type de traitement ou le type de fonctionnement qui devraient s'appliquer aux centres qui accueillent des patients avec des problèmes liés à l'usage d'une substance :

- Toutes les agences à bas seuil (MASS) ont signé une convention avec l'INAMI qui décrit précisément les activités sociales ou médicales attendues et la manière de les organiser. Pour les autres centres ambulatoires ou résidentiels avec ce type de convention, le document décrit des objectifs spécifiques pour chaque installation. De cette manière, un panel diversifié de solutions thérapeutiques est à la disposition des intéressés.
- Les centres en Région wallonne qui exigent un financement pour des activités de traitement de l'assuétude spécialisées doivent respecter les dispositions des missions et du fonctionnement reprises dans le décret régional du 30 avril 2009.
- Pour les centres francophones de Bruxelles, un décret (5 mars 2009) décrit les orientations pour tous les services ambulatoires œuvrant à l'action sociale et au sein de ceux-ci les installations de lutte contre l'usage de drogues.
- Les centres de santé mentale en Région flamande reconnus par l'Agence Soins et Santé doivent respecter des règles supplémentaires en matière de qualité des soins et d'organisation pour obtenir l'agrément.

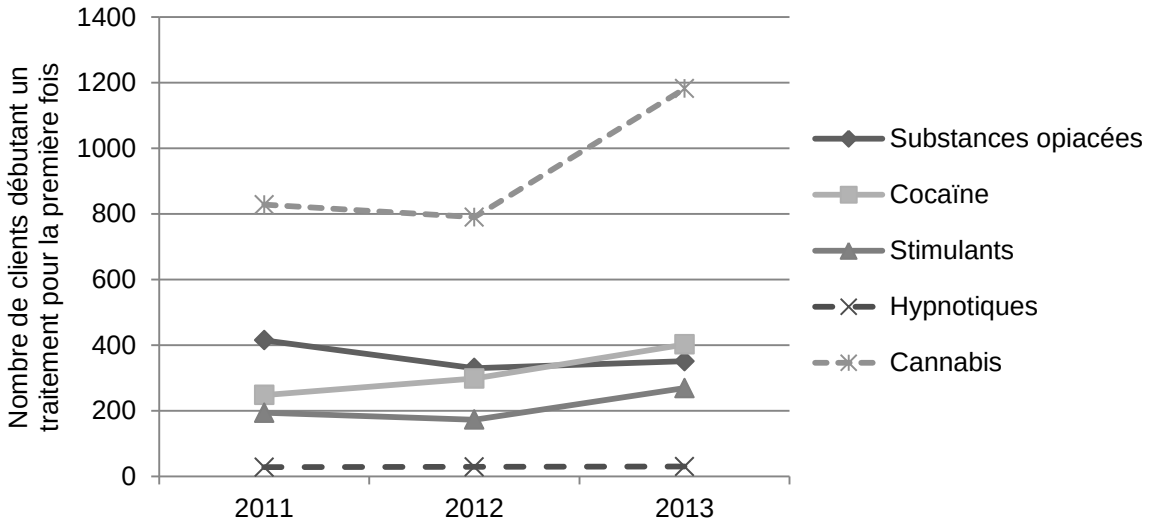
3. Tendances

Aujourd'hui, les tendances en matière d'offre et de demande de traitement ne sont étudiées que sur la base des données TDI enregistrées par les centres spécialisés possédant une convention avec l'INAMI. Ces centres sont en effet tenus de compléter ce registre depuis 2011, alors que ce n'est pas encore le cas pour les autres types de centres. Ces centres représentent quelque 70 % des registres TDI pour 2013 pour les demandes de traitement pour substances illicites (10 des 34 centres de jour, 9 des 9 centres bas seuil, 8 des 8 centres de crise et 15 des 15 centres résidentiels à long terme).

Depuis 2011, on observe une baisse du nombre de clients commençant un traitement pour des substances opiacées. Dans le même temps, on a noté une augmentation des clients en traitement pour le cannabis, la cocaïne et les stimulants. En 2013, le cannabis est la principale raison d'adopter un traitement (voir figure 5.2). Cette tendance résulte d'une

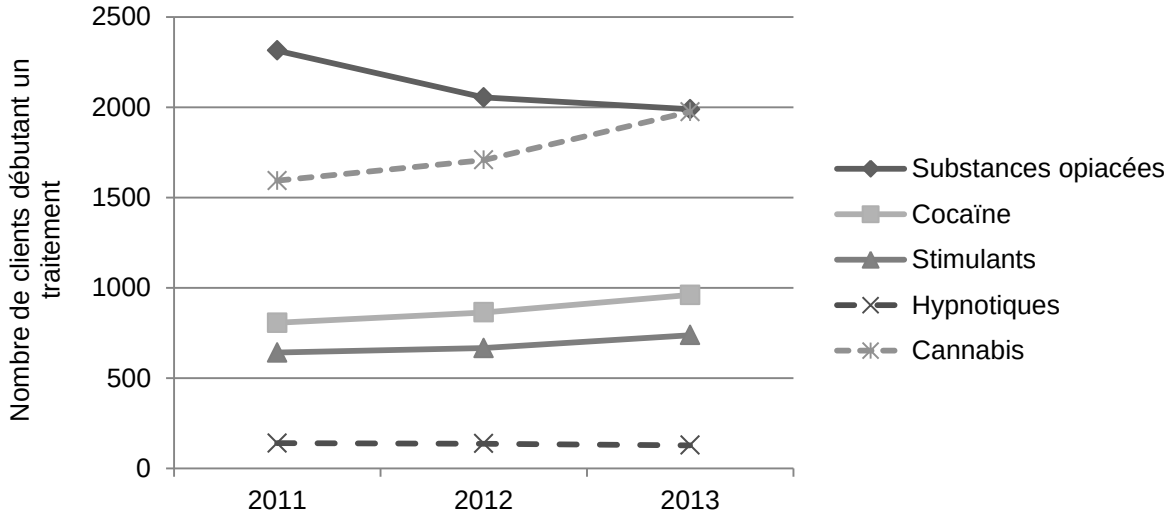
évolution dans le groupe des nouveaux patients (voir figure 5.3). En effet, en analysant les tendances relatives à la consommation principale de drogues parmi les personnes qui commencent un traitement pour la première fois, on note une forte augmentation des patients sous cannabis et une diminution des patients consommant des substances opiacées. Cette baisse de la proportion de demande de traitement pour la consommation de substances opiacées comme drogue principale est également observée dans tous les pays européens (EMCDDA, 2014). Pour ce qui concerne le cannabis, la proportion plus élevée s'explique aussi en partie par un taux (plus) élevé d'orientations judiciaires vers un traitement.

Figure 5. 2. Evolution du nombre de clients débutant un traitement pour la première fois, par substance principale dans les centres avec une convention avec l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité



Source: BTDIR, 2014

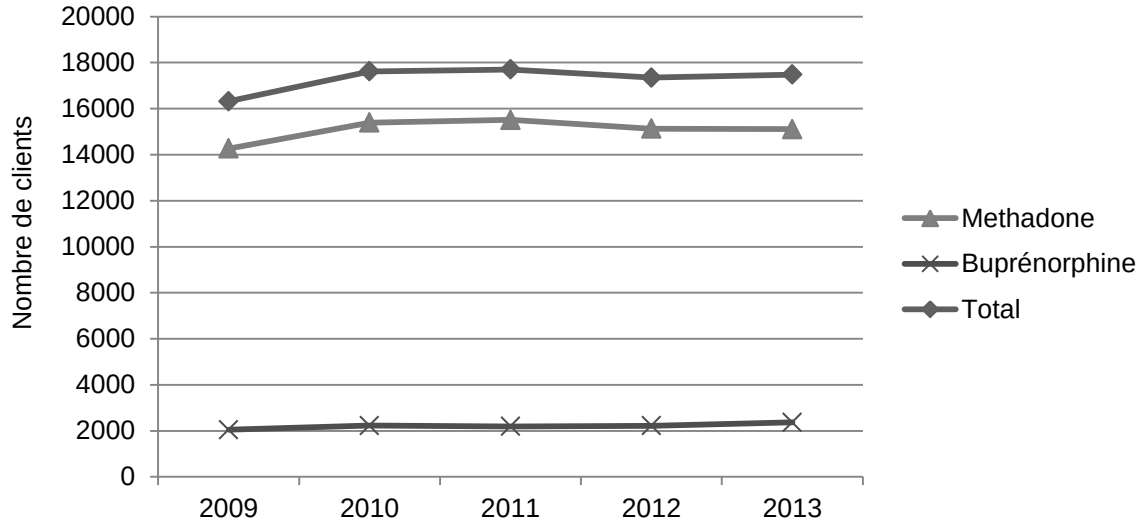
Figure 5. 3. Evolution du nombre de clients débutant un traitement, par substance principale dans les centres avec une convention avec l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité



Source : BTDIR, 2014

Le nombre de patients sous traitement de substitution est stable depuis 2009 (voir figure 5.4). Cependant, depuis 2011, le nombre de traitements à la méthadone affiche une légère diminution alors que le nombre de traitements à la buprénorphine enregistre une faible augmentation.

Figure 5.4. Evolution du nombre de clients recevant de la methadone ou de la buprénorphine, 2009-2013



Source: INAMI, 2014

4. Nouvelles évolutions

4.1. Consommation problématique de cannabis chez les adolescents en difficulté – Le projet INCANT

L'essai INCANT a été réalisé dans 5 villes européennes (Berlin, Bruxelles, Paris, Genève et La Haye) et comprenait une comparaison de la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT) avec la thérapie individuelle de 450 jeunes âgés de 13 à 18 et présentant des modes de consommation problématiques de cannabis. Ce projet assurait le suivi des adolescents et de leurs parents pendant 12 mois afin de déterminer à la fois l'information sur leur santé mentale et leurs caractéristiques comportementales (Rigter et Dekker, 2014).

Un certain nombre de thérapeutes d'Europe occidentale croient fermement que le traitement forcé des adolescents compromettra les chances du thérapeute d'établir une alliance thérapeutique avec l'adolescent et par conséquent influencera l'issue du traitement. Les données de l'étude contredisent toutefois ce point de vue : les adolescents contraints de suivre un traitement ont accepté la thérapie et sont restés sous traitement aussi longtemps que d'autres adolescents (Rowe et al., 2013).

Cependant, Schaub et collègues ont démontré qu'à la fois la MDFT et le traitement individuel réduisent le taux d'externalisation et d'internalisation des symptômes et améliorent en outre le fonctionnement de la famille. Cependant, la MDFT s'est avérée plus efficace pour réduire l'externalisation des symptômes, notamment chez les adolescents contraints de suivre le traitement (Schaub et al., 2014).

4.2. Traitement assisté par diacétylmorphine – le projet TADAM

Le projet pilote de traitement psychosocial assisté par diacétylmorphine (TADAM) vise à comparer l'efficacité et la faisabilité de ce traitement avec l'approche habituelle du traitement à la méthadone. À cet effet, 36 personnes dans le groupe expérimental et 38 personnes dans le groupe de contrôle ont été observées pendant un an.

Le projet s'est terminé en 2012 et des conclusions ont été dégagées en termes de traitement, d'aspects socio-économiques, d'aspects criminologiques et de satisfaction des patients. La différence d'efficacité entre les deux groupes était significative à 3, 6 et 9 mois, mais ne l'était plus après 12 mois. Ceci pourrait être un effet faux négatif en raison des conditions expérimentales (les patients du groupe expérimental savaient que le traitement prenait fin après 12 mois). Pour ce qui est des aspects socioéconomiques, le traitement à la diacétylmorphine s'est montré moins efficace que le traitement à la méthadone. En raison du temps d'observation limité, l'étude sous-estime le nombre d'effets positifs sur la société. Le

traitement à la diacétylmorphine pourrait réduire la délinquance de personnes souffrant d'une assuétude grave. Le traitement à la diacétylmorphine s'est montré plus efficace pour apporter une aide effective au usager de drogues que le traitement à la méthadone. En conclusion, l'extension du traitement à la diacétylmorphine a été recommandée pour les personnes qui continuent à consommer de l'héroïne de rue en dépit d'un traitement à la méthadone. Ce traitement devrait rester un traitement de deuxième ligne seulement disponible pour les patients réfractaires à la méthadone. Pour ces patients, le traitement à la diacétylmorphine s'est révélé plus efficace, mais seulement si sa longueur n'est pas restreinte arbitrairement. Des recommandations ont été formulées concernant les conditions d'installation d'un tel centre, les critères d'inclusion des patients, l'organisation du traitement, l'infrastructure du bâtiment et le personnel (Demaret et al., 2013).

4.3. Analyse et optimisation du traitement de substitution – Le projet SUBANOP

Bien que le traitement de substitution ait été appliqué à grande échelle depuis plus de 15 ans, les recherches sur ce thème restent limitées. L'étude SUBANOP a été mise sur pied afin de mieux appréhender le sujet et d'optimiser les pratiques actuelles de TSO en Belgique. Il est nécessaire de mettre en place une base de données centralisée et exhaustive qui permet de dresser l'inventaire des prestataires de TSO et d'assurer le suivi des évolutions de la demande de traitement et de la pratique. La combinaison de données relatives au traitement (par exemple dosage, type de médicament et schéma thérapeutique) et de données clients (par exemple caractéristiques, besoins d'aide et avantages du traitement) fournit des informations précises concernant une approche personnalisée de l'attribution des options de traitement. Des recherches supplémentaires sont conseillées au sujet de la nature et du type d'aide psychosociale requises pour les personnes dépendantes aux opiacés (Vander Laenen et al., 2013).

5. Conclusion

En Belgique, différents partenaires institutionnels sont responsables du traitement des assuétudes qui est coordonné par la Cellule générale de politique Drogues. Une grande diversité d'installations de traitement est disponible dans le pays. Elles fournissent des services ambulatoires (y compris à bas seuil) ou résidentiels.

En 2013, plus de 9 000 patients qui ont commencé un traitement ont été enregistrés par plus de 100 centres, principalement des services ambulatoires. Les substances opiacées et le cannabis représentent le principal type de substances pour une large majorité de patients qui adoptent un traitement. Cependant, ces deux groupes de patients présentent de grandes différences en matière d'âge (les personnes plus âgées sont en traitement pour une

consommation d'opiacés), de sexe (moins de femmes sont traitées pour le cannabis) et de profil d'usage de drogues à hauts risques (moins de consommation de drogues injectables au moins une fois dans la vie pour les personnes traitées pour le cannabis).

Par ailleurs, une évolution très nette s'observe dans le nombre de personnes commençant un traitement par drogue principale. Le nombre de demandes de traitement pour les substances opiacées diminue alors que celui du cannabis augmente. Ce dernier est toutefois dû, en partie, au nombre accru de traitements demandés par la Justice.

Le nombre de personnes sous méthadone ou buprénorphine reste relativement stable en fonction du temps et ces substances sont plus fréquemment prescrites en Communauté française qu'en Communauté flamande. La buprénorphine reste moins prescrite.

Plusieurs études ont été consacrées à des aspects spécifiques du traitement afin de pouvoir faire évoluer la prise en charge. Une étude pilote remarquable sur le traitement assisté à la diacétylmorphine a conclu que le traitement à la diacétylmorphine n'est plus efficace que le traitement à la méthadone que pour un groupe cible spécifique. En effet, le traitement assisté à la diacétylmorphine est recommandé pour les personnes qui continuent à consommer de l'héroïne de rue en dépit du traitement à la méthadone. Des recommandations ont été formulées pour les principaux aspects (groupe cible, infrastructure, règles…) en vue du développement d'un nouveau projet similaire. Cependant, aucun projet n'est actuellement prévu pour mettre en œuvre ces résultats.

Remerciements

Nous souhaiterions remercier le Prof. dr. Pelc, Prof. dr. Broeckaert, Prof. dr. Dom, M. Verstuyf, Prof. dr. Soyez, dr. Hogge et Mme. Huard pour leur contribution à la collecte de données et leurs remarques pertinentes. Leur implication essentielle a été fortement appréciée.

Chapitre 6. Conséquences sanitaires

De Ridder K.

- Les programmes d'échange de seringues ont permis de réduire le nombre de personnes qui déclarent partager aiguilles et seringues. Pourtant, de nombreux usagers de drogues par voie injectable continuent à partager d'autres accessoires d'injection comme les cuillères, les filtres et l'eau.
- Conformément aux autres pays européens, une diminution des décès dus à la drogue a été observée en 2010, notamment en Région wallonne.

1. Introduction

Ce chapitre décrit les conséquences pour la santé découlant de l'usage de drogues illicites en Belgique. Pour ce qui concerne les maladies infectieuses liées à la drogue, les données des registres nationaux (registre VIH/SIDA et de la tuberculose) et des tests diagnostiques réalisés dans les services d'aide aux usagers de drogues sont résumées (sections 2.1 et 2.2). Les données collectives sont collectées par le service d'échange de seringues flamand («Spuitenruil Vlaanderen») et Modus Vivendi (section 2.3). Les données du Centre national antipoison sont utilisées pour fournir des informations sur les urgences liées à la drogue (section 3.1). En outre, la comorbidité psychiatrique est décrite sur la base d'EuropASI, utilisé dans le cadre de l'interview d'admission dans les centres de traitement de « De Sleutel » (section 3.2). Enfin, des informations sur les décès dus à la drogue sont obtenues par le registre général de mortalité (section 4).

2. Maladies infectieuses liées à la drogue

2.1. VIH/SIDA et hépatite virale

2.1.1. Registre national VIH/SIDA

Le registre national VIH/SIDA, organisé par l'Institut scientifique de Santé publique (WIV-IP) contient les notifications SIDA et VIH depuis 1984-1985 (Sasse et Defraye, 2009). Pour chaque cas confirmé de séropositivité, des informations supplémentaires sur l'âge, le sexe, la nationalité, la résidence, l'orientation sexuelle et le mode probable de transmission du VIH sont collectées au moment du diagnostic de VIH. Pour les cas signalés de sida, une étude de suivi est réalisée chaque année afin de collecter les données relatives à la dernière

consultation ou d'enregistrer l'éventuel décès. Le registre VIH/SIDA est considéré comme exhaustif.

En 2012 et 2013, pour respectivement 14 et 17 nouveaux cas de VIH diagnostiqués, le mode probable de transmission du virus serait l'usage de drogues injectables, ce qui porte le pourcentage à 1,1 % et 1,5 % de nouveaux cas de VIH diagnostiqués vraisemblablement attribuables à l'usage de drogues injectables. Pour les années 2012 et 2013, respectivement 1 (1,1 %) et 2 (2,5 %) cas de SIDA diagnostiqués liés à l'usage de drogues injectables ont été signalés. Il est clair que le pourcentage de nouveaux cas de VIH parmi les usagers de drogues par voie injectable (UDI) par rapport à tous les nouveaux cas de VIH diagnostiqués est beaucoup plus faible qu'au début de l'épidémie de VIH au milieu des années 1980, mais il reste à un niveau stable depuis 2005. Aucune évolution nette dans le temps n'a été observée pour ce qui concerne la proportion d'UDI parmi les nouveaux cas de SIDA diagnostiqués. Toutefois, à l'exception du début de l'épidémie de VIH, la proportion d'UDI parmi les cas de sida est systématiquement (bien que ce ne soit pas de façon significative) plus élevée que la proportion d'UDI parmi les cas de VIH, ce qui signifie que les UDI développent plus rapidement le SIDA que les non-UDI. On suppose que cette différence s'explique par le taux plus élevé de coïnfection par hépatite parmi les UDI par rapport aux non-UDI et/ou aux différences de suivi du traitement.

2.1.2. Test de diagnostic du VIH parmi les UDI qui ont utilisé une drogue injectable au moins une fois

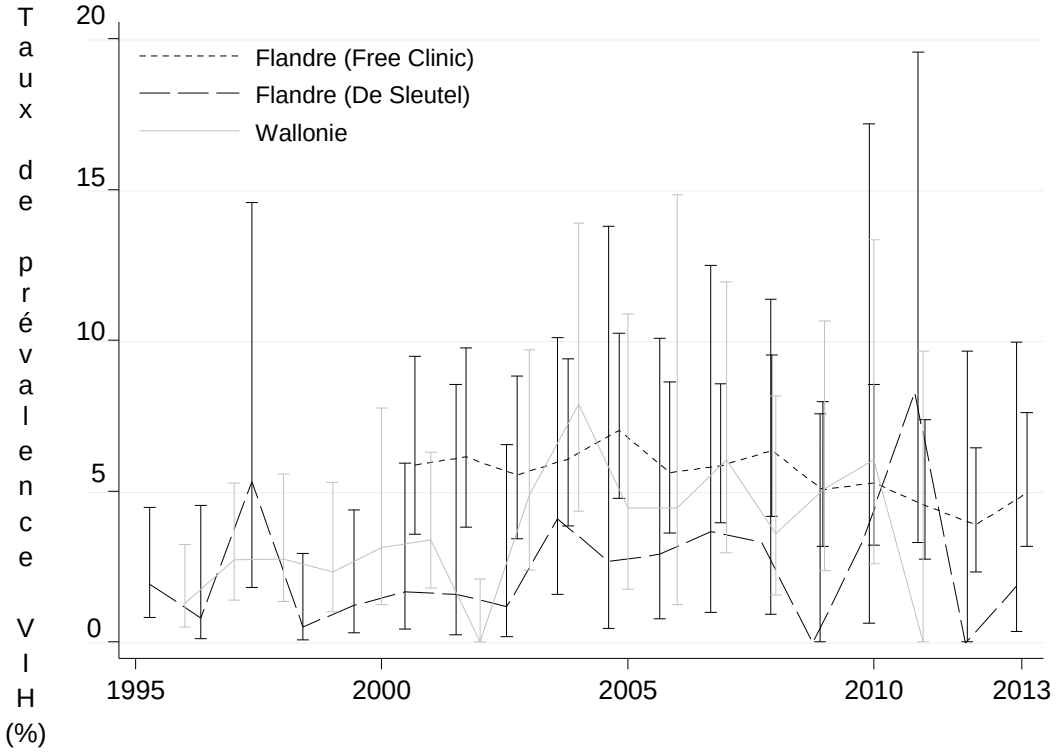
Le taux de prévalence de séropositivité au VIH parmi les UDI en traitement qui ont utilisé une drogue injectable au moins une fois dans leur vie est obtenu par les données sérologiques. Les données sérologiques parmi les UDI vie sont toutefois uniquement disponibles en Région flamande depuis 2012. Les estimations de prévalence reposent sur les résultats des analyses des dépistages sanguins collectés par De Sleutel, une institution de plusieurs centres de traitement ambulatoires et résidentiels répartis en Région flamande, et par Free Clinic, un service de consultation ambulatoire situé à Anvers. De Sleutel collecte les données sérologiques des personnes qui commencent un traitement. En 2012, De Sleutel n'a enregistré aucun nouveau cas de séropositivité parmi les UDI qui ont utilisé une drogue injectable au moins une fois mais en 2013, un nouveau cas (N=53, 1,9 %) a été enregistré. Dans le service de consultation ambulatoire Free Clinic, 4 à 5 % des UDI vie testés étaient séropositifs en 2012 et 2013. Un aperçu des taux de prévalence pour la période 2006-2013 est présenté dans le tableau 6.1 et illustré pour la période 1995-2013 à la Figure 6.1, qui indique des taux de prévalence fluctuant modérément sans nette évolution dans le temps.

Tableau 6.1. Taux de prévalence (%) de séropositivité au VIH parmi les usagers de drogues injectables au cours de la vie en traitement en région flamande, 2006-2012

	De Sleutel		Free Clinic	
Année	**N**	**%**	**N**	**%**
2006	68	2,9	336	5,7
2007	54	3,7	408	5,9
2008	60	3,3	329	6,4
2009	47	0,0	334	5,1
2010	29	3,4	282	5,3
2011	48	8,3	328	4,6
2012	36	0,0	357	3,9
2013	53	1,9	382	5,0

Source: De Sleutel et Free Clinic

Figure 6.1. Taux de prévalence du VIH parmi les usagers de drogues injectables et intervalle de confiance de Wilson de 95% par année et source, 1995-2013



Sources : Région wallonne: EUROTOX, Région flamande: De Sleutel – Free Clinic

2.1.3. Test de diagnostic de l'hépatite parmi les UDI vie

Les taux de prévalence de tests positifs à l'hépatite parmi les UDI en traitement qui ont utilisé une drogue injectable au moins une fois sont obtenus d'une façon analogue au taux de prévalence du VIH décrit ci-dessus et reposent sur les données sérologiques diagnostiques de De Sleutel et Free Clinic. En outre, les quatre maisons d'accueil socio-sanitaire (MASS) dans la province du Brabant flamand ont commencé à fournir en 2014 des données sérologiques de diagnostic pour l'hépatite C parmi les UDI vie. Un aperçu des taux de prévalence de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) pour 2006-2013 figure au tableau 6.2 et à la figure 6.2. Dans le cas d'une infection virale (soit hépatite aiguë ou état de porteur chronique et donc actuellement infecté), le HBsAg est positif. L'anti-HBc apparaît peu après l'infection. En cas de vaccination, l'anti-HBc est négatif et seul l'anti-HBs est détecté. Pour ce qui concerne l'hépatite B, seulement quelques (0 à 2 %) personnes ont été dépistées positives à l'antigène HBsAg indiquant le VHB en 2013, alors que 6 à 48 % étaient positives à l'anti-HBc et 14 à 50 % à l'anti-HBs. Pour ce qui concerne l'hépatite C, 7,5 %, 22 % et 73,4 % des personnes respectivement de la MASS du Brabant flamand, de De Sleutel et de Free Clinic ont été dépistées positives aux anticorps anti-VHC en 2013. Un test positif aux anticorps anti-VHC est lié soit à une infection virale (aigüe ou chronique) ou à une infection virale terminée. La comparaison de ces résultats à ceux des années précédentes ne révèle pas d'évolutions significatives dans le temps.

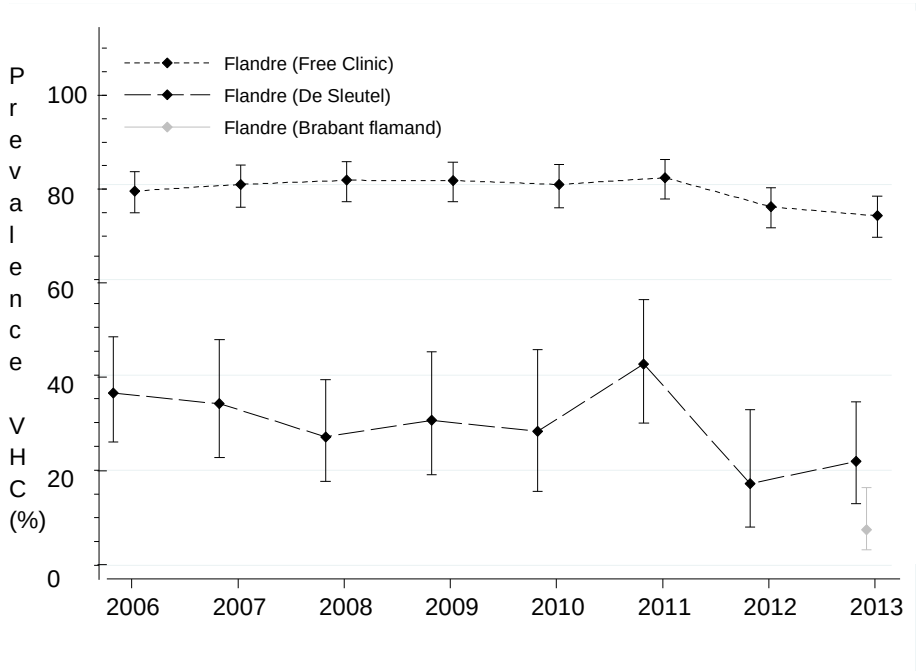
Tableau 6.2. Taux de prevalence de l'Hépatite B parmi les usagers de drogues injectables au cours de la vie dans les institutions de traitement et de diagnostic dans la Communauté flamande, De Sleutel et Free clinic, 2006-2013

Hépatite B		**Années**							
		2006	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
De Sleutel									
HBsAg	**N**	63	45	54	44	29	47	36	50
	%	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	4,3	3,0	0,0
anti-HBc	**N**	38	28	38	28	22	36	28	32
	%	15,8	25,0	2,6	7,1	0,0	16,7	11,0	6,3
anti-HBs	**N**	57	45	49	40	30	47	33	43
	%	12,3	11,1	18,4	25,0	20,0	25,5	33,0	13,9
Free Clinic									
HBsAg	**N**	334	307	328	336	281	326	386	379
	%	1,5	2,6	4,0	4,2	2,8	3,7	2,6	1,6
anti-HBc	**N**	329	303	323	330	277	323	374	366
	%	55,0	53,5	57,3	56,1	56,3	55,1	49,5	48,1
anti-HBs	**N**	-	-	327	334	279	327	379	371
	%	-	-	50,2	51,8	55,2	52,3	49,9	50,1

N: nombre total d'UDI testés (test valides uniquement)

Source: De Sleutel et Free Clinic

Figure 6.2. Taux de prévalence de l'Hépatite B parmi les usagers de drogues injectables au cours de la vie dans les institutions de traitement et de diagnostic dans la Communauté flamande, 2006-2013



N: nombre total d'UDI testés (tests valides uniquement)

Source: De Sleutel, Free Clinic et Maison d'accueil socio-sanitaire en Brabant flamand

2.2. Syphilis et tuberculose

2.2.1. Test de diagnostic à la syphilis

La prévalence d'un test de dépistage positif de la syphilis (TPHA) a été obtenue de Free Clinic. En 2012 et 2013, environ 5 % des personnes testées présentaient un résultat positif (2012 : 18/342 ; 2013 : 16/339). Il convient de remarquer qu'un test positif au TPHA donne fortement à penser à une infection de syphilis, mais ce test ne fait pas de distinction entre une infection récente et ancienne, ou encore une infection déjà traitée.

2.2.2. Registre national de la tuberculose (TBC)

Le registre de la tuberculose est hébergé par BELTA (Belgian Lung and Tuberculosis Association – association belge poumon et tuberculose), avec l' « association flamande pour la santé respiratoire et le contrôle de la tuberculose » (« Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding », VRGT) et le Fonds des Affections Respiratoires (FARES) en Communauté française. La notification des cas de tuberculose est obligatoire en Belgique. Les notifications des deux régions sont mises en commun et vérifiées pour éviter tout doublon dans le registre national.

Depuis 2001, l'incidence nationale de la tuberculose a légèrement diminué, passant de 12,8 cas par 100 000 habitants en 2001 à 8,8 cas par 100 000 habitants en 2013, l'incidence la plus faible depuis 2001. Les incidences les plus élevées en 2013 ont été observées à Bruxelles (26,2/100 000), Liège (21,9/100 000) et Anvers (18,5/100 000). Parmi les 981 cas recensés en Belgique en 2012, un facteur de risque connu a été communiqué pour 85 % (N=840), dont 1,2 % (n=10) était associé à l'usage de drogues injectables. Toutefois, l'inscription des facteurs de risque identifiés est discutable (Patrick de Smet, communication personnelle).

2.3. Données comportementales

2.3.1. Comportement à risque des usagers de drogues injectables en contact avec le programme d'échange de seringues en Région flamande

Comme décrit au chapitre 4 section 3.1, les données sur le comportement à risque des UDI en contact avec l'un des programmes d'échange de seringues en Communauté flamande, sont recueillies depuis 2001 (Windelinckx, 2014). Chaque année, il est demandé à un échantillon d'UDI qui contacte l'un des programmes d'échange de seringues (NEP) de compléter un questionnaire qui repose sur le questionnaire sur les risques de l'injection (QRI) (Stimson et al., 1998). Ce questionnaire comprend d'autres éléments sur l'état de santé, l'usage de drogues et l'accès aux soins de santé. Un aperçu des réponses données à ce QRI est présenté au tableau 6.3.

En 2013, 264 questionnaires valides ont été complétés. Parmi les participants, l'âge moyen était de 35 ans et 80 % étaient des hommes (n=210). La majorité des participants (63 %) ont indiqué ne pas avoir partagé du matériel d'injection avec quelqu'un d'autre au cours des dernières semaines. 34 % des participants ont partagé du matériel d'injection avec une ou plusieurs personnes au cours des quatre dernières semaines. L'échange d'aiguilles et/ou de seringues avec des partenaires sexuels est moins courant ; 26 % et 22 % des participants ont indiqué avoir respectivement donné ou emprunté des aiguilles et/ou des seringues à un partenaire sexuel. Le partage d'autre matériel d'injection au cours des quatre dernières semaines a été rapporté plus fréquemment : par exemple des cuillères (reçues/utilisées : 42 %), de l'eau (reçue : 40 %) et des filtres (reçus : 36 %). Ces résultats correspondent à ceux de 2010-2012.

Tableau 6. 3. Réponses au questionnaire sur les risques de l'injection (QRI), Services d'échange de seringues en Communauté flamande, 2013

Questions	**N**	**Réponses**			
Au cours des quatre dernières semaines, …		**0**	**1**	**>2**	**Ne sait pas**
Combien de fois avez-vous partagé votre matériel d'injection ?	261	63 %	13 %	17 %	7 %
Avec combien de personnes différentes avez-vous partagé votre matériel d'injection ?	263	65 %	24 %	10 %	1 %
Combien de fois avez-vous donné des aiguilles/seringues usagées à un partenaire sexuel ?	188	73 %	11 %	15 %	1 %
Combien de fois avez-vous emprunté des aiguilles/seringues usagées à un partenaire sexuel ?	179	77 %	9 %	13 %	1 %
Combien de fois avez-vous utilisé une cuillère déjà utilisée par quelqu'un d'autre ?	263	56 %	21 %	21 %	2 %
Combien de fois avez-vous utilisé un filtre dans lequel quelqu'un d'autre a mis une seringue usagée ?	262	62 %	20 %	16 %	2 %
Combien de fois avez-vous partagé la même eau ou eau de javel que quelqu'un d'autre pour dissoudre votre drogue?	263	56 %	21%	19 %	4 %
Combien de fois avez-vous pratiqué une injection avec des aiguilles/seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ?	261	77 %	11 %	7 %	5 %
Combien de fois avez-vous rempli votre seringue à partir de la seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre (frontloading/backloading)?	263	82 %	11 %	4 %	3 %
Combien de fois avez-vous utilisé de vieilles seringues conservées dans le même récipient que les vieilles seringues de quelqu'un d'autre ?	263	71 %	14 %	7 %	8 %

Source : Spuitenruil Vlaanderen, Windelinckx 2014

Comme les années précédentes, le pourcentage de participants qui prétendent ne pas avoir partagé des aiguilles/seringues est plus élevé par rapport au pourcentage de participants qui prétendent ne pas avoir partagé d'autre matériel. Même si ces résultats (limités) indiquent que les campagnes de réduction des risques des années précédentes axées sur le non-partage d'aiguilles/seringues semblent porter leurs fruits, on dispose toujours de trop peu de temps pour sensibiliser aux risques de partage d'autre matériel (Windelinckx 2014). Les usagers de drogues ne sont pas ou moins conscients du risque associé au partage d'autre matériel, ce qui peut expliquer les taux de prévalence très élevés d'hépatite C parmi les UDI.

Un comportement plus risqué lié à l'injection de drogue est plus fréquent que les années précédentes. Les injections dans des lieux (semi-) publics, qui sont synonymes d'un usage moins hygiénique et souvent plus rapide, sont de plus en plus fréquentes (45 % en 2013

contre 36 % en 2011). Les zones d'injection les plus courantes sur le corps sont le coude, les jambes, les bras et les mains. Cependant, des zones plus risquées comme le cou, l'aine, l'épaule, le pénis et l'aisselle sont aussi régulièrement utilisées. Cette façon de procéder à une injection est de plus en plus souvent mentionnée par rapport aux dernières années et augmente les risques de complications sanitaires.

Les infections cutanées et des tissus mous sont une complication fréquente de l'usage de drogues injectables. Ces infections sont dues à une combinaison de plusieurs facteurs : l'injection des drogues dans la couche adipeuse sous-cutanée ou les drogues qui sortent des veines, le nombre accru de bactéries sur la peau et la mort des tissus due aux composants toxiques des drogues. Environ 65 % des 240 répondants de l'enquête sur l'échange des seringues en Flandre n'ont pas eu d'abcès au point d'injection au cours de la dernière année, mais 24 % ont signalé plus d'un abcès à cet endroit (Windelinckx, 2014).

2.3.2. Comportement à risque des usagers de drogues injectables en rue en Communauté française

Les données sur les comportements à risque parmi les UDI en Communauté française sont collectées grâce aux opérations Boule-de-Neige, organisées par Modus Vivendi depuis 1993. L'objectif principal de ces opérations Boule-de-Neige qui ciblent les sous-populations difficiles à atteindre, est la prévention par les pairs (voir également chapitre 3, section 3.1.3). Pour ce faire, des UDI volontaires deviennent « jobistes » et sont formés et rémunérés pour diffuser des informations sur la prévention sida et hépatite et d'autres informations sur la réduction des risques parmi leurs pairs.

Les informations sur les comportements à risque collectées par le biais des enquêtes réalisées pendant ces opérations Boule-de-Neige, sont résumées au tableau 6.4 pour les années 2006-2013. Toutefois, ces résultats ne sont pas considérés comme représentatifs pour les UDI en rue dans l'ensemble de la Communauté française. Ces résultats ne sont pas corrigés pour leur dépendance au réseau social des « jobistes » et le questionnaire est principalement un outil de contact dont les réponses ne sont pas vraiment harmonisées. En outre, la couverture géographique des opérations Boule-de-Neige peut varier d'année en année selon l'offre et la demande d'activités de réduction des risques au niveau local. Toutefois, les résultats indiquent que les comportements à risque en matière d'injection restent une pratique courante parmi l'échantillon recruté. Jusqu'à 44 % des répondants disent avoir partagé le matériel d'injection et pratiquement 12 % ont même pratiqué des injections avec des aiguilles/seringues trouvées en rue au cours des six derniers mois. L'évolution au cours du temps de ces pourcentages est difficile à interpréter en raison des limites exposées ci-dessus. Même si les données ne permettent pas de formuler des

conclusions sur l'étendue et la fréquence des comportements à risque, elles indiquent clairement qu'un comportement à risque extrême en matière d'injection n'est pas exclu.

Tableau 6.4. Proportion (%) de comportement d'injection à risques parmi les usagers de drogues injectables recrutés en rue dans la Communauté française, Modus Vivendi (Opérations Boule de Neige), 2006-2013

Comportement à risque en matière d'injection	Année							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Taille de l'échantillon (N)	**135**	**236**	**228**	**119**	**196**	**63**	**117**	**109**
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous…								
pratiqué une injection avec des aiguilles/seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ?	30,4	42,4	31,1	33,6	13,8	19,0	12,8	34,9
pratiqué une injection avec des aiguilles/seringues trouvées dans la rue ?	6,7	5,9	5,7	0,8	1,5	1,6	2,6	11,9
utilisé du matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre ?	47,4	53,8	56,6	29,4	26,0	31,7	21,4	39,4
donné ou prêté des aiguilles/seringues usagées à quelqu'un d'autre ?	32,6	38,6	35,1	20,2	24,0	17,5	32,5	40,4
donné ou prêté du matériel d'injection à quelqu'un d'autre ?	31,1	25,8	26,3	21,0	35,2	34,9	38,5	44,0

Source : Eurotox, 2007-2014

3. Autres conséquences sanitaires liées à la drogue

3.1. Overdoses non mortelles et cas d'urgences liées à l'usage des drogues

3.1.1. Demandes de renseignement par téléphone liées aux intoxications dues à la consommation de drogues

Chaque année, depuis 1963, le Centre belge antipoison reçoit plus de 50 000 demandes de renseignements par téléphone, du grand public et des professionnels de la santé, liées à un empoisonnement aigu ou présumé. En 2013, 302 des 53 591 appels étaient liés à des intoxications dues à des substances parmi les adultes (> 14 ans; Dr Mostin, communication personnelle). Dans 58% des cas (n=176), une seule substance était en cause. Deux cent quatre questions portaient sur les substances illicites. Un aperçu est présenté au tableau 6.5. La majorité (22 %) des intoxications étaient liées au cannabis et à ses dérivés. 15,7 % étaient liées à la cocaïne. Le nombre total d'appels relatifs aux substances illicites et la proportion dans les groupes principaux sont semblables aux années précédentes.

Tableau 6.5. Proportion de substances illicites mentionnées durant les demandes téléphoniques recues par le centre belge antipoison, Belgique, 2013

Substances	N	%
Cannabis	45	22,1
Cocaïne	32	15,7
non spécifié*	29	14,2
Amphétamine/speed	21	10,3
Ecstasy	18	8,8
GHB/GBL	15	7,4
Poppers	11	5,4
Héroïne/Méthadone	10	4,9
Champignons/plantes hallucinogènes	7	3,4
Autres**	7	3,4
LSD	4	2,0
Mescaline	3	1,5
Méphédrone	1	0,5
Phencyclidine	1	0,5
Total	**204**	**100**

*Produits inconnus
** Produits pour lesquels pas ou peu d'informations existent au moment de l'appel (par exemple blue boy, dse, shabu, anesthésiques pour cheval, FEZP, N'EYE'ZZZ, 5FPB-22)

Source: Centre antipoison, Mostin, communication personnelle 2014

3.1.2. Overdoses non mortelles chez les usagers de drogues injectables en contact avec les programmes d'échange de seringues en Région flamande

Parmi les 235 réponses valides des programmes d'échange de seringues en Flandre en 2013, 16 % des participants ont indiqué avoir eu au moins une overdose l'année dernière (Windelinckx, 2014). 7,2 % ont même eu plusieurs overdoses l'année dernière.

3.2. Autres sujets d'intérêt

3.2.1. Comorbidité psychiatrique chez les usagers de drogues qui commencent un traitement en Région flamande

De Sleutel est une institution composée de plusieurs centres de traitement ambulatoires et résidentiels répartis en Communauté flamande. Dans le cadre de l'entretien d'admission, le European Addiction Severity Index (EuropASI) (indice européen de gravité de la demande), est déterminé pour chaque patient qui commence un traitement dans l'un des centres de traitement de De Sleutel (Raes et al., 2004 ; Raes et Lombaert, 2004). Sur la base des données collectées par le biais d'EuropASI, la prévalence de comorbidité entre les troubles liés à l'usage de drogues et les autres maladies mentales (double diagnostic) est estimée en classant les patients par croisement, soit léger (scores de gravité 0-3), modéré (scores de

gravité 4-5) ou grave (scores de gravité 6-9) dans les domaines « consommation d'alcool et usage de drogues » et « condition psychiatrique ». Les patients sont classés comme « double diagnostic modéré » lorsqu'ils ont des problèmes modérés tant dans l'abus de substance que sur le plan psychiatrique, où lorsqu'ils présentent de graves problèmes dans un domaine avec des problèmes modérés dans l'autre. Les patients sont classés comme « double diagnostic grave » lorsqu'ils ont de graves problèmes tant en matière d'abus de substance que sur le plan psychiatrique.

Le tableau 6.6 donne un résumé de la prévalence de la comorbidité psychiatrique des patients qui commencent un traitement dans un centre de De Sleutel en Communauté flamande pour les années 2006-2013. La prévalence de comorbidité psychiatrique est très courante parmi les consommateurs de substances illicites (52,1 %) et stable pendant la période 2006-2013. La prévalence d'un double diagnostic grave (12,6 %) est stable au cours de cette période.

Tableau 6.6. Prévalence de co-morbidité psychiatrique des clients entrant en traitement dans la Communauté flamande, (De Sleutel), 2006-2013

Comorbidité psychiatrique	**Année**							
	2006	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Taille de l'échantillon (N)	631	639	651	814	581	668	670	720
Double diagnostic (total, %)	51,8	52,9	49,6	50,6	53,8	53,9	48,6	52,1
Grave (%)	13,9	12,1	16,7	13,6	12,7	12,0	11,0	12,6
Modéré (%)	37,9	40,8	32,9	37,0	41,1	41,9	37,6	39,4

Source: De Sleutel, Lombaert, communication personnelle 2014

3.2.2. Conséquences sanitaires des substances de synthèse

La pureté et la composition des substances illicites peuvent avoir de graves conséquences sanitaires (voir le chapitre 10). Malgré les préoccupations relatives au nombre de nouvelles substances psychoactives (NPS) nouvellement détectées, de graves lacunes subsistent toujours au niveau de nos connaissances quant à la toxicité de ces drogues. Les recherches en matière des implications sanitaires de la plupart des NPS sont très limitées. En outre, de manière générale, seules les conséquences les plus graves (décès induits par l'usage de drogues) sont documentées par le biais du système belge d'alertes précoces sur les drogues. La teneur en MDMA dans les comprimés d'ecstasy augmente à des niveaux présentant un haut risque de symptômes de toxicité, voire de décès, d'autant plus en combinaison avec la déshydratation lors d'événements festifs (pour plus de détails, voir le chapitre 7, section 2.2.). D'autre part, les drogues moins « pures » ont été signalées

contaminées par des substances potentiellement mortelles (tel que le 4-MA dans des échantillons d'amphétamine) (Blanckaert et al., 2013).

4. Décès induits par l'usage de drogues et mortalité des usagers de drogues

4.1. Décès induits par l'usage de drogues dans la population générale

En Belgique, les données nationales de décès dus à la drogue sont disponibles dans le registre général de mortalité (RGM). Depuis 1991, le Service Public Fédéral (SPF) Économie – Direction générale statistique - centralise les données des actes de décès encodés par les administrations compétentes des Communauté flamande (pour la Région flamande et la Région de Bruxelles-Capitale) et française (Région wallonne) conformément à la classification internationale des maladies, blessures et causes de décès (CIM). La 9e édition de la CIM (CIM-9) était utilisée jusqu'en 1997. Depuis 1998, la 10e édition (CIM-10) est utilisée. Les informations sur la mortalité sont enregistrées sur la base de la résidence (informations *de jure*) et non sur la base de la région où a eu lieu le décès (informations *de facto*). Les données en matière des décès dus à la drogue parmi les non-résidents sont disponibles aux niveaux national et régional pour les années 2003-2010.

Les cas de décès dus à la drogue sont tirés de la base de données nationale sur la mortalité de 2003-2010 à l'aide de la définition « sélection B » de l'EMCDDA. Selon cette définition, les décès retenus sont ceux directement provoqués par des psychoses dues aux drogues, la dépendance à la drogue, un abus de drogues sans accoutumance, une intoxication accidentelle, une intoxication volontaire et une intoxication avec intention non déterminée due à des substances opiacées, à la cocaïne, aux amphétamines et à ses dérivés, au cannabis et aux hallucinogènes. Le nombre de décès dus à la drogue en Belgique par année et par Région sont résumées au tableau 6.7. En 2010, 87 décès dus à la drogue ont été notifiés en Belgique, dont 49 en Région flamande, 24 à Bruxelles et 14 en Région wallonne. Le nombre total de décès dus à la drogue en Belgique affiche une spectaculaire diminution par rapport à 2007-2009 et fait baisser le niveau de 2006. Cette diminution est la plus forte en Région wallonne. Les données de suivi sont nécessaires pour savoir s'il s'agit d'une variation aléatoire ou d'une tendance positive durable. Parmi les cas de décès recensés dus à la drogue, 71 personnes étaient âgées entre 25-64 ans (81 %). Six personnes avaient moins de 25 ans (7 %) par rapport à 17 personnes (12 %) en 2008 et 14 personnes (11 %) en 2009. Par ailleurs, en 2010, 10 personnes (12 %) avaient plus de 64 ans par rapport à 4 personnes (3 %) en 2009 et 2008.

Tableau 6.7. Nombre de décès dus à la drogue (15-64 ans) basé sur le registre général de mortalité (Sélection B) pour la Belgique, 2004-2011

Région	Année								
	2003*	**2004***	**2005***	**2006***	**2007***	**2008***	**2009***	**2010***	**2011**
Belgique	**97**	**74**	**105**	**86**	**118**	**146**	**132**	**87**	**NA**
Région flamande	43	36	53	39	68	80	73	49	NA
Bruxelles	24	14	16	25	29	22	19	24	16**
Région wallonne	30	24	36	22	21	44	40	14	NA

Sources :

** RGM 2004-2009, SPF Économie – Direction générale statistiques et informations économiques*

** Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

4.2. Décès induits par l'usage de drogue recensés par le système belge d'alertes précoces sur les drogues

Les résultats toxicologiques post-mortem recensés par le système belge d'alertes précoces sur les drogues (BEWSD) donnent plus d'informations détaillées sur les substances associées aux décès induits par l'usage de drogues. Il convient de mentionner que cette liste n'est pas exhaustive, puisque la toxicologie post-mortem n'est pas systématiquement rapportée par le BEWSD par tous les laboratoires réalisant ce type d'analyses.

En 2012, le BEWSD a reçu 13 rapports relatifs à un décès induit par l'usage de drogues. Des opioïdes ont été détectés dans sept cas, et de la méthadone a été détectée dans tous les cas. L'héroïne n'a été détectée que dans un seul cas. Des stimulants (principalement de l'amphétamine) ont été détectés dans 8 cas. Un cas concernait la MDMA et 3 cas, du 4-MA, un contaminant de l'amphétamine déjà responsable de la mort d'au moins 6 personnes en Belgique en 2011-2012 (Blanckaert et al., 2013).

Un total de 40 décès induits par l'usage de drogue a été signalé au BEWSD en 2013. Dans la moitié des cas (n=21), des opioïdes ont été détectés, principalement de la méthadone (n=14) et de la morphine (n=9), mais également un cas avec du fentanyl. Cinq cas étaient associés à de l'héroïne. Des stimulants ont été détectés dans trois quarts des cas (n=31), principalement de l'amphétamine (n=20) et de la cocaïne (n=16). Les autres produits détectés étaient la MDMA (1), la PMMA (1) et le GHB (1). Comme les chiffres le laissent à penser, la polyconsommation de drogues est assez fréquente. Quatorze décès induits par l'usage de drogues sont associés tant avec des opioïdes que des stimulants.

5. Conclusion

L'usage de drogues par voie injectable est et reste un mécanisme important de la transmission de maladies infectieuses par le sang, notamment le virus de l'hépatite C. Alors que les campagnes de réduction des risques visant le non-partage d'aiguilles et/ou de seringues ont été couronnées de succès, comme le démontre le recul de ce comportement d'injection à risque, quelque 40 à 45 % des usagers de drogues par voie injectable signalent encore l'échange d'accessoires et de matériel pour la consommation de drogues. Une récente étude transversale en Écosse a montré un risque élevé de VHC en cas de partage des aiguilles et un risque accru de transmission du VHC lors du partage des accessoires et du matériel (sans partage d'aiguilles), notamment en cas de partage des filtres et des récipients (Palmateer et al., 2014). Un examen des interventions visant à prévenir la transmission du VIH et du VHC à des personnes qui s'injectent des drogues a indiqué que des interventions destinées à réduire les risques pourraient diminuer les comportements d'injection à risque, les preuves étant les plus patentes pour le TSO et les programmes d'échange de seringues (Macarthur et al., 2014). Cependant, cette analyse révèle comparativement peu de preuves concernant l'efficacité de ces interventions (TSO; programmes d'échange de seringues; information, éducation et conseils) dans le cadre de la prévention de la transmission du VHC parmi les usagers de drogues par voie injectable. Certains indices montrent que les interventions doivent être fournies en combinaison et avec une large couverture afin de prévenir le risque de transmission du VHC (et du VIH) aux usagers de drogues par voie intraveineuse. De plus, étant donné que la transmission du VHC intervient nettement plus facilement et à un stade plus précoce au sein des usagers de drogues par voie injectable que celle du VIH, un grand nombre de usagers de drogues sont déjà infectés par le VHC avant de contacter les programmes de réduction des risques tels que le TSO et les programmes d'échange de seringues. Cela souligne la nécessité de développer des programmes d'information, d'éducation et de conseils qui peuvent aussi atteindre des UDI plus jeunes.

Un résultat intéressant est la diminution des décès dus à la drogue en 2010, notamment pour la Région wallonne. Cette tendance s'observe aussi dans d'autres pays européens : une tendance à la hausse de 2003 à 2008-2009, suivie par une stabilisation et une diminution (EMCDDA, 2013). À ce moment, une explication fondée sur des éléments factuels de cette diminution n'est pas encore disponible. La cause la plus courante des décès dus à la drogue est une overdose d'opioïdes, les drogues les plus souvent impliquées. La majorité des consommateurs d'opioïdes à hauts risques est ou a été en contact avec des centres de soins de santé (EMCDDA, 2014). Selon une hypothèse raisonnable, cela reflèterait un effet (retardé) du traitement de substitution pour les

consommateurs d'opioïdes (TSO). En Europe, on observe que la cohorte des usagers problématiques d'opioïdes vieillit et que quelque 90 % des décès rapportés par overdose sont des personnes de 25 ans et plus (EMCDDA, 2014). En Belgique, 93 % des décès par overdose étaient des personnes de plus de 25 ans et nous observons une tendance à la hausse du nombre de décès dus à la drogue au-delà de 64 ans. Une étude récente de Degenhardt et collègues a montré que la principale cause de décès dans une cohorte avec TSO était toujours une « overdose d'opioïdes accidentelle », notamment parmi les jeunes consommateurs (<40 ans). À mesure que la cohorte vieillit, les overdoses accidentelles constituaient encore une cause déterminante de décès (quoique moins fréquente), alors que d'autres causes comme les maladies infectieuses, l'hépatite, les maladies cardiovasculaires et respiratoires gagnaient en importance (Degenhardt et al., 2014). Depuis son introduction, le TSO n'a pas induit une diminution manifeste des décès dus à une overdose d'opioïde. À l'inverse, on a observé un risque accru de décès dans les premiers mois de TSO et notamment dans le premier mois suivant la fin du traitement, qui pourrait annuler tout effet protecteur du TSO sur la mortalité (Cornish et al., 2010). Les auteurs de cette étude ont suggéré qu'un TSO prolongé pourrait engendrer cet effet protecteur escompté. En Belgique, l'organisation et l'utilisation des TSO diffèrent entre les régions, mais, pour le moment, un registre TSO détaillé fait défaut alors qu'il pourrait être utile pour étudier ces affirmations et formuler des recommandations politiques.

De manière générale, les conséquences sanitaires liées à l'usage de drogues sont substantielles, mais sont aussi peu documentées. La mise en œuvre d'interventions avec une haute couverture, par exemple les programmes d'échange de seringues, semble être efficaces pour réduire certains comportement d'injection à risques. Cependant, les effets sur les conséquences sanitaires semblent être minimaux en raison de l'absence d'une haute couverture ou d'une combinaison d'interventions pour faire face aux différents aspects des comportements à risques dans le cadre de l'usage de drogues par voie injectable.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier M. De Smet, dr. Hogge, M. Lombaert, M. Sasse, Mme. Drieskens, Mme. Mostin, Mme. Renard et Mme. Windelinckx pour leur contribution à la collecte de données et leurs remarques pertinentes. Leur implication essentielle a été fortement appréciée.

Chapitre 7. Réponses aux problèmes sanitaires liés à l'usage de drogues

Blanckaert P. et Plettinckx E.

- *En 2013, 916 patients ont été admis dans des centres d'intervention de crise organisés dans des centres spécialisés de traitement de l'usage de drogues.*
- *La teneur en MDMA des comprimés d'ecstasy a pratiquement doublé au cours des dernières années.*
- *Malgré l'initiative positive des programmes d'échange de seringues, les usagers de drogues injectables se débarrassent toujours de leur matériel d'injection de façon dangereuse.*
- *La recherche belge encourage le traitement contre le VHC chez les usagers de drogues injectables actuels, puisque la sécurité et l'efficacité de ce traitement antiviral sont approuvées pour ce groupe cible.*

1. Introduction

L'usage de drogues est lié à plusieurs conséquences en matière de santé, tels que les maladies infectieuses liées à la consommation de drogue, les situations d'urgence liées à la drogue, les problèmes de santé mentale, la dépendance, les overdoses et les décès liés à la drogue (pour tout complément d'information, veuillez consulter le chapitre 6). En conséquence, les consommateurs de drogues ont de nombreux autres besoins en matière de santé. Ce chapitre vise à comprendre certaines pratiques courantes pour réduire les dommages directs et indirects liés à l'usage de drogues illicites. Quatre interventions clés sont notamment examinées, à savoir les services de soins de crise à l'intention des usagers de drogues confrontés à des problèmes de santé aigus (section 2.1.), les réponses aux décès liés à la drogue (section 2.2.), les programmes d'échange de seringues (section 3.1.) et le traitement contre le VHC parmi les usagers de drogues injectables (UDI) (section 3.2.).

2. Prévention des urgences sanitaires et réduction des décès liés à l'usage de drogues

2.1. Prévention des urgences sanitaires liées à l'usage de drogues par le biais des services de soins de crise

Des études internationales ont souligné que certains consommateurs de drogues sont moins à même d'aborder des problèmes de santé avant qu'ils ne deviennent graves (Jackson et al., 2014). C'est la raison pour laquelle des unités spécifiques d'intervention de soins de crise destinés aux usagers de drogues ont été mises en place en Belgique. Ces unités d'intervention de crise visent à fournir une aide médicale et psychologique professionnelle, mais non intrusive, immédiatement après la situation de crise (James et al., 2013 ; Roberts, 2005). Ces unités ne se limitent généralement pas aux troubles associés à la drogue mais prodiguent des soins généraux à court terme pour les personnes en situation de crise (« un état de déséquilibre psychoaffectif profond » (Lewis et Roberts R., 2001)).

Plus de 20 hôpitaux et services psychiatriques (y compris les services psychiatriques d'urgence) dans les hôpitaux généraux dispensent des services d'intervention en cas de crise aux usagers de drogues. Outre ces services et hôpitaux, les centres spécialisés de traitement de l'usage de drogues offrent des services d'intervention en cas de crise depuis 1980. Ces interventions permettent d'aider à court terme les personnes en crise et leur apportent un appui dans la recherche d'un traitement continu. Les « centres d'intervention de crise » (CIC) sont accrédités par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). À l'heure actuelle, huit CIC, avec une capacité totale de 81 patients par jour, sont géographiquement dispersés en Belgique (Koen Deraedt, INAMI, Communication personnelle). Au total, 916 patients ont été admis dans ces CIC en 2013 pour usage de drogues illicites. La majorité d'entre eux sont de sexe masculin (85 %) et leur âge moyen est de 31 ans. La plupart de ces patients consomment fréquemment des drogues : 73 % en consomment quotidiennement et 91 % consomment plus d'une substance. Près de 21 % des patients consomment des drogues injectables. Le tableau 7.1 illustre que la consommation d'opiacés constitue la principale raison d'admission dans l'un des 8 CIC en Belgique. Par rapport aux autres usagers de drogues, les personnes admises pour consommation d'opiacés sont en moyenne un peu plus âgées (l'âge moyen est de 33 ans), ont tendance à consommer plus fréquemment des drogues et consomment souvent plus d'une substance.

Tableau 7.1. Caractéristiques démographiques et profil d'utilisation des personnes admise en CIC en 2013 par substance

Variables	Substances opiacées	Cocaïne	Stimulants *	Cannabis	Total
Admissions					
Nombre de personnes admises	370	195	127	110	916
proportion de personnes admises (%)	40,4	21,3	13,9	12,0	100
Caractéristiques démographiques					
Hommes (%)	85,4	81,0	85,0	92,7	84,6
Âge moyen (années)	33,3	30,8	29,9	26,2	31,4
Habitudes de consommation					
Sous forme d'injection (%)	34,3	10,6	25,2	3,5	20,8
Consommation journalière(%)	74,7	54,5	72,0	86,4	72,9
Plus d'une substance (%)	93,0	92,3	89,8	84,5	91,2

* Stimulants : tels que définis dans le protocole de l'indicateur de la demande de traitement (TDI), comme l'amphétamine, la MDMA et ses dérivés, et d'autres substances

Source: registre de l'indicateur belge de la demande de traitement (BTDI), 2014

Depuis octobre 2002, un projet pilote national est mis en place pour la gestion des crises et des cas de patients usagers de drogues avec des problèmes de santé mentale (Service public fédéral Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement). Participent à ce projet neuf unités à proximité des services d'urgence des hôpitaux généraux à Anvers, Bruxelles, Gand, Genk, Louvain, Bruges, Liège, Namur et Mons. Ces unités offrent un total de 40 lits pour des situations de crise pour une durée de maximum cinq jours.

Au cours de ces cinq jours, une attention toute particulière est accordée à la poursuite des soins de santé et à l'orientation vers un traitement. Depuis 2011, ces centres enregistrent le nombre d'admissions et la durée de chaque admission sur une base mensuelle. En 2013, un total de 4 252 admissions a été enregistré dont quelque 1.750 (41,2%) en rapport avec l'usage de substances illicites. La durée moyenne du séjour s'élevait à 3,7 jours. Le taux moyen d'occupation était de 90,7 % pour les interventions courtes (< 4 heures) et 72 % pour les centres d'hébergement de nuit (Katia Huard, SPF Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, communication personnelle). Ces données confirment une évolution stable de la durée moyenne du séjour (3,4 jours en 2011).

2.2. Prévention et réduction des overdoses non fatales et des décès liés à la drogue

2.2.1 Collaboration dans le cadre du système belge d'alerte précoce sur les drogues

Le système belge d'alerte précoce sur les drogues (BEWSD) contribue à la prévention des décès liés à la drogue dus à des mélanges dangereux de drogues ou de nouvelles substances psychoactives (NPS) circulant en Belgique. Le BEWSD est coordonné par le Belgian Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (observatoire belge des drogues et des usages de drogues) (BMCDDA), chapeauté par l'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP) et partenaire du réseau européen EWS REITOX autorisé par l'EMCDDA et Europol.

Pour la collecte d'informations fiables au niveau belge, le BEWSD fait appel à un réseau multidisciplinaire d'organismes professionnels en matière de substances illégales. La plupart des informations collectées par le BEWSD résultent de l'analyse des échantillons de drogue saisis par les autorités répressives belges ou des rapports effectués en milieu hospitalier sur les échantillons cliniques ou post-mortem.

Il est difficile d'obtenir un aperçu actualisé des drogues circulant en rue en Belgique. Toutefois, un projet de dépistage des drogues à petite échelle existe actuellement, coordonné par Modus Vivendi à Bruxelles. Les personnes peuvent déposer anonymement un échantillon de drogue à Modus Vivendi. Ces échantillons sont ensuite analysés à l'Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP, Service médicaments) afin d'obtenir des informations sur leur composition. Dans certains cas, Modus Vivendi est également contacté lorsque des usagers de drogues ont expérimenté des effets nocifs après la consommation d'une drogue inconnue. Par le biais de ce projet, le BEWSD reçoit de précieuses informations complémentaires sur les drogues contaminées ou hautement concentrées. Parfois, les NPS sont également analysées.

Le BEWSD a mis sur pied plusieurs projets de recherche en 2013 qui visent le dépistage des drogues utilisés dans certains cadres, comme un festival ou une soirée. L'analyse des échantillons de drogue saisis lors de ces manifestations fournit un meilleur aperçu des drogues actuellement en circulation. En revanche, l'analyse des drogues saisies auprès des trafiquants par les services répressifs, donne un aperçu du marché de la drogue sur le plan de l'offre (pour davantage d'informations sur les saisies de drogue, veuillez consulter le chapitre 10). Par exemple, de nombreuses informations sur les NPS détectées en Belgique proviennent de l'analyse de substances saisies par les douanes. L'écart entre la grande quantité de NPS trouvées chaque année en Belgique et le manque d'échantillons cliniques

correspondants (d'intoxications potentielles) ou de rapports sur l'usage de NPS peut ainsi s'expliquer.

En combinant toutes les informations obtenues (sur la base des expériences des consommateurs, des renseignements des services répressifs et des données cliniques), le BEWSD gère une vaste base de données unique sur la composition et les effets des substances illégales et des NPS en Belgique. Sur la base des résultats repris dans cette base de données, le BEWSD coopère étroitement avec les partenaires du réseau. Dès qu'une substance à haut risque ou une NPS est signalée en Belgique, le BEWSD lance un message EWS (alerte) afin d'informer les organismes de prévention et de réduction des risques.

Les messages diffusés par le BEWSD se divisent en 4 catégories en fonction de la gravité ou de la menace perçue. Il convient d'opérer une distinction entre les messages informatifs (niveau 0) et messages d'alerte (niveaux 1 à 3). Les alertes concernent des informations confirmées par des analyses et des intoxications ou des décès signalés alors que les messages informatifs sont des communications moins urgentes contenant des informations sur l'apparition de NPS en Belgique, dans les pays voisins ou en Europe.

En 2013, le BEWSD a envoyé environ 20 messages informatifs à son réseau de laboratoires judiciaires toxicologiques et cliniques. Il s'agissait principalement de notifications de nouvelles substances ou de mises à jour des bases de données de spectrométrie de masse des laboratoires participants en Belgique. Les méthodes d'analyse pour certains composés spécifiques (par exemple, le cannabinoïde de synthèse XLR-11) ont également été partagées. Ces messages informatifs ont pour objectif principal de s'assurer que ces laboratoires sont capables de détecter les substances psychoactives les plus récentes.

Les alertes sont transmises quant à elles aux travailleurs sur le terrain par les points focaux régionaux (VAD et Eurotox) afin d'éviter tout (nouvel) accident. La VAD et Eurotox entretiennent également des forums sur l'internet où les travailleurs de terrain en usage de drogues peuvent poster des messages relatifs aux évolutions ou aux tendances dangereuses observées parmi les usagers de drogues. Les organismes visant à réduire les risques liés à la consommation de drogues et les projets de prévention tels que Quality Nights, Vitalsounds et Breakline adaptent ensuite ces messages à leur public cible spécifique (pour davantage d'informations sur ces projets, veuillez consulter le chapitre 3).

Après avoir supprimé les informations médicales relevant de la protection de la vie privée ou potentiellement sensibles, ces alertes sont mises à la disposition du public par le biais du site web du BEWSD. Les cas qui présentent un risque important en matière de santé publique nationale sont diffusés dans les médias.

2.2.2 Tendances actuelles et observations

Une tendance préoccupante en 2013 est la présence continue de comprimés à forte teneur en MDMA sur le marché belge de la drogue (voir également le chapitre 10). La première alerte relative aux comprimés à forte teneur en MDMA a été envoyée au réseau en février 2013. Deux décès liés à la consommation de MDMA ont été confirmés par le BEWSD.

Il semble qu'après plusieurs années de recul, le marché de la MDMA connaît une reprise. Une dose clinique standard de MDMA est d'environ 125mg, exprimée en tant que sel d'HCl. Dans cette optique, des dosages élevés alarmants de MDMA dans des comprimés d'ecstasy sont fréquents. En 2013, des comprimés qui contenaient facilement deux fois la dose standard ont été saisis ; dans certains cas, jusqu'à plus de 360mg de MDMA.HCl. La disponibilité accrue de matériaux précurseurs est considérée comme la raison principale de cette « reprise » même si elle n'explique pas les dosages élevés observés dans les comprimés de MDMA. Ce phénomène n'est pas limité à la Belgique, mais est également observé dans un pays voisin, les Pays-Bas.

La MDMA a également été trouvée en combinaison avec d'autres substances. En juillet 2013, un cas de décès a été signalé. Des concentrations extrêmement élevées de MDMA et des quantités moindres de PMMA ont été trouvées dans les échantillons toxicologiques *post mortem* de sang et d'urine.

Outre la MDMA, le BEWSD a demandé au réseau de mettre en garde contre les buvards vendus comme LSD. Ces buvards contenaient de la NPS 25I-NBOMe, un puissant agoniste 5-HT_{2A} hallucinogène. Au total, 5 intoxications au 25I-NBOMe ont été signalées en 2013. L'un des buvards contenait également du 2,5-diméthoxy-4-chloro-amphétamine (DOC). Un patient est mort après son arrivée à l'hôpital bien qu'il soit difficile de dire dans quelle mesure la consommation de 25I-NBOMe est la cause exacte de son décès.

En outre, une alerte à la PMA a été lancée en janvier 2013 après avoir pris connaissance d'un incident mortel. Les analyses toxicologiques de sang et d'urine ont révélé la présence d'amphétamine, de PMA, d'alcool et de THC.

À la fin de l'année, une intoxication à la méthoxétamine et la détection de 6-APB et de méthylone (deux nouveaux stimulants de synthèse) ont également été signalées.

3. Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à la consommation de drogue

3.1. Programmes d'échange de seringues

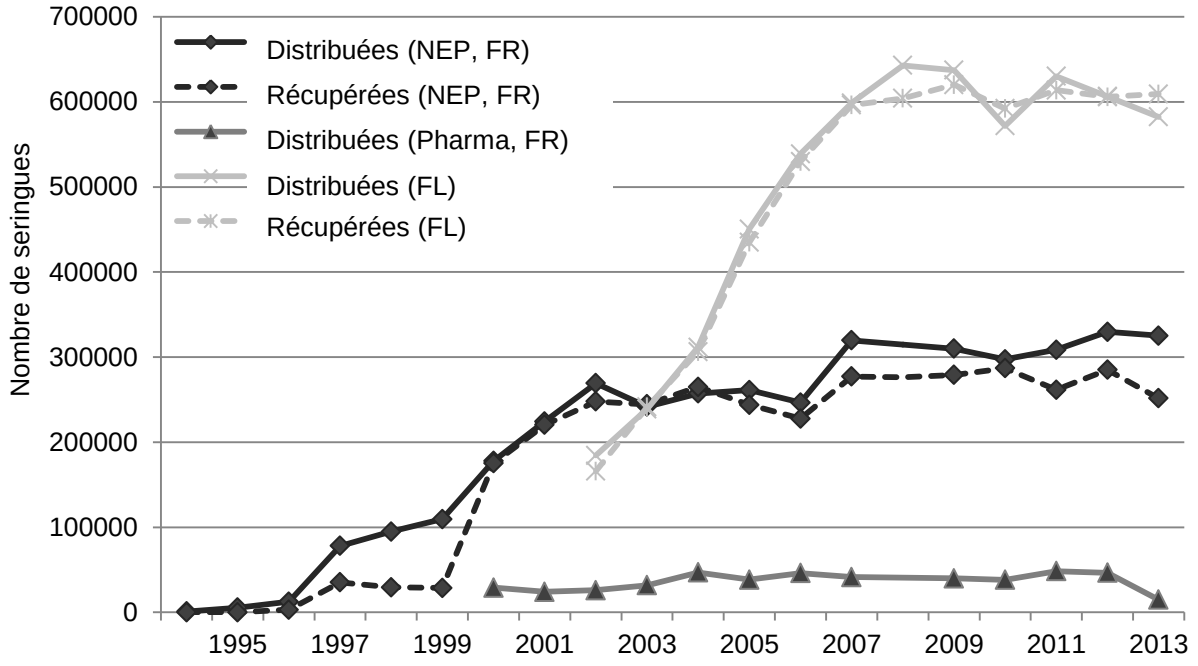
Les programmes d'échange de seringues (NEP) permettent la distribution de matériel d'injection stérile et d'autre matériel de prévention parmi les UDI et la récupération de seringues usagées. De cette façon, ces programmes visent à prévenir la propagation de maladies infectieuses et d'autres risques pour la santé, tels que les overdoses et les abcès sur le site d'injection. En outre, les programmes d'échange de seringues peuvent faciliter l'orientation des UDI vers les services de prévention ou des options en matière de traitement (Windelinckx, 2014). Ces programmes d'échange de seringues sont coordonnés par Free Clinic pour la Communauté flamande et par Modus Vivendi pour la Communauté française.

Free Clinic est l'une des Maisons d'accueil socio-sanitaire (MASS) en Belgique et est située à Anvers. En coopération avec cinq autres coordinateurs des MASS en Communauté flamande (une par province), Free clinic a mis en œuvre le NEP en 2001. Le coordinateur provincial crée un réseau de professionnels de la santé et de pharmaciens qui aident à la distribution de matériel d'injection stérile, en ce compris les seringues, les filtres, l'acide ascorbique, les cuillères (Exchange©), les tampons alcoolisés, les flapules d'eau stérile injectable, les feuilles d'aluminium, le bicarbonate, et les récipients pour récupérer les seringues usagées. En 2013, du matériel d'injection stérile au sein de la Communauté flamande a été distribué par le biais de 49 services d'échange de seringues, répartis dans plus de 28 villes et villages. En outre, 28 pharmacies, réparties dans plus de 8 villes et villages, ont contribué aux NEP en Communauté flamande. Un tel constat indique une augmentation de 8 nouveaux services d'échange de seringues en 2013, même si 3 pharmacies ont arrêté de distribuer du matériel d'équipement stérile. Au total, 582.357 seringues ont été distribuées par le biais des NEP's et des pharmacies, et 609.235 seringues ont été récupérées, ce qui porte le taux de récupération à environ 105 % (voir figures 7.1 et 7.2).

En Communauté française, les NEP's sont coordonnés par Modus Vivendi depuis 1994. En 2008, l'organisation des NEP's a été remaniée, ce qui explique l'absence de données pour cette année. Depuis 2008, du matériel d'injection stérile a été fourni par 15 comptoirs officiels fixes et mobiles (avec accréditation) situés à Bruxelles, Charleroi, Dinant, Arlon, Namur, Liège, Ciney et Mons. Au total, 325.147 seringues stériles ont été distribuées par les NEP en 2013 et 251.685 seringues ont été récupérées, ce qui se traduit par un taux de récupération de 77,4 %. En outre, plus de 10 autres comptoirs distribuaient du matériel

d'injection stérile. Toutefois, le nombre de seringues stériles distribuées par ces comptoirs n'est pas répertorié. Un réseau de pharmaciens participent au projet « Stérifix ». Dans le cadre de ce projet, les pharmaciens sont invités à vendre des pochettes « Stérifix » aux UDI au prix de 0,5 euro. Ces pochettes comprennent deux seringues, deux tampons alcoolisés, deux tampons secs après injection, deux cuillères, deux flapules d'eau stérile injectable et des informations sur la réduction des risques. Au total, 14.905 pochettes Stérifix ont été envoyées aux pharmacies participant au projet Stérifix. Comme chaque pochette comprend 2 seringues, 29.810 seringues ont été distribuées aux UDI. Outre les seringues stériles, 161 934 cuillères stériles, 152.256 flapules d'eau et 271.781 tampons alcoolisés ont été distribués. Malheureusement, la quantité exacte de matériel d'injection stérile effectivement vendu par l'ensemble du réseau n'a pas été comptabilisée.

Figure 7.1. Nombre de seringues distribuées et récupérées en Communauté flamande (FL) et en Communauté française (FR) par les services d'échanges de seringues (NEP) et par les pharmaciens (Pharma), 1994-2013



[Remarque : les données de 2008 pour la Communauté française font défaut en raison de la réorganisation ; le nombre de seringues comptabilisé pour la Communauté flamande provient des seringues distribuées à la fois par les comptoirs d'échange de seringues et les pharmacies]

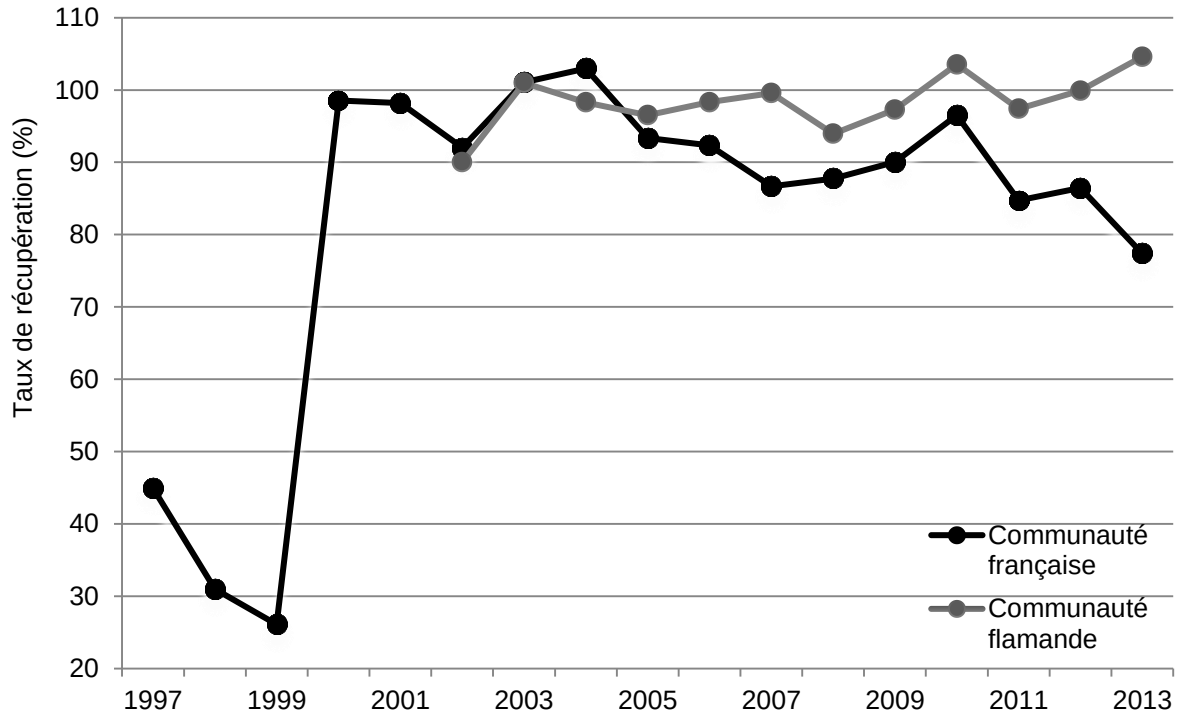
Source : Eurotox, communication personnelle Hogge, 2014 et VAD, Windelinckx, 2011; Windelinckx, 2012; Windelinckx, 2013; Windelinckx, 2014

Le fait que le nombre de seringues distribuées par les pharmacies en dehors du projet Stérifix n'est pas répertorié en Communauté française, peut expliquer le nombre inférieur de seringues distribuées comptabilisées par rapport à la Communauté flamande. En outre, les comptoirs d'échange de seringues en Communauté flamande sont répartis dans davantage de villes et villages, ce qui peut avoir une influence positive sur le nombre de seringues

stériles distribuées, puisque l'accessibilité aux comptoirs d'échange de seringues est ainsi accrue.

Par rapport aux années précédentes, le nombre de seringues distribuées reste stable en Communauté française alors que ce nombre diminue à nouveau depuis deux ans en Communauté flamande (Figure 7.1). Cependant, le taux de récupération (Figure 7.2) augmente en Communauté flamande et diminue en Communauté française. Le succès avéré des programmes d'échange de seringues appuie l'effet de la récupération des seringues sur la réduction des risques (par exemple les blessures par piqûre due à une seringue et l'infection qui en résulte) au sein de la population générale.

Figure 7.2. Taux de récupération des seringues distribuées par les services d'échange de seringues en Communauté flamande et française, 1997-2013



[Remarque : les données de 2008 pour la Communauté française font défaut en raison de la réorganisation]

Source : Eurotox, communication personnelle Hogge, 2014 et VAD, Windelinckx, 2011; Windelinckx, 2012; Windelinckx, 2013; Windelinckx, 2014

Sur la base d'une enquête annuelle anonyme du programme flamand d'échange de seringues, il est possible de déterminer l'utilité du programme et de se faire une idée des personnes bénéficiaires de celui-ci. En 2013, 264 questionnaires valides ont été complétés (Windelinckx, 2014). Pour une description détaillée de la méthodologie utilisée, veuillez-vous référer au chapitre 4 (section 3.1) du présent rapport.

La plupart des participants à cette enquête sont des hommes (80 %). La moitié des répondants (52 %) sont locataires ou propriétaires, et leur âge moyen est de 35 ans. Comme la plupart des participants aux NEP commencent à pratiquer des injections très

jeunes, l'âge moyen indique que ces personnes ont recours à des injections depuis plusieurs années avant de prendre connaissance des initiatives en matière de réduction des risques. En outre, les résultats révèlent un usage régulier de drogues injectables et un polyusage de drogues au sein du groupe cible.

Il semble que les UDI reçoivent des informations sur les NEP principalement par le biais de centres de traitement de l'usage de drogues bas seuil (63 %) et par des connaissances (53 %). Par ailleurs, les résultats soulignent que les amis sont un canal privilégié pour acquérir du matériel d'injection stérile. La plupart des usagers obtiennent du matériel d'injection stérile par le biais des services de traitement de l'usage de drogues ou des comptoirs d'échange de seringues. Cependant, les pharmaciens jouent un rôle constant dans la distribution du matériel d'injection, puisque 66 % des UDI qui profitent du NEP's achètent régulièrement du matériel d'injection en pharmacie.

En 2013, le programme d'échange de seringues en Communauté flamande a attiré 27 % de nouveaux clients, ce qui signifie que cette proportion (près d'un utilisateur sur trois des programmes d'échange de seringues) ne rejoint ces programmes que pour une période inférieure à un an. Même si 12 % des répondants signalent connaître des mineurs usagers de drogues injectables, les programmes n'atteignent pas ce groupe. De plus, malgré le grand nombre de seringues usagées récupérées, 19 % des UDI déclarent ne pas se débarrasser de leur matériel d'injection en toute sécurité, abandonnant par exemple des seringues sans capuchon dans des poubelles ou en rue (Windelinckx, 2014). Pour d'avantage d'informations sur les résultats des comportements à risques, veuillez-vous référer au chapitre 6 (section 2.3.1) du présent rapport.

3.2. Traitement de l'infection par virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogues injectables

L'hépatite C chronique est une maladie dont les conséquences en matière de santé publique ne doivent pas être sous-estimées. Les usagers de drogues injectables sont exposés à un risque accru d'infections au virus de l'hépatite C (VHC) principalement à cause des pratiques de partage du matériel d'injection (WHO, 2012). Quelque 65 % des UDI sont infectés dans l'année qui a suivi la première injection. Le VHC se développe normalement très lentement pendant plusieurs années. Les symptômes du VHC ne sont pas spécifiques avant que cette pathologie hépatique n'atteigne un stade avancé. Par conséquent, le VHC est la cause la plus fréquente de transplantation du foie chez les adultes (Sylvestre, 2002).

Malgré que les UDI constituent le groupe à risque le plus important pour les nouvelles infections au VHC, ce groupe est souvent exclu du traitement antiviral. Le nombre de

personnes qui suivent un traitement parmi ce groupe reste peu élevé, principalement en raison de problèmes liés au mauvais suivi du traitement, aux effets indésirables et à la réinfection (Backmund et al., 2001 ;Robaeys et al., 2013). Les contacts entre les UDI et les professionnels de la santé sont empreints de méfiance et de discrimination (Crawford et Bath, 2013).

Les spécialistes affirment que les UDI actuels ne suivent pas correctement leur traitement contre le VHC parce qu'il est chronophage et coûteux (Backmund et al., 2001 ;Sylvestre, 2002). Un régime normal de traitement comprend 6 à 12 mois de thérapie combinée Interféron et Ribavirine (Robaeys et al., 2013). Comme 45 à 73 % d'anciens UDI rechutent dans la drogue dans les 6 mois, le traitement contre le VCH n'était, jusqu'à récemment, uniquement préconisé que si l'ancien UDI n'avait pas consommé de drogue depuis 6 à 12 mois. Cependant, les patients qui continuent à s'injecter des substances illicites présentent une réponse virale soutenue, preuve donc que le traitement contre le VHC des UDI actuels est réalisable sur la base d'observation du traitement (Backmund et al., 2001).

De surcroît, à la lumière de diverses recherches belges publiées récemment, l'arrêt de la consommation de drogues injectables n'est pas nécessaire pour limiter la progression du VHC (Robaeys et al., 2013). Un usage de drogues récent et occasionnel pendant le traitement semble avoir peu de conséquences sur l'achèvement du traitement. Un usage journalier de drogues, par contre, augmente le taux d'abandon du traitement. De plus, les taux de réinfection signalés après un traitement réussi contre le VHC sont également peu élevés.

En d'autres termes, les UDI ne doivent pas être exclus immédiatement du traitement contre le VHC puisque non seulement, il est réalisable, mais s'avère en outre sans danger et efficace (Robaeys et al., 2013). Dès lors, l'option du traitement doit être évaluée individuellement. En tenant compte de cet élément, il convient d'adopter une approche multidisciplinaire pour l'évaluation du niveau d'études, de la situation en matière de logement, de la situation sociale et des facteurs cliniques (à la fois physiques et psychologiques) du patient afin de fournir un traitement efficace contre le VHC. Dans le cadre de ce traitement, une éducation pré-thérapeutique sur l'évolution de la maladie, les facteurs de risque, le traitement (accord pour des visites régulières) et les stratégies de réduction des risques est nécessaire. Compte tenu des besoins complexes en matière de santé du patient, l'accès au soutien par les pairs et au soutien social est également très important (Robaeys et al., 2013). Ces services peuvent accroître les connaissances sur le traitement, la participation au traitement et améliorer la prestation de services (Crawford et Bath, 2013).

3.3. Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à la consommation de drogue en prison

Les projets de prévention et les initiatives de traitement qui visent à réduire les maladies infectieuses liées à la consommation de drogue en prison, sont abordés dans la section 6 du chapitre 9 du présent rapport.

4. Conclusion

Plusieurs initiatives sont mises en œuvre en Belgique pour mieux cerner les risques liés à la drogue. Au nombre de ces initiatives figurent plusieurs services pour traiter les problèmes de santé aigus liés à la drogue. Les informations relatives au taux d'occupation de ces services indiquent une offre suffisamment vaste. La plupart des patients en situation de crise sont des polyusagers de drogues réguliers et 40 % sont admis pour consommation d'opiacés.

En 2013, plusieurs projets de recherche ont été mis en place par le BEWSD, avec pour objectif le dépistage des drogues utilisées dans les milieux récréatifs. Contrairement aux drogues saisies par les services répressifs, l'analyse des drogues trouvées sur les usagers de drogues peuvent fournir de meilleures informations quant à la composition des drogues circulant en rue. Les drogues saisies par les services répressifs font souvent l'objet de saisies de grande envergure et permettent d'avoir un aperçu de l'offre du marché de la drogue. Ainsi peut s'expliquer l'écart entre les grandes quantités de NPS saisies chaque année en Belgique et l'absence d'intoxications cliniques liées à ces substances.

La teneur croissante en MDMA détectée dans les comprimés d'ecstasy en 2013 reste préoccupante. Le BEWSD a suivi ce phénomène de près au cours des dernières années. Par rapport à 2009, la quantité moyenne de MDMA transformée en comprimés d'ecstasy a presque doublé, ce qui a entraîné des situations potentiellement dangereuses, voire mortelles. Les consommateurs de drogues qui ignorent la haute teneur en MDMA de ces comprimés, peuvent facilement faire une overdose. En outre, plusieurs substances autres que la MDMA ont été découvertes dans les comprimés d'ecstasy. Ces autres substances présentent un risque accru pour l'usager. Faire prendre conscience de la composition potentiellement dangereuse des substances illicites et des NPS par le biais de la prévention de l'usage de drogues et les services de réduction des risques, revêt une importance cruciale.

Par ailleurs, une formation ciblée à la prévention des accidents mortels dus aux overdoses doit faire l'objet d'une attention accrue. Une étude américaine indique que les personnes qui sont plus fréquemment témoin d'overdoses risquent d'intervenir à mauvais escient par rapport aux personnes qui n'ont eu que quelques occasions d'intervenir. Dès lors, la

formation à la prévention d'overdose est recommandée pour les personnes susceptibles d'en être plus souvent témoin. Les sans-abris, les polyusagers de drogues et les individus qui ont eu déjà eu une overdose mais n'en sont pas morts, constituent des groupes cibles potentiels pour ces initiatives (Bohnert et al., 2012). Cependant, comme cette étude n'est pas représentative pour d'autres régions géographiques, la recherche scientifique est nécessaire au niveau national pour évaluer la situation en Belgique.

Outre la prévention des overdoses, il convient également de continuer à prêter une attention particulière à l'efficacité du programme d'échange de seringues. La diminution générale du nombre de seringues distribuées peut être due à un manque de moyens financiers lié à des coupures budgétaires dans ce secteur. En 2013, trois pharmacies ont arrêté leur participation à ce programme en Communauté flamande. Malheureusement, les pharmacies n'acceptent pas toujours de participer au programme d'échange de seringues et il convient de les convaincre de s'associer à ces initiatives en matière de réduction des risques. Le nombre stable ou décroissant de seringues récupérées montre que ces seringues peuvent toujours être abandonnées d'une façon non sécuritaire. Par conséquent, il convient de souligner l'importance de la récupération des seringues usagées pour réduire les risques (par exemple blessures par piqûre à une seringue et infection qui en résulte) pour le grand public.

Les UDI déjà en contact avec les programmes d'échange de seringues sont invités à en vanter les mérites par le bouche à oreille dans leur environnement. Ainsi, ils pourront inciter des UDI de leurs connaissances à rejoindre les programmes proposés. Il est établi que les UDI s'injectent de la drogue pendant quelques années déjà avant d'entrer en contact avec ces programmes d'échange de seringues. Comme la première année de consommation de drogues injectables est l'année qui présente le plus de risques d'être infecté par des maladies transmissibles, il convient de déployer plus d'efforts pour atteindre notamment ces jeunes UDI, comme par exemple par le biais d'un travail de sensibilisation ciblé, en rue, ou des services mobiles. Ces services présentent l'avantage de cibler des zones (suburbaines et rurales) où il n'existe probablement pas d'organisations locales de prévention et de réduction des risques. Une cartographie sociale peut permettre de savoir quand, où et comment atteindre ce groupe cible. En outre, les médias sociaux peuvent constituer un intermédiaire essentiel pour diffuser des informations sur les drogues et les pratiques d'injection au sein de cette population (Valdiserri et al., 2014).

Le nombre d'UDI qui suivent un traitement pour des maladies infectieuses reste faible en raison de problèmes liés au manque d'observation du traitement, à des effets indésirables et à la réinfection. Des recherches récentes ont cependant montré l'efficacité et la sécurité du traitement de ces patients, et soulignent l'importance d'également appliquer une thérapie

antirétrovirale contre le VHC chez les UDI infectés. Dans ces cas, une approche intégrée et individuelle est nécessaire, et une attention toute particulière doit être accordée non seulement aux facteurs cliniques mais également à d'autres domaines de la vie en général tels que le niveau d'éducation et le logement. En outre, il est important d'aiguiller les patients vers un soutien de leurs pairs et d'organismes sociaux (Crawford et Bath, 2013). Par conséquent, une stratégie multidisciplinaire est indispensable pour réaliser des progrès supplémentaires dans le traitement du VHC chez les usagers de drogues injectables.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Mme. Huard, M. Schrooten, dr. Hogge, Mme. Windelinckx et M. Deraedt pour leur contribution à la collecte de données et leurs remarques pertinentes. Les auteurs souhaitent remercier en particulier les laboratoires participant au réseau de laboratoires du BEWSD.

Chapitre 8. Conséquences sociales et réinsertion sociale

Antoine J.

- *Parmi les usagers de drogues, la proportion de personnes sans emploi ou à faible niveau d'instruction est pratiquement le double de celle de la population générale.*
- *La réinsertion sociale par le logement constitue l'objectif du projet Housing First lancé en en 2013 qui propose un logement sans aucune condition aux sans-abris.*

1. Introduction

Outre les préjudices physiques, psychologiques et sociaux dus à leur consommation de drogues (voir le chapitre 4), de nombreux consommateurs problématiques de drogues en Europe ont des besoins sociaux non satisfaits en matière de logement, d'éducation et d'emploi (Sumnall et Brotherhood, 2012). De plus, les usagers de drogues peuvent également rencontrer des obstacles structurels tels que la stigmatisation. L'usage de drogues est en effet associée à une stigmatisation plus importante que d'autres conditions sanitaires et sociales, en partie parce qu'elle est souvent considérée comme la conséquence d'un choix de mode de vie que les usagers peuvent contrôler (Livingston et al., 2012).

Alors que la « réinsertion sociale » constitue un élément essentiel d'un abandon complet de la dépendance aux drogues, ce terme n'est pas utilisé ou défini systématiquement à travers tous les États membres de l'UE. L'ampleur de la réinsertion sociale dépasse le traitement traditionnel centré sur les résultats pharmacologiques et psychosociaux. L'EMCDDA la définit comme « une intervention sociale qui vise à intégrer des usagers problématiques de drogues, anciens ou actuels, à la société » (Sumnall et Brotherhood, 2012). En Belgique, la pratique de la réinsertion sociale centrée sur les groupes spécifiques à risque est mise en évidence dans la déclaration commune dans le cadre de la politique intégrée de lutte contre la drogue (Conférence Interministérielle Drogues, 2010).

Principalement centré sur les problèmes de logement, d'emploi et de niveau d'éducation, ce chapitre examinera d'abord l'exclusion sociale chez les usagers de drogues enregistrés par le biais de l'indicateur de la demande de traitement (TDI) par rapport aux registres de la population générale (section 2.1). L'usage de drogues dans différents groupes vulnérables et marginalisés tels que les sans-abris, les travailleurs du sexe et les prisonniers sera présenté sur la base d'études spécifiques (section 2.2). Une deuxième partie de ce chapitre

décrira des exemples d'initiatives venant en aide à ces personnes d'un point de vue social (section 3).

2. Exclusion sociale et usage de drogues

L'usage de drogues peut être considéré soit comme conséquence, soit comme cause de l'exclusion sociale. D'une part, l'usage de drogues peut être à la base d'une dégradation des conditions de vie mais, d'autre part, le processus de marginalisation sociale peut être l'une des raisons qui poussent à consommer des drogues. Cependant, la relation entre usage de drogues et exclusion sociale n'est pas nécessairement causale, puisque l'exclusion sociale ne concerne pas tous les consommateurs de drogues. En tenant compte de cette complexité, il est possible à la fois d'analyser l'usage de drogues au sein des populations socialement marginalisées et d'étudier l'exclusion sociale chez les usagers de drogues (EMCDDA, 2003).

2.1. Exclusion sociale chez les usagers de drogues

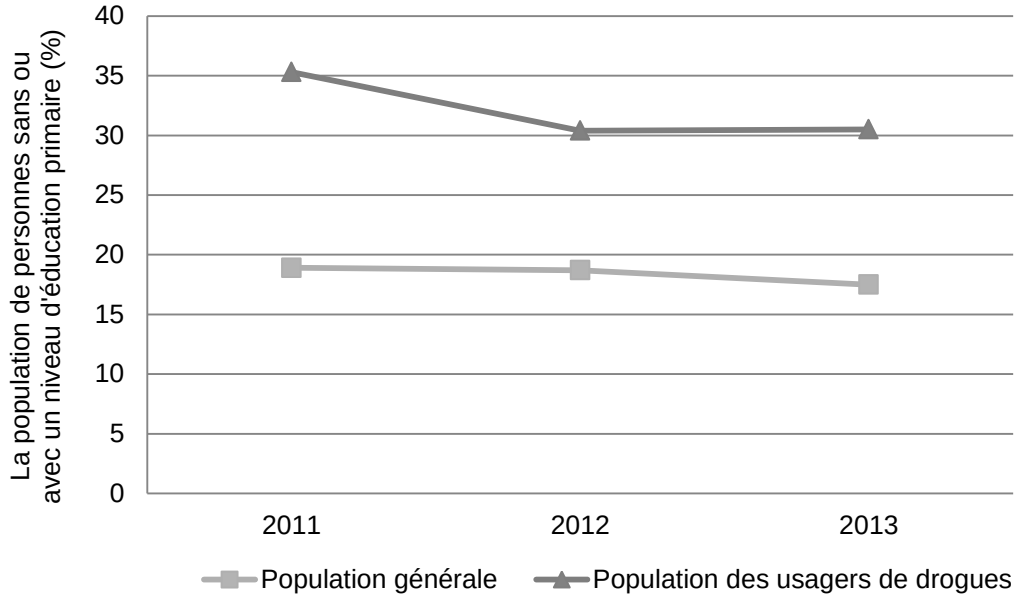
L'indicateur de demande de traitement (TDI) (voir également le chapitre 5) collecte des informations sur chaque nouvel épisode de traitement de patients en contact avec des centres de traitement et qui présentent une consommation problématique de substances. L'exclusion sociale de ces patients peut être illustrée par le biais de trois aspects recueillis par cet indicateur : niveau d'éducation, emploi et logement.

2.1.1. Niveau d'éducation

L'éducation est un facteur clé dans le développement du bien-être social et économique (Sumnall et Brotherhood, 2012). En outre, des recherches internationales démontrent des liens entre assiduité scolaire et engagement dans la protection contre l'usage de drogues (Edmonds et al., 2005).

La figure 8.1 montre la proportion de personnes avec un faible niveau d'éducation dans la population générale (SPF Économie, 2014) et dans la population des usagers de drogues en traitement (WIV-ISP, 2014). En 2013, 17,5 % de la population générale belge (15 ans ou plus), ne possèdent pas de diplôme ou seulement un diplôme d'études primaires. Pour les personnes qui commencent un traitement pour usage de drogues, ce pourcentage est de 30,5 %. Cette proportion diminue depuis 2011 au sein de ces deux populations.

Figure 8.1. Evolution de la proportion de personnes avec un faible niveau d'éducation dans la population générale et la population des usagers de drogues (15 ans et plus) entre 2011 et 2013



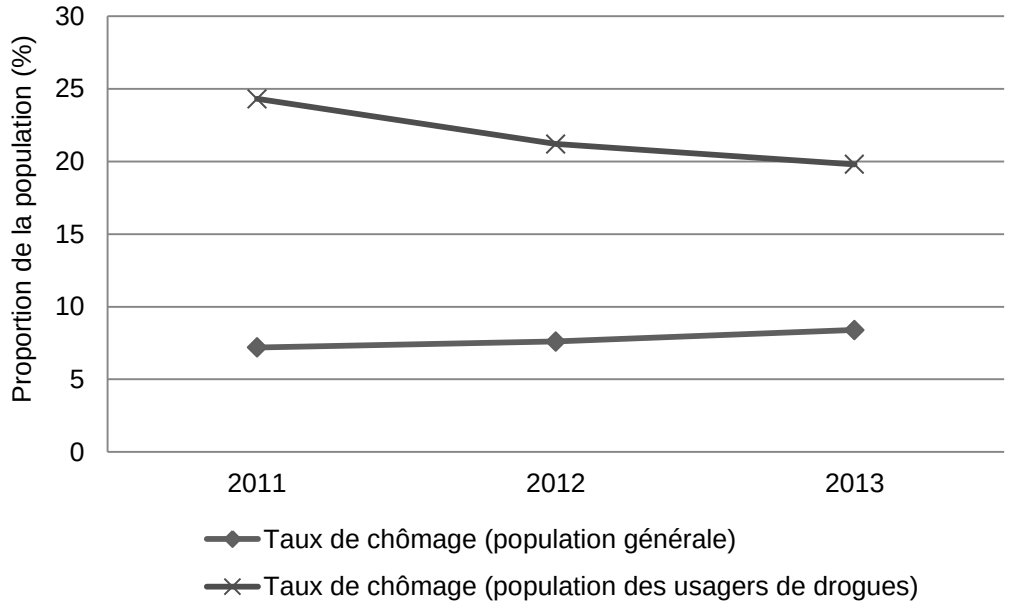
Source: SPF Économie, 2014; WIV-ISP, 2014

2.1.2. Emploi

Même si de nombreux éléments prouvés décrivent les liens entre usage problématique de drogues et chômage, les mécanismes exacts et la façon dont ces liens s'influencent ne sont pas suffisamment examinés et, partant, pas totalement compris (Henkel, 2011).

La figure 8.2 compare les taux de chômage de la population générale et de la population qui suit un traitement. Le taux de chômage représente la proportion des personnes qui recherchent activement un emploi. Ce taux est de 8,4 % pour la population générale et de 19,8 % parmi les usagers de drogues en traitement. Ces chiffres soutiennent l'idée selon laquelle les usagers de drogues en traitement sont moins intégrés sur le marché du travail. Depuis 2011, toutefois, la proportion de personnes sans emploi dans la population générale augmente légèrement alors que ce taux diminue quelque peu pour les personnes en traitement.

Figure 8.2. Evolution du taux de chômage dans la population générale et dans la population des usagers de drogues (15-64 ans) entre 2011 et 2013



Source: SPF Économie, 2014; WIV-ISP, 2014

2.1.3. Logement

Il existe une interaction complexe entre usage de drogues, sans-abrisme et autres besoins en matière de logement. Ces éléments sont considérés comme se renforçant mutuellement et résultent souvent des mêmes désavantages et inégalités tels que conflits familiaux durant l'enfance, exclusion de l'école, problèmes de santé ou contacts avec le système pénal. Il est également reconnu que la stabilité du logement renforce la capacité à obtenir et à conserver un emploi (Pleace, 2008;Sumnall et Brotherhood, 2012).

En se fondant sur la base de données TDI, le pourcentage de patients qui vivent dans une situation de logement instable (en ce compris les sans-abris) s'élève à 11,5 %. De plus, 5,5 % des patients sont incarcérés ou résident dans une institution (hôpital, etc.). Il n'existe pas d'indicateurs similaires qui permettent de comparer ces pourcentages avec ceux de la population générale.

2.2. Usage de drogues parmi les groupes socialement marginalisés

Les chiffres les plus récents disponibles relatifs à l'usage de drogues dans différents groupes socialement marginalisés en Belgique sont présentés ci-dessous. Étant donné que de tels renseignements sont relativement rares, les études prises en compte peuvent être des études à grande échelle au niveau national ainsi que des études à plus petite échelle au niveau d'un centre spécialisé œuvrant avec ces groupes spécifiques de personnes.

2.2.1. Sans-abris

Les résultats d'une étude en 2010 relative aux sans-abris en Belgique, indique que 81,7 % des clients des centres publics d'aide sociale en Flandre et 58,9 % des clients de ces mêmes centres en Wallonie et à Bruxelles sont souvent confrontés à l'usage de drogues ou à l'alcoolisme (De Boyser et al., 2010).

Plus récemment, en hiver 2013-2014, le « Samu social » (une organisation qui travaille avec les sans-abris), a répertorié à Bruxelles les causes observées de rupture qui ont conduit ces personnes dans une situation d'urgence sociale. La dépendance (en ce compris à l'alcool et aux substances illicites) est arrivée en cinquième position des causes les plus fréquemment citées (16,7 %), tout de suite après les problèmes financiers, des problèmes de santé ou de santé mentale et des problèmes administratifs (Samusocial asbl, 2014).

2.2.2. Travailleurs du sexe

Une étude sur l'usage de drogues parmi les travailleurs du sexe a été réalisée en Belgique en 2011 (Decorte et al., 2011). Les résultats indiquent qu'un répondant sur quatre (25,9 %) parmi les 528 répondants a consommé du cannabis au cours du dernier mois, contre 16,7 % de la cocaïne (dont 3,4 % du crack), 7,2 % de l'héroïne et 3,8 % de l'amphétamine.

Des résultats plus récents parmi 148 travailleurs du sexe soutenus par l'association « Espace P » à Charleroi, donnent des chiffres légèrement supérieurs : 35,4 % des travailleurs du sexe consomment des drogues ou de l'alcool. Le pourcentage des travailleurs du sexe qui consomment de la cocaïne était de 18,3 % et de 9,7 % pour l'héroïne, des résultats similaires à ceux de l'étude Decorte et al. (Espace P, 2014).

2.2.3. Prison

L'usage de drogues revêt également une grande importance pour les détenus. D'après l'enquête bisannuelle dans les prisons belges sur l'usage de drogues (qui a pris fin en 2010), la prévalence de l'usage de drogues au cours de la vie était d'environ 60 % et en prison, la prévalence d'usage de drogues s'élevait à 30 % (Van Malderen, 2011).

3. Réinsertion sociale

Plusieurs initiatives ciblant différents groupes à risque sont mises sur pied afin de favoriser la réinsertion sociale pour les usagers de drogues. Pour illustrer cette préoccupation et les mesures prises dans ce cadre, plusieurs approches sont présentées, ciblant les principaux problèmes d'exclusion sociale tels que le logement, l'éducation et la formation, l'emploi et la

vie sociale. L'objectif consiste à faire apparaître les initiatives les plus récentes, intéressantes ou originales dans les différentes régions du pays. Le présent rapport a pour objectif d'illustrer la variété de l'offre en matière de réinsertion sociale spécialement destinée aux usagers de drogues, plutôt que de fournir une liste exhaustive des projets. La présente vue d'ensemble résulte d'une collecte d'informations généralement obtenues sur les sites web des différents organismes qui encadrent ces projets.

3.1. Hébergement

3.1.1. Hébergement temporaire et hébergement d'urgence

De nombreuses initiatives visent à offrir une solution temporaire aux personnes qui ont les besoins les plus urgents en matière de logement (voir tableau 8.1). Dans le cadre de ces projets, le personnel aide également les demandeurs à trouver un logement plus approprié.

Tableau 8.1. Exemples d'initiatives d'hébergement temporaire et d'hébergement d'urgence en Belgique

Institution responsable; Nom de l'initiative; Ville	**Description**
Centre public d'aide sociale d'Anvers ; De Biekorf ; Anvers	54 lits disponibles en tant que solution d'hébergement temporaire pour les sans-abris (adultes) avec un problème de dépendance ou des problèmes psychiatriques (y compris douche, petit-déjeuner, potage) - €2,5/nuit.
ASBL Transit ; Centre de crise ; Bruxelles	21 lits à disposition des usagers de drogues, solution d'hébergement à court terme jusqu'à ce que la personne trouve une solution à long terme. Possibilité également d'obtenir appui et orientation dans les démarches administratives ; gratuit.
ASBL Comme chez nous et ville de Charleroi; Abri de nuit Ulysse; Charleroi	12 lits à disposition de personnes majeures vivant une difficulté d'hébergement, projet qui s'inscrit dans un réseau d'aide aux sans-abris ou aux usagers de drogues, gratuit.

Source : Ville de Charleroi, 2014 ;Goessens, 2014; CPAS Anvers, 2014

Outre ces trois initiatives, au mois d'août 2013, un nouveau projet national a été lancé pour une durée de 2 ans dans les cinq plus grandes villes belges (Bruxelles, Anvers, Gand, Liège, Charleroi), sur la base des principes de Housing First (Housing First Belgium, 2014).

Le modèle Housing First lancé aux États-Unis dans les années 1990 part du principe de fournir prioritairement un logement puis de permettre un accès à des services d'aide de traitement en matière de santé mentale et physique, usage de drogues, éducation, et emploi. Ces logements sont des appartements dispersés à travers une communauté. Un projet de logement encadré tel qu'Housing First supprime les obligations en matière de

sobriété, suivi d'un traitement et autres obstacles à l'accès au logement (Larimer et al., 2009).

En Belgique, Housing First est toujours un projet pilote. Afin d'évaluer l'impact de cette initiative, un projet de recherche a été mis sur pied. Un total de 300 personnes a été recruté et séparé en 3 groupes : 1) le groupe expérimental participant au projet Housing First, 2) le groupe contrôle « rue » et 3) le groupe contrôle « logé ». Parmi ces personnes, 50 % présentaient un problème de dépendance, principalement à l'alcool (40,0 %) mais également à l'héroïne (18,8 %), au cannabis (12,5 %) et aux médicaments (12,5 %) (Housing First Belgium, 2014).
Les résultats qui décriront les obstacles et traceront les lignes directrices en matière de bonne pratique de Housing First en Belgique, sont attendus en juin 2015.

3.1.2. Aide au logement, foyers de transition et aide à la vie autonome

Les services de logement fournis pour cibler les personnes qui ne sont pas encore capables de vivre de façon totalement indépendante, en ce compris les logements de transition et l'aide à la vie autonome sont décrits dans le tableau 8.2.

Tableau 8.2. Exemples des initiatives d'aide au logement, de foyers de transition et d'aide à la vie autonome en Belgique

Institution responsable; Nom de l'initiative; Ville	**Description**
De Kiem ; Foyer de transition ; Gand	Les usagers de drogues qui ont achevé le programme thérapeutique communautaire peuvent bénéficier d'une prise en charge en matière de logement pendant une période de 6 à 8 mois. L'accent est mis sur l'emploi, l'éducation, la mise en place d'un réseau social et un appui financier.
ASBL Transit ; Studios supervisés; Bruxelles	8 studios individuels sont disponibles à la location pour une période de 3 mois (cette période peut être prolongée). Les locataires doivent être indépendants et pouvoir payer un loyer. Tout en bénéficiant d'un accompagnement social, ils doivent activement chercher un nouveau logement.
ASBL Thaïs ; Maison d'accueil ; Liège	9 logements individuels de préférence attribué aux familles. Un soutien psychologique est apporté généralement pour améliorer le logement social, la santé et la situation familiale de l'usager de drogues ou du travailleur du sexe.

Source: De Kiem, 2014; Goessens, 2014; Thaïs asbl, 2014

3.1.3. Soutien dans la recherche d'un logement durable

L'assistance aux usagers de drogues dans la recherche d'un logement durable est fournie par plusieurs services (tableau 8.3).

Tableau 8.3. Exemples d'initiatives dans la recherche d'un logement durable en Belgique

Institution responsable; Nom de l'initiative; Ville	**Description**
Centre public d'aide sociale de Bruxelles ; Service de soutien psychologique ; Bruxelles	Service destiné à aider les usagers de drogues dans leurs tâches administratives, sociales, médicales et journalières. L'un des principaux objectifs consiste à les aider à trouver une solution de logement.
Projet Lama ; « Hestia » ; Bruxelles	À côté des studios disponibles pour un logement à court terme, Hestia aide également le patient dans ses tâches administratives, le soutient dans la création d'un projet personnel et œuvre à sa réinsertion dans la société.
ASBL Thaïs ; Association pour la promotion du logement ; Liège	Une nouvelle initiative en Wallonie qui encourage la réinsertion sociale par un logement décent, une aide administrative, technique et judiciaire. À partir de 2014, les premières maisons seront disponibles pour un bail de 9 ans.

Source: CPAS de la ville de Bruxelles, 2014; Le Projet Lama asbl, 2014; Thaïs asbl, 2014

3.2. Éducation et formation

Le tableau 8.4 met l'accent sur la formation professionnelle et des interventions en matière d'éducation pour les consommateurs problématiques de drogues au chômage. Par éducation, on entend enseignement officiel où l'apprenant doit réussir des examens et d'autres formes d'évaluation afin d'obtenir des qualifications reconnues sur le plan national. La formation professionnelle comprend une vaste gamme de programmes qui soutiennent les stratégies en matière d''emploi, augmentent l'efficacité personnelle, améliorent l'engagement au travail, etc.

Tableau 8.4. Exemples d'initiatives en matière d'éducation et de formation en Belgique

Institution responsable; Nom de l'initiative; Ville	**Description**
Centre public d'aide sociale de Gand; «Perspectief»; Gand	Les personnes avec un problème ancien ou actuel de dépendance peuvent bénéficier d'une évaluation de leur situation actuelle, se voir proposer des possibilités pour ce qui concerne leur situation professionnelle ainsi qu'un accompagnement et un suivi pour de nouvelles perspectives.
Trempoline; Programme pour une réinsertion psychologique, sociale et professionnelle; Charleroi	Ce programme permet aux usagers de drogues du programme thérapeutique résidentiel de suivre une formation en informatique, en langues et mathématiques ou horticulture. Ils sont également préparés au travail grâce à une cartographie de leurs compétences ou difficultés éventuelles, etc.
ASBL Free-clinic; «Buro Actief»; Anvers	Buro Actief permet aux usagers de drogues de prendre part à des petits travaux à un bas seuil d'accessibilité. Cette initiative fait partie intégrante d'un programme de prise en charge intégré.

Source: Free Clinic, 2014; CPAS Gand, 2014; Trempoline asbl, 2014

3.3. Emploi

En théorie, les consommateurs problématiques de drogues peuvent accéder au marché de l'emploi par des moyens traditionnels. Toutefois, dans la pratique, il existe d'importants obstacles. Le tableau 8.5 présente les interventions spéciales qui permettent d'offrir un cadre de travail favorable pour les usagers de drogues.

Tableau 8.5. Exemples d'initiatives en matière d'emploi en Belgique

Institution responsable; Nom de l'initiative; Ville	**Description**
Weerwerk ; Gand et Anvers	« Weerwerk » donne l'occasion aux (ex-)usagers de drogues de se réintégrer lentement au sein d'une entreprise sociale. Les participants reçoivent une aide supplémentaire afin de faire face à l'usage de drogues, aux problèmes financiers et autres problèmes sociaux.
Modus Vivendi ; Jobiste Es-pairs ; Bruxelles	L'expertise et la coopération des usagers de drogues sont utilisées pour les projets de réduction des risques, les programmes de prévention ou des réunions de partage d'expérience avec leurs pairs. Les usagers de drogues sont recrutés pour une courte période et obligés de suivre une formation pour pouvoir informer leurs pairs à différents endroits.
Trempoline ; Programme de réinsertion psychosociale, sociale et professionnelle ; Charleroi	Ce programme offre des possibilités d'emploi (tâches administratives, travaux de jardinage ou de construction) pour un an maximum. Le groupe cible est constitué de usagers de drogues en traitement au sein de Trempoline.

Source: Modus Vivendi, 2013; Trempoline asbl, 2014; Weerwerk, 2014

3.4. Loisirs

La recherche a montré que des activités récréatives physiques et sociales jouent un rôle important dans l'amélioration de la qualité de vie (Fountain et al., 2000). Ces activités peuvent être bénéfiques à différents niveaux et permettent d'améliorer la condition physique, l'estime de soi, l'humeur, de procurer davantage d'énergie et d'augmenter les niveaux d'activité, de diminuer les effets secondaires de la prise de médicaments (par exemple, prise de poids), de réduire la dépression ainsi que l'anxiété et le manque de concentration dans des situations de stress. Le tableau 8.6 décrit quelques projets mis sur pied en Belgique afin d'améliorer la participation des usagers de drogues à la vie sociale.

Tableau 8. 6. Exemples d'initiatives en matière de loisirs en Belgique

Institution responsable; Nom de l'initiative; Ville	**Description**
Free Clinic ; Projet activation ; Anvers	Ce projet propose des activités sociales (musique, sport, réunions) qui permettent aux usagers de drogues de participer à des projets gratuits afin de les stimuler à bouger et à s'impliquer dans de petits événements.
La trace ; Bruxelles	Ce centre organise des stages de plusieurs jours à différents endroits à un coût raisonnable pour les usagers de drogues. L'objectif consiste à créer un défi commun, à encourager l'assistance mutuelle et à fournir un suivi psychosocial autour de ces activités.
Centre socio-sanitaire Start-MASS ; Liège	Ce centre de traitement organise des activités sportives, une activité cuisine ou des activités artistiques avec ses patients afin de les motiver à entreprendre d'autres activités que leur usage de drogues.

Source: Free Clinic, 2014; La Trace asbl, 2014; Start-MASS, 2014

4. Conclusion

L'exclusion sociale peut être définie comme des problèmes de logement, d'éducation, d'emploi et d'isolement social rencontrés par les usagers de drogues. Bien que ces informations ne soient souvent disponibles que pour le sous-groupe d'usagers qui acceptent de suivre un traitement, elles donnent néanmoins un aperçu des caractéristiques socioéconomiques des usagers de drogues.

Les usagers de drogue en traitement sont beaucoup plus exposés à l'exclusion sociale. En ce qui concerne le niveau d'éducation et la situation professionnelle, les usagers de drogues se trouvent dans une situation sociale problématique deux fois plus grave que la population générale. De plus, une proportion non négligeable des usagers de drogues en traitement vivent dans un logement instable ou dans la rue.

Comme la consommation de drogue au sein de (quelques) groupes socialement marginalisés en Belgique ne fait l'objet d'études que depuis très récemment, les informations disponibles sont incomplètes. Toutefois, la consommation de drogue est souvent mentionnée parmi les sans-abris, les travailleurs du sexe ou les prisonniers.

Parmi toutes les initiatives mises sur pied en matière de réinsertion sociale, les initiatives en matière de logement sont les plus fréquentes. Leur objectif varie, de la recherche d'une solution d'hébergement temporaire dans des situations d'urgence à des solutions d'hébergement à plus long terme. Le projet lancé récemment « Housing First » en 2013 vise à trouver une solution d'hébergement sans condition aucune pour les sans-abris.

Ensuite, les initiatives en matière d'emploi permettent aux usagers de drogues de retrouver le chemin du travail par le biais de petits emplois rémunérés ou de formations sur des thèmes spécifiques. En outre, il existe une forte interaction entre les différents types de besoins. Par exemple, l'éducation peut améliorer l'accès au travail et un emploi régulier peut également aider à trouver un logement stable.

Enfin, des initiatives de loisirs à l'intention des usagers de drogue ont également été mises sur pied. Elles constituent des opportunités et des défis qui permettent aux (ex-)usagers de drogues de réintégrer la vie sociale.

Remerciements

L'auteur souhaite remercier Mme. Theizen, M. Joosen, M. Van Bouchaute, M. Dheendene, M. Ruyters, M. Vinken, M. Nicolas et M. Fanelli pour les informations fournies. Leur implication essentielle est fortement appréciée.

Chapitre 9. Criminalité liée à l'usage de drogues, prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues et prison

Plettinckx E.

- *Le nombre d'infractions à la législation en matière de drogues liées au commerce de drogue est en augmentation.*
- *Les données répressives confirment la popularité du cannabis : en 2013, la marihuana reste la drogue la plus prisée.*
- *En quatre ans, la proportion de mandats pour surveillance électronique s'est contractée de 10 % par rapport au nombre total d'attributions de mandats liés à la drogue par les maisons de justice.*
- *La prévalence d'actions liées à la drogue ou dopage engagées devant les juridictions de la jeunesse est deux fois plus élevée que celle au niveau des procureurs des tribunaux de première instance.*

1. Introduction

Un nouveau Plan National de Sécurité a été mis en œuvre en 2012 par les Ministres fédéraux de l'Intérieur et de la Justice. Ce plan donne la priorité à différents aspects des compétences de la police fédérale et locale en Belgique. Étant donné que la police belge est l'un des acteurs déterminants de la lutte contre la criminalité liée à l'usage de drogues, ces priorités revêtent une grande importance. Pour la période 2012-2015, le commerce de drogue, l'importation et l'exportation de cocaïne, la production et le trafic de drogues de synthèse et de cannabis, et la conduite sous l'influence de l'alcool et de drogues figurent en tête de la liste des priorités (Turtelboom et Milquet, 2012).

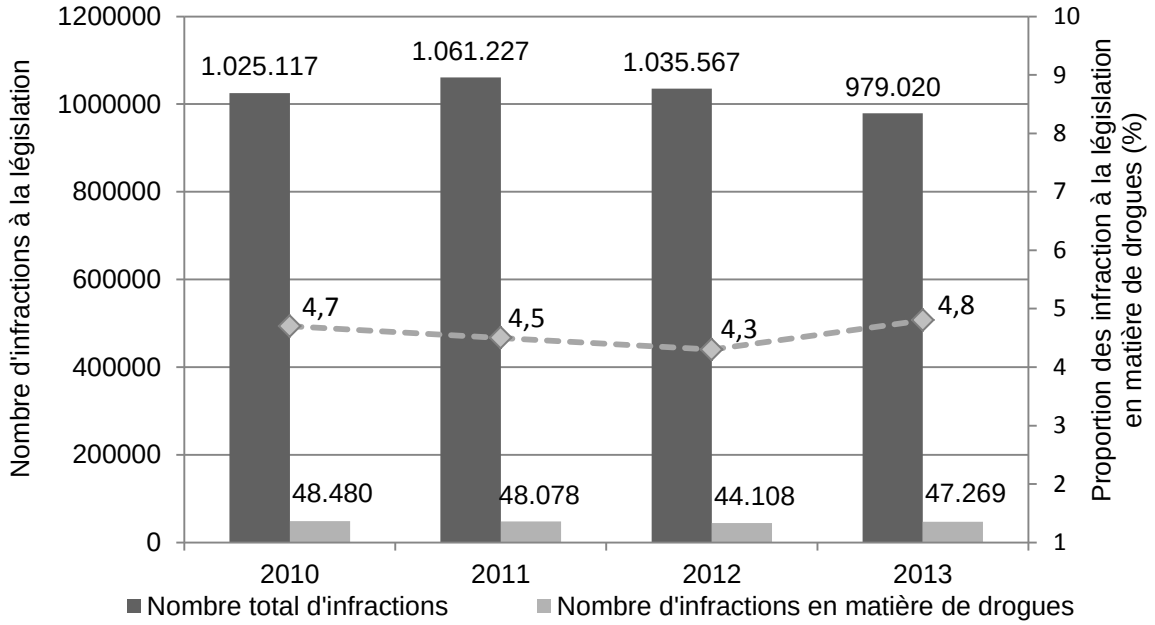
Conformément à ces priorités, ce chapitre donne un aperçu des infractions à la législation en matière de drogue (section 2.1), des infractions liées à la conduite sous l'influence de substances illicites (section 2.2), de la prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues et de la récidive (section 3), des solutions de substitution aux peines de prison (section 4.1) et des affaires liées aux drogues gérées par les juridictions de la jeunesse et de première instance (section 4.2). Les deux dernières sections examinent la situation de la drogue en milieu carcéral : la section 5 couvre les informations sur les réponses aux problèmes sanitaires liés aux drogues dans les prisons alors que la section 6 décrit les services visant à améliorer la réinsertion des usagers de drogues sortant de prison.

2. Criminalité liée à l'usage de drogues

2.1. Infractions à la législation en matière de drogues

La Police fédérale belge publie régulièrement des statistiques afin d'aider les décideurs politiques à déterminer des priorités. Ces chiffres se basent sur des rapports de la police locale et de la police fédérale, et décrivent différentes infractions (Police fédérale - CGOP / Données de gestion, 2013). La figure 9.1 illustre le nombre total d'infractions par rapport au nombre total d'infractions à la législation en matière de drogues commises entre 2010 et 2013. Depuis 2010, l'usage et la possession de drogues sont considérés comme une seule et même infraction, puisque l'usage individuel de drogues en implique la possession. Avant 2010, l'usage et la possession étaient souvent prises en compte séparément, ce qui entraînait une surestimation du nombre total d'infractions à la législation en matière de drogues. C'est la raison pour laquelle les nombres ne sont rapportés que depuis 2010. En 2013, un total de 979.020 infractions pénales ont été enregistrées, dont 47.269 concernaient des infractions à la législation en matière de drogues (possession (et usage), commerce, trafic ou production de drogues). La proportion d'infractions liées aux drogues a augmenté pour atteindre 4,8 %, soit la première augmentation de la proportion en quatre ans.

Figure 9.1. Infractions à la législation en matière de drogues en relation avec le nombre total d'infractions entre 2010 et 2013.

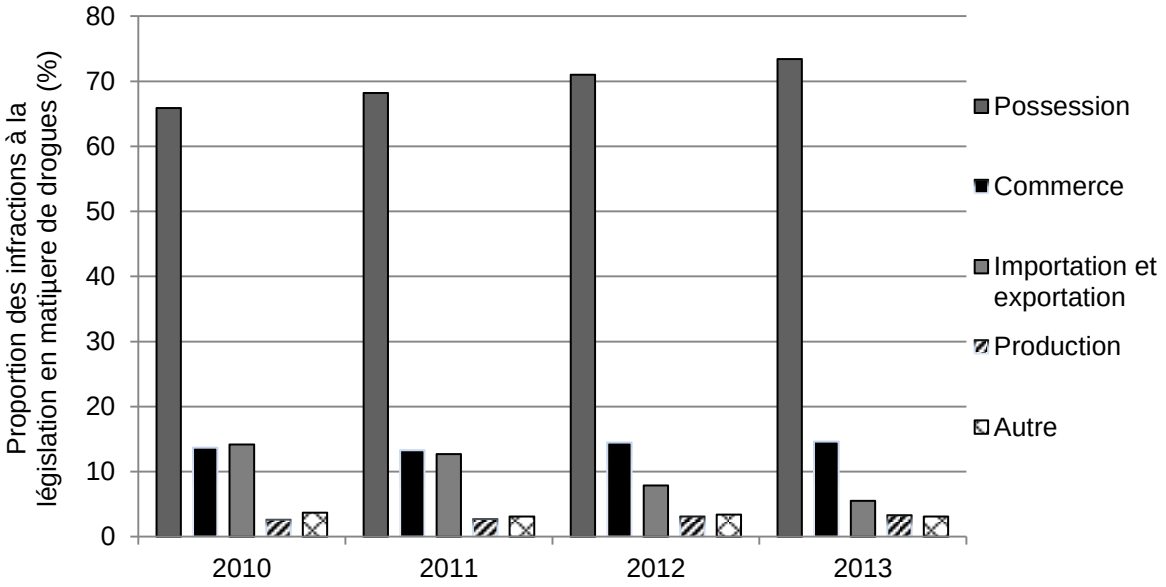


La ligne discontinue indique la proportion (%) des infractions liées à la drogue

Source: CGOP/B Police fédérale - CGOP/ Données de gestion, 2014

Chaque année, la Police fédérale belge rend aussi compte des infractions à la législation en matière de drogues en les ventilant en fonction de différentes catégories comme l'usage et la possession, l'importation et l'exportation, le commerce et la production de substances illicites (Police fédérale - CGOP / Données de gestion, 2013). La figure 9.2 décrit l'évolution entre 2010 et 2013 des infractions à la législation en matière de drogues par catégorie.

Figure 9.2. Proportion des infractions à la législation en matière de drogues par catégories entre 2010 et 2013



Source: CGOP/B Police fédérale - CGOP / données de gestion, 2014

L'augmentation des infractions liées aux drogues observée en 2013 (n=47 269) par rapport à 2012 (n=44 108) était principalement déterminée par l'évolution des infractions à la législation en matière de drogues liée à l'usage et à la possession des drogues. En 2013, la prévalence a atteint un chiffre record de 73,4 %. De même, la prévalence de la production des drogues a affiché une augmentation pour atteindre la prévalence de 3,3 % en 2013. Des infractions à la législation en matière de drogues enregistrées par les forces de police liées à l'importation et à l'exportation recule, alors que celle du commerce de la drogue reste stable.

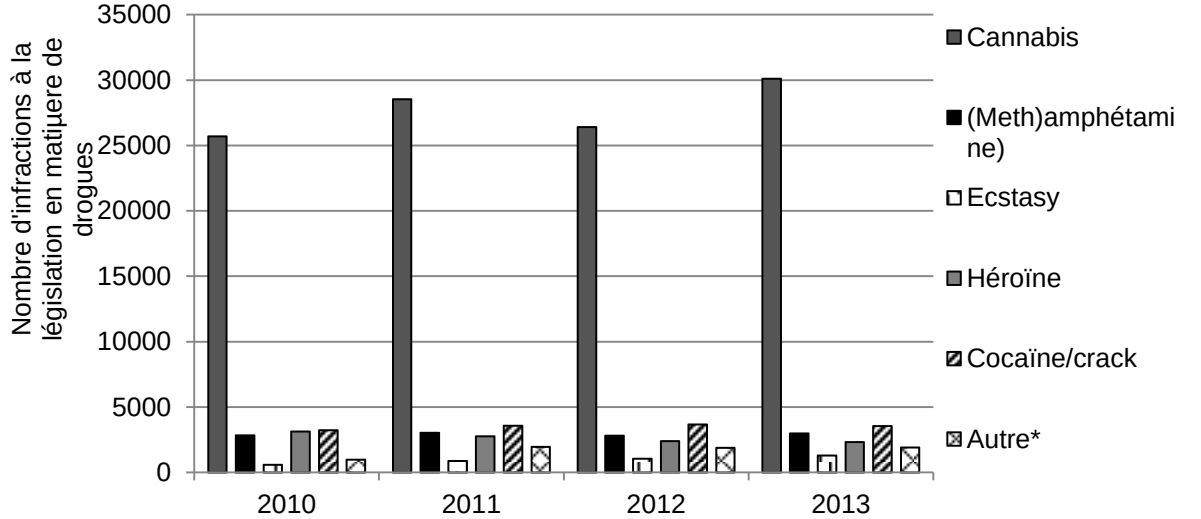
Une étude de cas sur le commerce de détail (la vente de quantités correspondant à la consommation personnelle) de cannabis, de cocaïne, d'amphétamines et d'ecstasy à Anvers a indiqué que les trafiquants transportent souvent de très petites quantités de drogue. Ils ont recours à cette précaution, car ils savent qu'en cas d'intervention, dès lors qu'aucun élément de preuve attestant le commerce de drogue ne peut être produit, la police peut seulement les accuser de possession de substances illicites. Cependant, l'analyse des accusations portées par la police et des dossiers du procureur a révélé que les trafiquants

transportent plus d'argent que le citoyen lambda. La présence d'argent est sans doute liée à des activités de vente illégales (Decorte et D'Huyvetter, 2014).

Les analystes stratégiques de la police fédérale étudient les infractions à la législation en matière de drogues également par type de drogues (figure 9.3) et extraient des données de la base de données nationales tous les deux mois. Cependant, la police locale et la police fédérale ne savent pas toujours quel est le type de drogue illicite en question. Cela étant, certaines saisies exigent un complément d'analyse en laboratoire. Bien que la police fédérale reçoive un feed-back sur ces résultats dans 90 % des cas, elle doit parfois attendre plusieurs mois avant de les obtenir. C'est la raison pour laquelle le nombre total d'infractions à la législation en matière de drogues mentionné à la figure 9.3 est inférieur à celui repris aux figures 9.1 et 9.2.

Selon la police fédérale, 71 % de ces infractions à la législation en matière de drogues sont liées au cannabis, 7 % à la (méth)amphétamine, 3 % à l'ecstasy, 6 % à l'héroïne, 8 % à la cocaïne ou au crack et 5 % à d'autres drogues. Ces données montrent une légère augmentation des infractions liées au cannabis en fonction du temps. En 2013, un nombre record d'infractions liées au cannabis a été enregistré : 30 113. Au cours des dernières années, le nombre d'infractions liées à la (méth)amphétamine est resté stable. Sur la même période, l'enregistrement des infractions liées à l'ecstasy présente une faible augmentation. Une tendance similaire s'observe pour la cocaïne. Quant au nombre d'infractions liées à l'héroïne, il diminue en fonction du temps. La catégorie « Autres drogues » s'inscrit dans une tendance stable ces trois dernières années.

Figure 9. 3. Infractions à la législation en matière de drogues comme principale infraction, par type de drogue, 2010-2013



* LSD, benzodiazépine, phénéthylline, codéine, GHB, kétamine, khat, méthadone, morphine, opium et champignons

Source: Police fédérale

2.2. Autres infractions liées à l'usage de drogues

2.2.1. Conduite sous l'influence de drogues

La conduite sous l'influence de drogues augmente le risque d'accidents avec blessures graves (Hels et al., 2013). La prévalence des substances psychoactives dans le trafic en Belgique dépasse la moyenne européenne de 7,4 % (Houwing et al., 2012). Par ailleurs, la Belgique est considérée comme l'un des pays avec la plus haute prévalence de conducteurs blessés testés positifs pour au moins une substance psychoactive (Legrand et al., 2013). Dans ce cadre, la police locale et la police fédérale de la route établissent des postes de contrôle pour détecter l'usage de drogues chez les conducteurs. La première étape dans cette procédure est une check-list visuelle. En cas d'indications positives d'usage de drogues illicites, un test de dépistage salivaire est réalisé. Si ce test salivaire est aussi positif, un échantillon de sang est prélevé pour confirmer objectivement la présence de drogues dans le sang par le biais d'analyses de laboratoire (Ricour, Communication personnelle, 2011). La plupart de ces prélèvements sanguins sont analysés par l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC). Le tableau 9.1 donne un aperçu des résultats des analyses menées par l'INCC. Ces résultats sont considérées comme représentatifs pour les analyses réalisées par d'autres laboratoires, parce qu'ils représentent environ 87 % de l'ensemble des analyses effectuées. Le tableau 9.1 montre que 9 % de ces prélèvements sont liés à des tests salivaires faux positifs. La plupart des analyses (74 %) n'ont révélé la présence que d'une seule substance consommée. Selon ces résultats, 48 % des conducteurs étaient sous l'influence de cannabis, 14 % consommaient des amphétamines, 10 % de la cocaïne et 2 % des substances opiacées. Cependant, certains conducteurs avaient également combinés plusieurs substances. En tout, le cannabis concernait 61 % des cas, les amphétamines, 28 %, la cocaïne, 21 %, et les substances opiacées, 4 %. Ces chiffres indiquent une augmentation du nombre de tests positifs de conduite sous l'influence de substances illicites au cours des trois dernières années. Une seule combinaison est moins fréquemment observée, les substances opiacées et la cocaïne. Proportionnellement, on observe une augmentation du groupe de conducteurs sous l'influence d'une combinaison d'amphétamine et de cocaïne, d'amphétamine et de substances opiacées, et d'amphétamine, de cocaïne et de cannabis.

Tableau 9.1. Substances détectées dans les échantillons de sang après un test de dépistage salivaire positif entre 2011 et 2013

Substances détectées dans le sang	Année					
	2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%
Amphétamine	202	14,6	261	15,2	274	13,8
Amphétamine + cannabis	73	5,3	76	4,4	106	5,3
Amphétamine + cocaïne	19	1,4	28	1,6	56	2,8
Amphétamine + substances opiacées	1	0,1	4	0,2	5	0,3
Amphétamine + cannabis + cocaïne	7	0,5	11	0,6	14	0,7
Amphétamine + cannabis + substances opiacées	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amphétamine + cocaïne + substances opiacées	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Amphétamine + cannabis + cocaïne + substances opiacées	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cannabis	726	52,5	777	45,2	956	48,2
Cannabis + cocaïne	70	5,1	78	4,5	118	6,0
Cannabis + substances opiacées	3	0,2	9	0,5	8	0,4
Cannabis + cocaïne + substances opiacées	2	0,1	5	0,3	2	0,1
Cocaïne	124	9,0	181	10,5	203	10,2
Substances opiacées	31	2,3	38	2,2	35	1,8
Cocaïne + substances opiacées	11	0,8	27	1,6	5	1,3
Total des tests positifs	**1.269**	**91,7**	**1.495**	**87,0**	**1.803**	**91,0**
Valeur inférieure au seuil légal	115	8,3	223	13,0	179	9,0
Total des tests sanguins	1.384	100	1.718	100	1.982	100

Source : INCC, Communication personnelle, 2014

3. Prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues

Afin de prévenir la criminalité en matière de drogues décrite plus haut dans ce chapitre, il est vital de mieux comprendre la dynamique nationale et internationale des marchés des drogues. L'information relative à l'offre est aujourd'hui morcelée entre différents membres de l'appareil répressif. Par ailleurs, le déplacement des activités illégales est un effet secondaire des activités de répression efficaces. Par conséquent, les acteurs de la répression rencontrent des difficultés à répondre à un marché de la drogue en constante mutation. En tant que tels, ces acteurs n'ont souvent qu'une connaissance insuffisante des marchés des drogues afin de pouvoir agir de manière proactive. Bien que des informations sur les arrestations et les saisies soient disponibles, il convient de disposer d'informations nettement plus détaillées sur 1) les différents protagonistes, 2) le modus operandi et 3) les emplacements où ces activités illégales ont lieu (Smet et al., 2013).

Compte tenu de ce qui précède, l'Institut de recherches internationales sur la politique criminelle (IRCP) de l'Université de Gand a démarré le projet SUPMAP en 2011 afin de

fournir des indicateurs liés à l'offre de drogues illégales en Belgique (SUPMAP). Ces indicateurs liés à l'offre de drogues doivent combiner l'information fragmentée des acteurs de l'appareil répressif. De cette manière, ils permettraient d'agir de manière proactive et de prévenir des infractions à la législation en matière de drogues (Smet et al., 2013).

Ce projet de recherche s'est penché sur les marchés des drogues classiques, à savoir l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines, l'ecstasy et le cannabis. En plus d'une revue approfondie de la littérature sur les marchés des drogues et la criminalité liée à l'usage de drogues, un complément d'information a été collecté moyennant des interviews de différents membres de la communauté répressive et certains acteurs actifs dans le domaine du commerce de la drogue (Smet et al., 2013).

Des experts répressifs ont confirmé l'importance de la police et des douanes comme source d'informations. En combinant ces données à l'information des procureurs, des laboratoires toxicologiques, des hôpitaux et des organisations de prise en charge de l'usage de drogues, on peut mieux surveiller l'offre de drogues en Belgique. Cependant, les douanes et la police aéroportuaires sont actuellement les deux seuls groupes à utiliser les indicateurs au quotidien (Smet et al., 2013).

L'étude a épinglé que les données quantitatives (comme les nombres de saisies et d'arrestations, actuellement collectés à des fins politiques) sont moins utiles pour réduire la criminalité liée à l'usage de drogues. En conséquence, tant les données quantitatives que qualitatives (les « informations neutres ») devraient être utilisées afin de valoriser davantage l'utilisation des indicateurs liés à l'offre (Smet et al., 2013).

L'obtention de données à la fois qualitatives et quantitatives afin de pouvoir agir proactivement exige des indicateurs tant généraux que spécifiques. En Belgique, des indicateurs sont disponibles au niveau de la vente de détail et de la production, alors que des indicateurs suffisants au niveau du commerce de drogue intermédiaire et international font défaut. La prévention systématique et efficace de la criminalité liée à l'usage de drogues impose de déterminer 1) le rôle de la Belgique comme pays de transit et la connexion avec les Pays-Bas, 2) les réseaux du crime organisé et 3) le rôle des facilitateurs (indépendamment et dans les réseaux criminels) à différents niveaux. Une surveillance approfondie de ce type d'information s'est révélée possible en adaptant légèrement un outil d'enregistrement existant utilisé par les forces de police. Cet outil permet de spécifier le contexte des infractions commises et permet par conséquent de mieux appréhender les différents types d'infractions et le fonctionnement du marché (européen) de la drogue. L'étude SUPMAP donne l'élan initial pour renforcer les efforts actuels de prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues. À cet effet, une première priorité serait d'améliorer le

flux de données entre les différents services et laboratoires de l'appareil répressif. Ensuite, des informations complémentaires et plus détaillées sur l'organisation des marchés des drogues peuvent être collectées (Smet et al., 2013).

4. Interventions dans le système pénal

4.1. Peines de substitutions aux peines d'emprisonnement

La recherche de sanctions alternatives est stimulée, entre autres, par la Conférence Interministérielle Drogues (De Wree et al., 2009 ;Conférence Interministérielle Drogues, 2010). Des recherches ont en effet indiqué que l'emprisonnement n'exerce aucun effet dissuasif sur la commission d'infractions (Freiburger et Iannacchione, 2011;McGrath et Weatherburn, 2012;Nagin et al., 2009). Le cas échéant, la détention risque non seulement d'augmenter la consommation de drogues et la criminalité, mais peut également induire des effets négatifs sur les aspects sociaux, physiques et psychiques de la vie (Hardy et Snowden, 2010 ;Liebling et Arnold, 2012 ;Nieuwbeerta et al., 2009 ;Schnittker et John, 2007). Les effets positifs des peines de substitution sur la réduction de la criminalité et sur plusieurs domaines de la vie ont été démontrés (Cid, 2009 ;De Wree et al., 2008 ;De Wree et al., 2009 ;Spohn, 2007). En conséquence, des sanctions alternatives présentent une réponse plus adéquate aux infractions que l'emprisonnement (Cid, 2009 ;De Wree et al., 2008), y compris l'avantage de mesures parfaitement adaptées à la situation et aux besoins individuels de chaque délinquant (De Wree et al., 2008 ;De Wree et al., 2009). Des recherches encouragent des solutions de remplacement de la peine d'emprisonnement notamment pour les usagers de drogues si la prise en charge de l'usage de drogues fait partie intégrante de la peine de substitution (Lurigio, 2000 ;Vorma et al., 2013).

Les solutions de remplacement aux procédures judiciaires s'appliquent à différents échelons du système pénal et comprennent les conditions à respecter par les délinquants. Ces conditions peuvent, entre autres, être liées au traitement de drogues (Defillet, 2012). Comme un grand nombre de sans-abris, de personnes faiblement qualifiées et de sans-emploi sont impliqués dans la criminalité liée à l'usage de drogues, le système pénal peut également élargir la portée de ces solutions en insistant sur les conditions liées au travail, au logement ou à l'éducation (en combinaison ou non au traitement de l'usage de drogues) (De Ruyver et al., 2008).

Le procureur ou le juge peut proposer (au niveau des poursuites) ou imposer (au niveau du tribunal) une mesure de substitution dans certaines circonstances (par exemple délinquant adulte, peine maximale de 5 ans…). Dans ce cas, et depuis 1999, le contrevenant sera

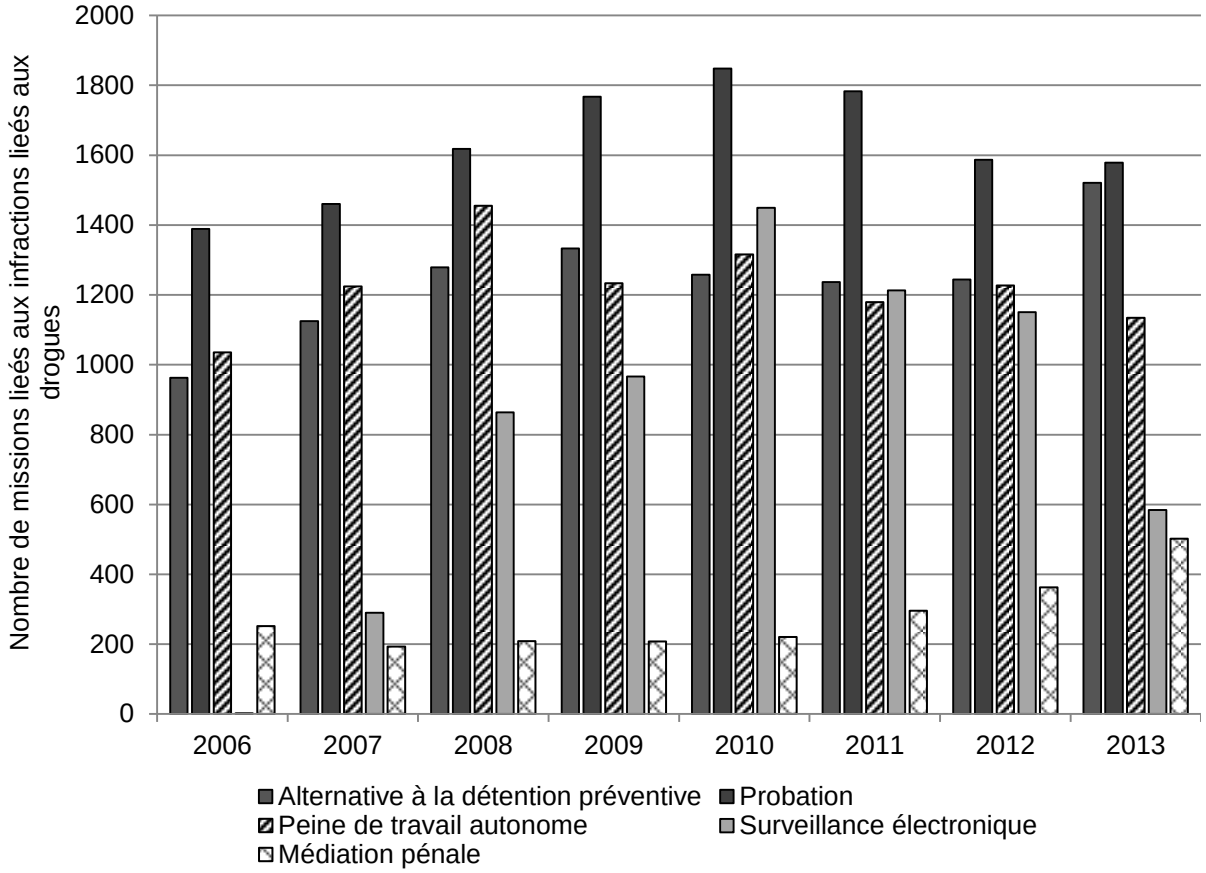
orienté vers un assistant responsable de la supervision et de l'orientation desdites mesures de substitution, qui est à pied d'œuvre dans l'une des 28 maisons de justice de Belgique.

Tous les mandats relatifs à des guidances concernant des mesures de substitution sont enregistrés dans une base de données générales, «SIPAR» (Système Informatique PARajudiciaire), de la Direction générale des Maisons de Justice (Burssens, 2012). Cet enregistrement est obligatoire depuis 2005. En 2012, l'analyse des données et les services qualité de cette Direction générale ont extrait pour la première fois tous les mandats liés aux infractions relatives à la drogue de la base de données SIPAR.

L'analyse des nouveaux mandats liés aux drogues de 2006 à 2013 montre que la plupart des clients de maisons de justice qui ont reçu une peine de substitution ont la nationalité belge (77 %). La majorité de tous les clients sont des hommes et sont âgés de 18 à 34 ans.

La figure 9.4 illustre le nombre de nouvelles missions liées aux infractions liées aux drogues dans les maisons de justice de 2006 à 2013. Depuis 2010, on enregistre une diminution du nombre total de mesures de substitution sur la base du nombre de nouvelles missions concernant les solutions de remplacement à la détention préventive, à la probation, à la peine de travail autonome, à la surveillance électronique et à la médiation pénale. Les alternatives à la détention provisoire et à la médiation pénale sont les seules mesures alternatives qui dévient de ce modèle. En effet, on observe une légère augmentation du nombre de nouvelles missions relatives aux infractions liées à la drogue pour ces deux alternatives. La médiation pénale comprend toutefois le plus petit nombre de nouveaux mandats ces dernières années. Elle vise à faciliter la communication entre la victime et le délinquant afin de réparer les dommages matériels et émotionnels de l'infraction. Les deux parties doivent s'accorder sur cette mesure alternative avant que la médiation pénale ne puisse commencer. Par ailleurs, une collaboration active des deux parties est requise (SPF Justice, 2014). Alors qu'elle accuse un recul, la probation reste la mesure alternative avec le plus grand nombre de nouveaux mandats chaque année. La probation a un long historique dans le système pénal belge puisqu'elle peut être imposée depuis 1964 (MB du 17 juillet 1964).

Figure 9. 4. Nombre de nouvelles missions dans les maisons de justices pour les infractions liées à la drogue entre 2006 et 2013



* Bien qu'un Centre national de surveillance électronique ait été mis en œuvre en 2000, la surveillance électronique ne repose sur une base juridique que depuis 2006 et n'est confiée conformément à la loi aux maisons de justice que depuis 2007 (Burssens, 2012 ;Devos, A., 2009 ;Vanhaelemeesch, 2012). Cela explique pourquoi les mandats enregistrés n'existent pas ou sont très rares pour 2006.

Source: DG MJH service – Analyse et qualité des données, 12 juin 2014

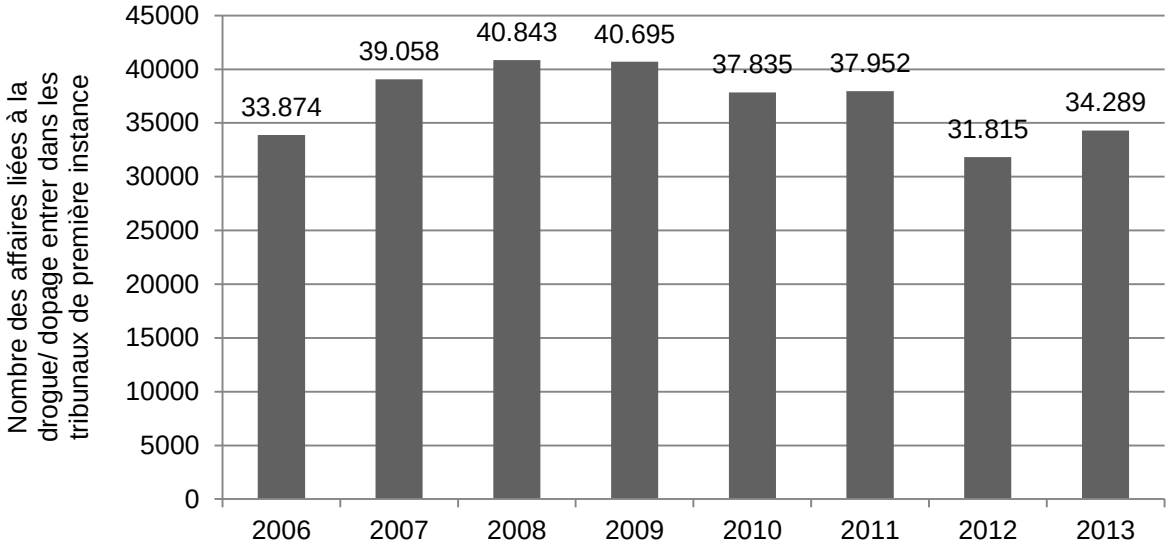
Un projet pilote déterminant consacré à ce thème est la Chambre de traitement de l'usage de drogues (CTT) du tribunal de Gand (également décrite au chapitre 1 du présent rapport). Il s'agit d'une alternative supplémentaire à la peine d'emprisonnement qui a été mise en œuvre dans l'arrondissement judiciaire de Gand en 2008. La CTT de Gand vise spécifiquement les personnes qui ont commis des crimes en raison de leur consommation de drogues afin de les réorienter vers une prise en charge thérapeutique. Les délinquants usagers de drogues sont soutenus et supervisés de manière intensive par un juge, un procureur et un agent de liaison. Au cours des dernières années, ce projet pilote a fait l'objet de plusieurs études d'évaluation qui ont prouvé la valeur ajoutée d'une CTT telle que celle mise en œuvre à Gand (Colman et al., 2011 ;De Keulenaer, S. et Thomaes, S., 2013 ;Vander Laenen et al., 2013). Comme nous l'avons décrit au chapitre 1, la CTT comble les lacunes de la probation et permet de se concentrer davantage sur « la personne avec un problème de drogue » ainsi que sur les « délinquants ». En se focalisant sur plusieurs

domaines de la vie, cette approche individuelle permet d'œuvrer à la réinsertion de la personne. Par ailleurs, une évaluation réalisée par le Service de politique criminelle du Service public fédéral Justice a indiqué que les personnes qui ont suivi le trajet CTT présentaient une moindre tendance à la récidive pendant les 18 premiers mois suivant le trajet par rapport aux personnes qui ont suivi le trajet du jugement classique ou de la probation. Cependant, les récidivistes qui ont suivi le trajet CTT, présentent un taux de récidive plus élevé que les clients en probation. De manière générale, comparativement aux personnes en probation, les personnes qui ont suivi un trajet CTT commettent toutefois moins d'infractions liées aux drogues. Par ailleurs, comme la taille de l'échantillon était relativement petite dans cette étude d'évaluation, la progression plus importante des personnes qui ont suivi le trajet CTT ne constitue qu'une conclusion préliminaire. Les analyses ont montré que les personnes qui ont suivi le trajet CTT couvrent le plus grand groupe de répondants qui ne commettent plus d'actes criminels après l'intervention judiciaire (De Keulenaer, S. et Thomaes, S., 2013).

4.2. Autres interventions dans le système pénal

En 2013, quelque 34 000 affaires liées à la drogue ou au dopage ont été traitées par le système judiciaire, plus précisément par les tribunaux de première instance en Belgique. Cela représente près de 5 % de toutes les affaires traitées par le système judiciaire. La figure 9.5 illustre les nombres des affaires liées à la drogue ou au dopage traitées au niveau judiciaire ces 8 dernières années, et indique l'existence d'une tendance fluctuante dans les affaires liées aux drogues et au dopage. Une augmentation de la prévalence s'observe jusqu'en 2008, la tendance s'inversant ensuite, à l'exception d'une légère augmentation en 2013.

Figure 9.5. Affaires liées à la drogue ou au dopage entrer dans les tribunaux de première instance entre 2006 et 2013

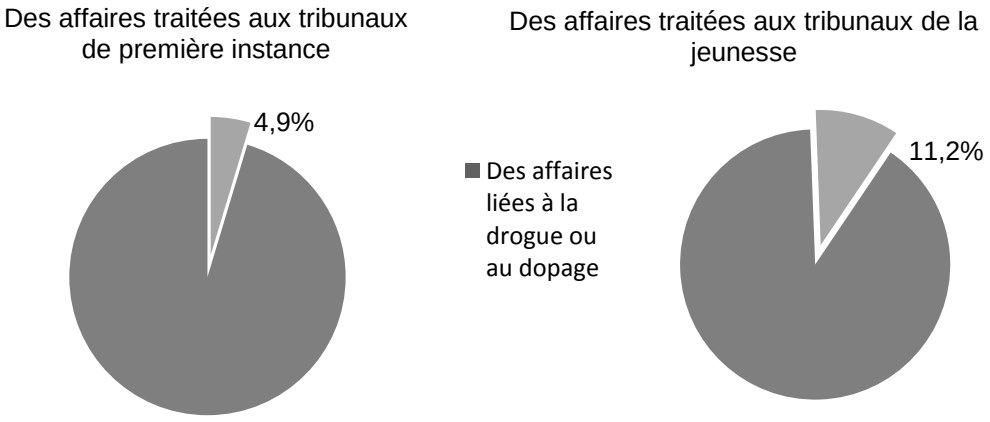


* les affaires à la fois nouvelle et rouvertes

Source: Collège des Procureurs généraux, 2013

En 2013, la prévalence des affaires liées à la drogue et au dopage traitées par les tribunaux de la jeunesse est deux fois plus élevée que celle au niveau du procureur des tribunaux de première instance (voir figure 9.6). Onze pour cent de toutes les affaires traitées par les tribunaux de la jeunesse ont trait aux drogues ou au dopage. Il s'agit de la prévalence la plus élevée observée ces huit dernières années.

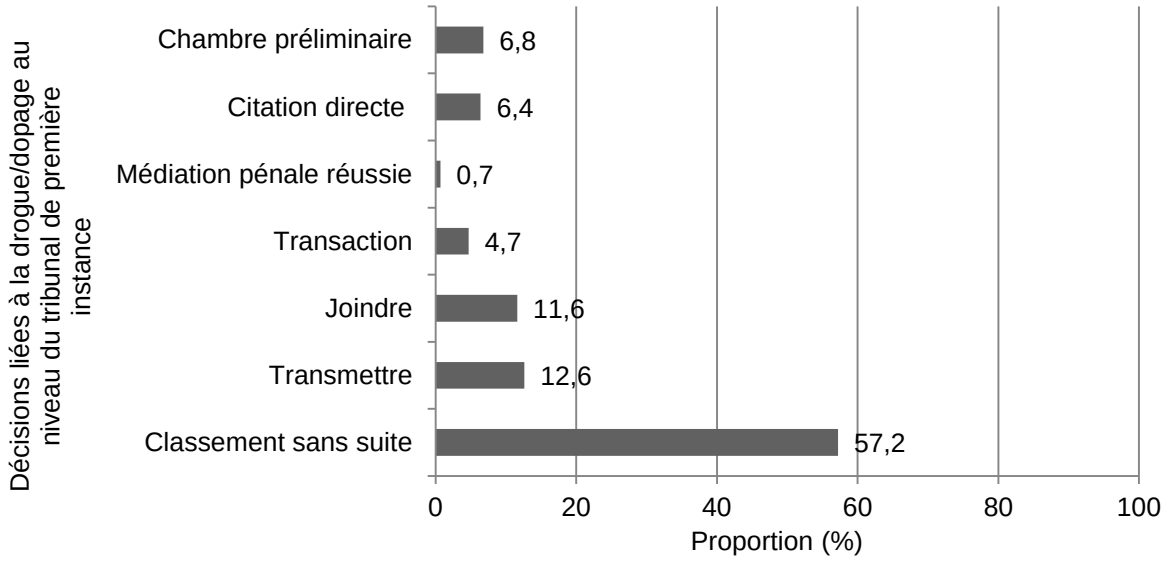
Figure 9. 6. Proportion de traitées aux tribunaux de la jeunesse en comparaison avec les tribunaux pour adultes en 2013



Source: Collège des Procureurs généraux, 2013

La figure 9.7. illustre les décisions mettant fin à l'instance pour les affaires liées aux drogues et au dopage au niveau du ministère public (hors tribunaux de la jeunesse). En 2013, la majorité des actions judiciaires engagées devant un ministère publique d'un tribunal de première instance (57%) étaient classée sans suite, alors que 13 % des affaires ont été transmises. Les affaires liées aux drogues et au dopage sont moins courantes. Le procureur a réorienté 7 % des affaires liées aux drogues ou au dopage vers une chambre préliminaire. Dans 6 % des affaires, la citation directe était de mise. Un transaction a été payé dans 5 % des affaires et une médiation n'a été menée à son terme avec succès que dans 1 % des affaires. Ces deux dernières décisions mettant fin à l'instance semblent se révéler plus souvent fructueuses ces dernières années. La comparution immédiate semble accuser un léger repli au fil du temps.

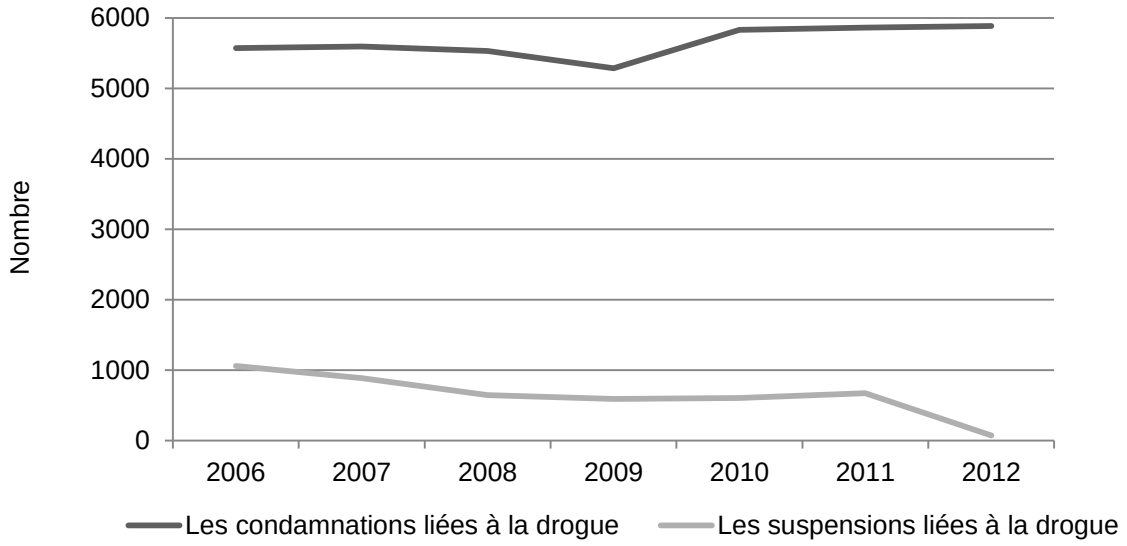
Figure 9.7. Proportion de décisions mettant fin à l'instance pour les affaires liées à la drogue ou au dopage au niveau du ministère public des tribunaux de première instance en 2013



Source : Collège des Procureurs généraux, 2013

Le Service de politique criminelle collecte les informations sur les jugements finaux dans tous les tribunaux belges. La base de données a été mise à jour en 2014 et a été publiée en ligne (Service de la politique criminelle, 2013). En raison du retard aux greffes pour envoyer des « extractions de jugement » des tribunaux au registre criminel central, les données les plus récentes disponibles sont celles de 2012. La figure 9.8 décrit l'évolution des condamnations et des suspensions pour les affaires de narcotiques, somnifères et substances psychotropes jugées en Belgique de 2006 à 2012.

Figure 9.8. Condamnations et suspensions pour les narcotiques, les somnifères et les substances psychotropes, 2006-2012



Source : Service de Politique criminelle : condamnations et suspensions , 2013

Sur la base du registre criminel central, les condamnations liées aux drogues ont légèrement augmenté de 2006 à 2012. Cependant, une diminution à 5.284 condamnations liées aux drogues est à noter en 2009. Au contraire, les suspensions liés aux drogues ont diminué au cours des sept dernières années. Cette tendance est confirmée par la comparaison entre les condamnations et suspensions liés à la drogue et le nombre total de condamnations et de suspensions.

5. Réponses aux problèmes sanitaires liées à la drogue dans les prisons

En Belgique, les soins de santé en prison sont une compétence du Ministre de la justice. Dans les prisons belges, une nette distinction est opérée entre prodiguer des soins aux détenus (perspective santé), qui ressort de la responsabilité du service central des soins de santé, et dispenser des avis médicaux et psychosociaux, dans le cadre des mesures de sécurité et de la probation (perspective sécurité), qui ressort de la responsabilité du service psychosocial.

Au sein de chaque prison belge, un service de soins de santé met en œuvre la politique en matière de santé telle que formulée par le service central pour les soins de santé en prison. Les prestataires de soins sont liés au secret professionnel. Une minorité du personnel de prison a reçu une formation médicale ou paramédicale. C'est pourquoi le traitement fourni par le médecin dans l'environnement carcéral repose sur des motifs raisonnables et nécessite l'accord du responsable de service soins de santé de la prison.

Au sein du système carcéral belge, seuls des services médicaux de base sont administrés. Toutefois, il est possible de transférer un détenu dans une prison spécialisée (par exemple avec un service de consultation externe qui assure les services d'un hôpital de façon limitée), un hôpital ou une institution de soins de santé. Les soins spéciaux pour les détenus qui consomment des substances illicites sont par conséquent limités. Cependant, l'objectif consiste à rapprocher le plus possible la politique en matière de drogues en prison de celle en vigueur en dehors de la prison, puisque des services et un traitement apportés aux usagers de drogues peuvent prévenir la récidive. Il convient donc d'accorder une attention particulière aux quatre piliers en matière de politique des drogues (prévention, réduction des risques, prise en charge et application des lois) dans les prisons également. Pour ce faire, deux coordinateurs régionaux ont été désignés.

Les services pour les usagers de drogues sont fournis à la fois par des experts qui font partie des équipes santé de la prison et par des prestataires externes. Il existe une coopération avec des prestataires externes de services dans le domaine de l'usage de drogues dans le cadre des programmes sans drogue afin d'œuvrer à une prise en charge communautaire de l'usage de drogues à la sortie de prison. Les équipes santé de la prison reçoivent également l'appui d'experts spécialisés dans le domaine de la drogue, tels que des médecins qui font office de référence dans les traitements de substitution aux opiacés. Malheureusement, en raison de la crise économique et des économies qui en découlent, la capacité des services de traitement de la drogue dans les prisons a diminué au cours des dernières années.

5.1. Prise en charge de l'usage de drogues

La prise en charge de l'usage de drogues est progressivement mise en œuvre au sein des prisons belges. Différents services sanitaires en matière de drogues, tels que les interventions cognitivo-comportementales, les traitements de substitution aux opiacés (TSO), les communautés thérapeutiques (CT) et les programmes sans drogue sont disponibles.

5.1.1. Interventions cognitivo-comportementales

En 2012, un premier « Programme drogue de courte durée » de six semaines a été mis en place à la prison de Bruges. Ce programme a été mis en œuvre dans le cadre de l'expérience du système pénitentiaire britannique en matière de thérapie cognitive comportementale pour les délinquants usagers de drogues. Ce programme drogue de courte durée repose sur le modèle transthéorique de changement de Prochaska et

DiClemente (Prochaska et DiClemente, 1984). Un manuel existant sert de référence afin d'élaborer un manuel normalisé orienté prison sur la base de l'expérience pratique.

5.1.2. Traitement de substitution aux opiacés

La méthadone et la buprénorphine sont utilisées dans le cadre des traitements de substitution aux opiacés dans les prisons belges. En août 2012, près de 4 % du total de la population carcérale belge a bénéficié d'un TSO. La méthadone est utilisée dans 74 % des cas de TSO et la buprénorphine est prescrite dans les 26 % de cas restants (SPF Justice, 2014). Des programmes de sevrage et la poursuite de traitement sont possibles en prison afin d'améliorer la vie sociale et personnelle des détenus. Un protocole technique imposant une procédure stricte au TSO fait office d'assurance qualité du service. Pour les détenus en détention préventive, des spécialistes de la dépendance sont désignés comme référence.
La pression de l'environnement du détenu est considérée comme un obstacle au sevrage, de même que le manque de personnel de soins de santé et les poursuites engagées contre les médecins de prison en cas d'overdose avec de la méthadone.

5.1.3. Communautés thérapeutiques

Dans le cadre du programme drogues préthérapeutique (« B.Leave ») de la prison de Ruiselede, des efforts sont déployés pour une approche orientée CT. La prison de Ruiselede a un régime de détention ouvert sans débauche de mesures de sécurité, qui offre la possibilité de participer à un programme intense en vue de la réinsertion sociale et de l'éducation. Les détenus doivent travailler et vivre en communauté.

5.1.4. Programmes sans drogue

Seules deux prisons belges, à savoir à Ruiselede et Bruges, prévoient un programme sans drogue aux détenus.

Dans le centre pénitentiaire ouvert de Ruiselede, l'usage de médicaments pour soigner les troubles mentaux, l'alcool et les substances illicites sont interdits.

Dans cette optique, un programme comportemental cognitif intensif de 8 mois (à partir de début octobre jusqu'à fin mai) est proposé à 16 détenus condamnés pour des faits de drogue. Pour des raisons financières, la capacité de ce programme a dû être revue à la baisse, passant de plus ou moins 50 détenus à 16 en 2012. Mis en œuvre en 1995, ce programme pré-thérapeutique en matière de drogue, baptisé « B.Leave » (également mentionné dans section 5.1.3), a pour objectif de préparer les détenus qui consomment de

la drogue à une existence exempte de drogue, par le biais de l'éducation, de la thérapie et du sport. Les détenus doivent subir un test de dépistage avant de pouvoir participer à ce programme. Moyennant un suivi thérapeutique, ils apprennent à développer des aptitudes personnelles, sociales et de vie, grâce à une structure journalière stricte de travail et de loisirs. À la fin du programme, la prise en charge se poursuit sous la forme d'un suivi visant à prévenir toute rechute et à transmettre à la personne des compétences sociales. Enfin, à Ruiselede, les détenus libérés bénéficient d'une aide à la réinsertion.

En 2009, une nouvelle section sans drogue a été ouverte dans la prison de Bruges qui, à terme, a porté ses fruits. Cette unité sans drogue a été initialement prévue pour un maximum de 20 détenus. Malgré la crise économique, la capacité de cette unité sans drogue a augmenté pour atteindre 44 détenus. Des procédures normalisées de sélection, d'admission des détenus et un test volontaire de dépistage (une condition d'admission) ont été mis au point de même que des critères clairement définis d'inclusion et d'exclusion. Les détenus qui suivent ce programme vivent ensemble dans la section mais séparés du reste de la prison. Outre un suivi thérapeutique pour éviter une rechute, cette section vise également le développement des aptitudes sociales et personnelles, et des autres aptitudes de vie du détenu pour améliorer son fonctionnement personnel. À l'instar de Ruiselede, la structure journalière de mise au travail obligatoire et de loisirs revêt une grande importance.

5.2. Prévention et réduction des dommages liés à la consommation de stupéfiants

Afin de prévenir et de réduire les dommages liés à la consommation de stupéfiants dans les établissements pénitentiaires, plusieurs initiatives ont été mises en œuvre au cours des dernières années. Ce paragraphe aborde la consultation médicale et les informations médicales disponibles pour les détenus qui consomment de la drogue.

5.2.1. Consultation médicale, dépistage et évaluation de la consommation de drogue lors de la mise en détention

La loi des principes de 2005 (B.S./M.B. 01.02.2005) et l'Arrêté Royal du 8 avril 2011 (B.S./M.B. 21.04.2011) prévoit un entretien avec un médecin dans les vingt-quatre heures suivant l'arrivée à la prison. La procédure standard prévoit une évaluation médicale qui porte notamment sur la consommation de drogues et les troubles psychopathologiques.

Par le biais de formation, le personnel pénitentiaire est informé sur les comportements à risques, la consommation de drogues, la politique en matière de drogue, les effets de différentes drogues et le comportement des consommateurs de drogue.

5.2.2. Informations en matière de prévention de l'usage de drogues et de la réduction des risques

Des dépliants, des brochures et des affiches pour informer les détenus sur les effets de différentes drogues sont disponibles dans chaque prison.

Un livret sur les problèmes de santé liés à l'usage de drogues et les comportements à risque en prison a été rédigé par et pour des détenus, en collaboration avec Modus Vivendi, et financée par le Service Public Fédéral (SPF) Justice. Ce livret est disponible dans les établissements pénitentiaires francophones depuis 2009 et dans les établissements pénitentiaires néerlandophones depuis 2011. En 2011, une nouvelle campagne d'information visant à attirer l'attention sur l'hépatite C a été lancée dans les prisons belges.

Les projets soutenus par les pairs sont mis en place dans les prisons francophones. Les opérations «Boule de Neige» (voir chapitre 3 pour davantage de détails) et le projet « Détenus contact santé » constituent deux projets qui visent à former les détenus sur des sujets ayant trait à la santé. Les codétenus peuvent alors s'adresser à ces détenus pour obtenir des informations supplémentaires le cas échéant. Les détenus sont ainsi informés sur les risques liés à l'usage de drogues, tels que le partage d'aiguilles et les maladies transmissibles.

5.3. Prévention, traitement et prise en charge des maladies infectieuses

Afin de prévenir la propagation des maladies infectieuses parmi les détenus, des traitements est mis en œuvre dans les prisons belges.

5.3.1. Diagnostic et traitement des maladies infectieuses liées à la consommation de drogue

Dans les prisons belges, un traitement est possible après diagnostic de VIH, d'hépatite B et C. Un traitement antirétroviral est proposé en cas de VIH et pour l'hépatite B et C, un traitement à l'interféron. En outre, une coopération est mise en place avec les centres de ressources sur le SIDA.

5.4. Prévention du risque d'overdose

Dans chaque prison, une brochure sur la santé en prison est distribuée par le biais de collaborateurs internes et externes. Un large éventail de sujets liés à la drogue et à la santé est abordé, tels que les maladies infectieuses liées à la consommation de drogue, ainsi que des informations sur la façon de réagir en cas d'overdose d'un codétenu.

6. Réinsertion des usagers de drogues après leur sortie de prison

6.1. Services sociaux pour les consommateurs de drogue en prison

Les autorités régionales belges encouragent les associations et les services qui apportent un soutien aux détenus sous la forme de développement de compétences dans différents domaines de la vie. Le personnel nommé n'est pas employé par les autorités pénitentiaires mais est représenté par les services sociaux communautaires. Le gouvernement flamand a ainsi mis en œuvre un plan stratégique pour fournir des services, en ce compris formation professionnelle, éducation et activités culturelles dans chaque prison. Le gouvernement de la Communauté française soutient plusieurs projets pour les prisons en fonction des nécessités locales.

En général, ces services ne sont pas spécifiquement destinés aux consommateurs de drogue. Toutefois, ils portent sur des domaines de la vie quotidienne tels que l'éducation, l'emploi, le logement et les compétences socioculturelles, et ils ont également une incidence sur l'usage de stupéfiants. En effet, un mode de vie équilibré peut permettre d'éviter la consommation de drogue ou les rechutes. Des programmes spécifiques destinés aux consommateurs de drogue et visant à améliorer différents domaines de la vie quotidienne sont rares. Néanmoins, certaines prisons proposent de tels services dont les types et les prestataires sont des plus variés. Par exemple, des séances de thérapie de groupe sont proposées aux détenus usagers de drogues dans la prison de Hoogstraten. Dans la prison de Verviers, les détenus peuvent recevoir une formation, mais ont également l'occasion de participer à des activités socioculturelles et sportives.

6.2. Point de contact central

Un point de contact central (CIU) pour les usagers de drogues qui préparent leur libération a été mis en place en 2011 dans chaque prison afin de les aider à s'orienter vers un traitement après leur libération.

Ces points de contact sont gérés par des intervenants externes du secteur de l'aide aux usagers de drogues. Les prisons sont, de façon pragmatique, divisées en plusieurs noyaux (géographiques) afin de lier chaque intervenant en matière d'usage de drogues à un noyau. Sur la base d'une évaluation des besoins du détenu, le travailleur social en matière de usage de drogues définit un programme de prise en charge adaptée. Ce travailleur établit des contacts avec les organisations externes d'aide aux usagers de drogues et oriente le détenu libéré vers des services de soins de santé et de traitement à l'extérieur des prisons.

Comme la politique en matière de soins de santé et de lutte contre la drogue en prison relève de la compétence du SPF Justice, les points de contact CUI sont financés par ce dernier. Toutefois, les intervenants en matière de usage de drogues des points de contact CUI travaillent dans une perspective de soins de santé et ne formulent pas d'avis en matière de prix estimé du risque ou de récidive.

L'avantage d'une telle équipe réside dans la préparation d'une orientation efficace vers un traitement et des services spécialisés par un collaborateur compétent. En outre, de cette façon, une équipe permanente d'intervenants externes du secteur de l'aide aux usagers de drogues est en contact avec différents centres de désintoxication de la région.

7. Conclusion

Sur la base de l'analyse des services répressifs, la grande majorité des infractions à la législation sur les stupéfiants est liée au volet de la demande. Les infractions à la législation sur les stupéfiants liées à la possession ont atteint un niveau record en 2013. La prévalence de la production et du commerce augmente également avec le temps. Ce résultat pourrait découler des priorités mises en place par les forces de l'ordre. Depuis 2012, la vente de stupéfiants, l'importation et l'exportation de cocaïne, la conduite sous influence de drogues ainsi que la production et le trafic de drogues de synthèse et de cannabis figurent en tête de la liste des priorités dans le plan national de sécurité 2012-2015. La fermeté des forces de police et des douanes explique peut-être pourquoi les trafiquants de drogue ne transportent souvent que de très petites quantités de drogue. Sans preuve précise de trafic de drogues, la police ne peut les accuser que de possession de drogues illégales. Ainsi, le nombre record d'accusations de possession de drogue pourrait être expliqué. La prudence est également de mise pour interpréter le nombre croissant de tests positifs à la conduite sous influence de drogues. Comme il s'agit d'une priorité fixée par les services répressifs, il est possible que davantage de ressources soient affectées pour faire face à ce phénomène. Dès lors, on ne peut pas conclure que davantage de personnes roulent sous influence de drogues par rapport aux années précédentes. Toutefois, la prévalence accrue de l'usage d'amphétamines en combinaison avec de la cocaïne, du cannabis ou des opiacés suggère une réelle augmentation de la présence de ces substances lors de la conduite.

Ce chapitre révèle, entre autres, que la situation du trafic de drogue national et international est sans précédent. Il convient de mieux comprendre la dynamique nationale et internationale du marché belge de la drogue afin de permettre la prévention de la criminalité liée à la drogue par l'application des lois. Dans ce contexte, le projet de recherche SUPMAP a identifié plusieurs indicateurs liés à l'offre de drogues, permettant de combiner des

informations qualitatives et quantitatives de différentes sources. La triangulation des informations contextuelles – non seulement du côté de l'offre mais également de la demande – s'avère l'un des principaux éléments pour agir de façon proactive et évaluer les évolutions rapides du marché de la drogue. De meilleures données qualitatives détaillées et une modification du flux de données entre les services devraient inciter les acteurs à utiliser ce type d'indicateurs. Ce suivi complet du marché belge de la drogue vise à renforcer l'intensité de la réduction de l'offre de drogue.

La fermeté des forces de police et des douanes à l'égard des infractions liées à la drogue apparaît également dans le système de justice pénale. Les tribunaux prononcent ainsi plus de peines liées à des faits de drogue. En outre, les suspensions liées à la drogue diminuent légèrement. Alors que des peines alternatives constituent une réponse plus appropriée aux délits que l'emprisonnement, le nombre de probations, de peines alternatives de travaux d'intérêt général et la surveillance électronique dans les maisons de justice diminuent également. En dépit de la surpopulation des prisons, le nombre de détentions liées à la drogue ne cesse d'augmenter ces dernières années. La recherche a montré que le suivi judiciaire a un effet significatif sur le taux de récidive. La détention risque d'accroître l'usage de la drogue et la criminalité. En outre, la détention peut avoir des effets négatifs sur le plan social, physique et psychique. Néanmoins, les soins de santé (notamment le traitement de l'usage de drogues) sont limités en prison. En outre, la capacité des services de traitement (de l'usage de drogues) en prison a diminué au cours de ces dernières années en raison de la crise économique et des politiques de rigueur qui en résultent. Alors qu'il s'agit d'un objectif général, les détenus ne reçoivent pas les mêmes soins de santé que ceux auxquels ils auraient accès dans la société libre. En réaction à cette évolution, les professionnels prônent le transfert de la compétence des soins de santé dans les prisons à la Ministre de la Santé Publique. En conclusion, l'évolution future de ces défis en matière de prévention ou de réduction de la criminalité liée à la drogue reposera sur des investissements lourds en matière de politique basée sur les faits.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier dr. Hogge, Mme. Denoiseux, M. Laeremans, M. Pire, Mme. Ovaere et Prof dr. Decorte pour leur contribution à la collecte des données et leurs remarques pertinentes. Leur implication essentielle est fortement appréciée.

Chapitre 10. Marchés des drogues

Blanckaert P.

- *Le nombre de saisies record de laboratoires et de précurseurs en 2013 confirme le rôle de la Belgique comme pays producteur de drogues de synthèse comme la MDMA et l'amphétamine.*
- *La teneur en MDMA dans les comprimés d'ecstasy a atteint un niveau record en 2013, ce qui semble indiquer une reprise complète du marché de la MDMA.*
- *Les pré-précurseurs continuent à jouer un rôle déterminant dans la synthèse des amphétamines.*

1. Introduction

Ce chapitre donne un aperçu du marché de la drogue en Belgique. Il aborde plusieurs points : l'origine des drogues illégales (section 2.1), le trafic de drogues (section 2.2) et les saisies de drogues effectuées par les services de la Police fédérale (section 3), ainsi que les données relatives au prix des drogues (section 4.1) et les données relatives à la pureté de la drogue (section 4.2) en Belgique. Les contaminants et les produits de coupe utilisés sont également brièvement abordés dans la section 4.3.

2. Approvisionnement intérieur et extérieur

2.1. Provenance des drogues : production nationale versus production importée

En ce qui concerne le cannabis, la plupart des saisies opérées en Belgique provenaient des Pays-Bas ou de la Belgique elle-même. La résine de cannabis constitue une exception, puisque le Maroc en reste le principal pays d'origine (Ovaere, communication personnelle). En outre, trois tonnes de résine de cannabis en provenance du Pakistan ont été saisies en 2013. Plusieurs tonnes d'herbe de cannabis ont été importées du Ghana, du Honduras et du Sénégal (voir également 3.1).

L'héroïne et la cocaïne ne sont pas produites en Belgique et sont dès lors toujours importées (Ovaere, communication personnelle, 2014). En 2013, l'héroïne a été en grande partie importée de Turquie. En outre, l'héroïne saisie était également importée d'Afrique et du Pakistan.

Les principaux pays d'origine de la cocaïne restent la Colombie, le Pérou et la Bolivie. La cocaïne est également importée d'autres pays d'Amérique latine tels que la Chili, le Panama, le Costa Rica, le Mexique et le Venezuela. L'importation de cocaïne du Brésil constitue une

nouvelle tendance. En 2013, une très petite quantité de cocaïne a également été importée d'Afrique (Ovaere, communication personnelle).

La Belgique et les Pays-Bas sont bien connus pour leur capacité de production d'amphétamine et d'ecstasy. En 2013, le plus vaste laboratoire de drogues de synthèse à ce jour a été découvert et saisi en Belgique (voir également 3.3). Le principal pays d'origine pour la plupart des saisies de NPS (nouvelles substances psychoactives) reste la Chine.

2.2. Modalités de trafic, flux nationaux et internationaux, routes du trafic, modi operandi et organisation du marché domestique des drogues

Le marché des drogues constitue un phénomène complexe (Decorte et D'Huyvetter, 2013 ; Smet et al., 2013). En plus d'être un pays de destination, la Belgique est également un pays de transit pour la plupart des substances illicites.

En raison de la pression accrue sur la culture du cannabis aux Pays-Bas, la majeure partie de la production intérieure de cannabis est destinée au marché hollandais de la drogue, où il est vendu dans les « coffee shops ». La consommation personnelle ou le gain constitue la motivation pour cultiver du cannabis. Le matériel utilisé pour la culture est souvent acheté dans les magasins hollandais pour la culture de cannabis même si de tels magasins ont commencé à faire leur apparition en Belgique (Decorte et Paoli, 2014). Lors de la croissance, plusieurs stratégies sont mises en œuvre afin de maximiser les bénéfices. Par exemple, pour éviter les coûts d'électricité, le traficotage du compteur électrique constitue une pratique courante (Decorte et Paoli, 2014 ;Vanhove et al., 2014). En outre, afin d'éviter les condamnations, de fausses cartes d'identité sont utilisées pour louer les locaux appropriés à la culture du cannabis. Ces facteurs et d'autres, qui ont contribué aux dommages causés par les plantations domestiques de cannabis, ont été examinés dans l'étude CANMARKT. De plus, cette recherche a mentionné d'autres préjudices liés à la culture du cannabis, en ce compris le vol de plants de cannabis, de la récolte ou d'équipement et la destruction des plants. Les menaces ou le recours réel à la violence ont également été consignés. Les résultats indiquent également que les cultivateurs de cannabis sont principalement motivés par le plaisir de la culture en soi et par la culture de cannabis pour leur consommation personnelle plutôt que par appât du gain. La majorité des cultivateurs de cannabis travaillent seuls (66,3 % des répondants) ou collaborent avec un partenaire (21,4 %). Toutefois, comme cette recherche reposait sur des enquêtes, il est supposé que les cultivateurs criminels de cannabis n'y aient pas participé (Decorte et Paoli, 2014).

Dans ce cadre également, des clubs sociaux du cannabis opèrent en Belgique. À l'heure actuelle, cinq clubs sont connus avec un nombre total de membres s'élevant à 450 personnes. Ces clubs cultivent du cannabis pour la consommation personnelle de leurs membres, sans intention de vendre du cannabis aux non-membres. Les membres sont triés sur le volet puisque ces clubs ont des critères d'adhésion très stricts. Au nombre de ces critères figurent notamment, l'âge minimum (18 ou 21 ans), la résidence dans une certaine zone et l'absence d'un casier judiciaire et de problèmes liés à l'abus de drogue. De plus, les membres doivent également participer à un entretien préliminaire. Ces clubs partent du principe de cultiver collectivement un plant par membre. Comme la possession d'un plant femelle de cannabis a le degré de priorité des poursuites le plus bas, les clubs sociaux du cannabis essayent de se soustraire aux obligations légales. Une déclaration de propriété signée par un membre, avec une copie de sa carte d'identité, est attachée à chaque plante individuel. Les récoltes ont généralement lieux tous les 2 et 3 mois. Le cannabis est distribué aux membres du club après chaque récolte, après paiement d'un montant fixe par gramme. Ainsi, l'offre de cannabis n'est pas constante. Des limites sur la quantité maximale qu'un membre peut acheter sont également imposées (Decorte, 2014).

La Belgique reste également un pays de transit pour le trafic de cocaïne d'Amérique du Sud ou centrale en Europe. Les voies d'entrée principales en Belgique sont le port d'Anvers et l'aéroport de Bruxelles national (Zaventem, uniquement pour des quantités moindres). La cocaïne est également toujours importée par les passagers de vols internationaux en provenance de la République dominicaine, de la Jamaïque, du Surinam ou des Antilles néerlandaises. Elle est principalement destinée à l'exportation vers les Pays-Bas. Les quantités destinées à la consommation belge sont d'abord exportées aux Pays-Bas. Lorsque les organisations néerlandaises ont coupé et réparti la drogue, la cocaïne est à nouveau importée sur le marché belge de la drogue.

L'héroïne est importée par trafic routier (héroïne d'origine turque), trafic aérien (héroïne d'Afrique de l'Est ou du Sud) et trafic maritime (principalement du Mozambique et du Pakistan) (Ovaere, communication personnelle).

Comme pour le marché du cannabis et de la cocaïne, les citoyens néerlandais jouent un rôle important dans la production et la distribution des drogues de synthèse en Belgique. Des laboratoire de drogues de synthèse à proximité de la frontière belgo-néerlandaise impliquent des filières de criminalité organisée internationale (Smet et al., 2013). En outre, la plupart des NPS importées en Belgique sont destinées à être transportées à nouveau vers d'autres pays, notamment l'Allemagne, la France, l'Espagne et le Royaume-Uni.

Au cours des dernières années, le marché belge de détail de la drogue a également évolué. Selon les résultats d'une étude de cas à Anvers sur le commerce de détail du cannabis, de la cocaïne, de l'amphétamine et de l'ecstasy, le marché de la drogue est devenu moins visible ces dernières années. Les analyses des chefs d'accusation et des dossiers du ministère public réalisées par les chercheurs de l'Institut de recherche sociale en matière de drogues (ISD) indiquent que différents canaux sont utilisés pour le trafic de drogue. En plus de vendre la drogue en rue, les dealers préfèrent vendre leur drogue dans des maisons privées, des bars, des voitures (de location) et par le biais de l'internet. Dès lors, ces transactions attirent moins l'attention (Decorte et D'Huyvetter, 2014). La réduction du nombre de transactions visibles peut être considérée comme une gestion du risque (Smet et al., 2013). Des entretiens individuels avec des consommateurs de drogue, des revendeurs de drogue et des experts professionnels travaillant dans le domaine de la drogue révèlent que le marché de détail du cannabis est distinct du marché de détail de la cocaïne et de l'héroïne d'une part et du marché de l'ecstasy et de l'amphétamine d'autre part (Decorte et D'Huyvetter, 2014). Toutefois, certains revendeurs de détail sont également actifs sur un marché de drogues multiples (Decorte et D'Huyvetter, 2014). C'est particulièrement le cas pour les revendeurs de drogues de synthèse. Le marché de détail des drogues de synthèse est très ouvert et informel. Par contre, le marché de gros de ces drogues est moins accessible. Dès lors, une connaissance plus approfondie de ces échelons du marché intermédiaire et de gros est nécessaire afin d'optimiser le contrôle de l'approvisionnement en drogue en Belgique (Smet et al., 2013).

3. Saisies

Les informations relatives aux saisies de drogues, aux saisies de laboratoires clandestins de production de drogues, à l'origine des drogues et au trafic de drogue sont fournies par le programme anti-drogue de la Direction générale de la police judiciaire, Direction de la criminalité contre les personnes (DGJ-DJP). Les données concernant les saisies de drogues et les saisies de laboratoires clandestins de production de drogues notamment, sont extraites de la Banque de données nationale générale (BNG) qui englobe tous les rapports de police en Belgique, tant au niveau local que fédéral. En Belgique, les services de la police fédérale collectent des données sur le prix des drogues à la fois pour la Communauté française et la Communauté flamande.

3.1. Saisies de drogues illicites : quantités et nombre

Le nombre total des saisies de drogues en Belgique en 2013 a enregistré une augmentation d'environ 10 % (38 069 saisies au total en 2012 par rapport à 41 824 saisies en 2013) (Tableau 10.1).

De fortes augmentations ont été observées dans le nombre de saisies de résine de cannabis et d'herbe de cannabis. En 2012, un total de 27 004 saisies a été effectué, par rapport à 30 641 saisies en 2013. Dès lors, une augmentation de 13 % des saisies relatives au cannabis a été observée. Au total, 73,2 % de toutes les saisies réalisées en 2013 concernaient le cannabis, la cocaïne étant la deuxième drogue la plus saisie (8,7 % de toutes les saisies). La proportion des saisies d'amphétamine et d'héroïne s'élevait respectivement à 7,1 % et 5,8 %. Le nombre de saisies de drogues de synthèse en général a également augmenté par rapport à 2012. L'augmentation du nombre de saisies concernant l'ecstasy au cours de ces dernières années (21 % par rapport à 2012) atteste de la reprise du marché de l'ecstasy.

Tableau 10. 1. Nombre de saisies de drogues par substance, 2007-2013

	Année													
	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
Type de drogue	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**
Cannabis														
Total	25.532	69,6	22.418	69,7	29.212	71,8	27.512	71,2	29.847	72,0	27.004	70,9	30.641	73,2
Résine	5.870	16,0	4.921	15,3	6.206	15,3	5.048	13,1	5.622	13,6	4.818	12,6	5.529	13,2
Herbe	19.196	52,4	16.831	52,3	22.274	54,8	21.485	55,6	23.155	55,9	21.075	55,3	23.900	57,14
Plants	4.660	1,3	666	2,1	732	1,8	979	2,5	1.070	2,6	1.111	2,9	1.212	2,89
Héroïne	2.850	7,8	2.307	7,2	3.054	7,5	3.433	8,9	2.930	7,1	2.507	6,6	2.431	5,8
Cocaïne	3.656	10,0	3.345	10,4	4.021	9,9	3.448	8,9	3.777	9,1	3.859	10,1	3.653	8,7
Amphétamine	2.767	7,6	2.646	8,2	2.944	7,2	2.912	7,65	3.079	7,4	2.830	7,4	2.978	7,1
Métamphétamine	.	,	.	,	.	,	64	0,2	99	0,24	102	0,26	107	0,25
De type ecstasy	1.798	4,9	1.412	4,4	921	2,3	650	1,7	919	2,2	1.098	2,9	1.338	3,2
LSD	1	0,0	.	,	.	,	59	0,2	85	0,2	49	0,12	76	0,2
GHB*	.	,	.	,	473	1,2	503	1,3	605	1,4	550	1,4	546	1,3
Khat*	.	,	.	,	49	0,1	51	0,1	87	0,2	70	0,18	54	0,13
Total	**36.604**	**100**	**32.128**	**100**	**40.674**	**100**	**38.632**	**100**	**41.428**	**100**	**38.069**	**100**	**41.824**	**100**

*Le GHB et le Khat ne sont contrôlés par le BMCDDA que depuis 2009

Source : police fédérale

Parallèlement au nombre de saisies, la quantité de cannabis saisi a considérablement augmenté (Tableau 10.2). En 2012, 1 338 kg de résine de cannabis ont été saisis ; ce chiffre est passé à 4 274 en 2013, soit une augmentation de plus de 300 %. Ce phénomène peut s'expliquer par une saisie exceptionnellement importante de cannabis en provenance du Pakistan (3 020 kg), réalisée en février 2013 par les services de douane du port d'Anvers (Ovaere, communication personnelle). De même, pour l'herbe de cannabis, 14 882 kg ont été saisis en 2013, par rapport à seulement 5 635 kg en 2012 (soit une augmentation de 250 %). Le montant total saisi d'herbe de cannabis s'explique notamment par la saisie de trois grosses cargaisons. En novembre 2013, 7 600 kg d'herbe de cannabis ont été saisis dans le port d'Anvers dans une cargaison de noix de coco en provenance du Sénégal. Quelques jours plus tard, 4 178 kg supplémentaires de cannabis ont été saisis, cette fois en provenance du Ghana. Un autre conteneur en provenance du Honduras a été saisi plus tôt cette année ; il contenait une plus petite quantité d'herbe de cannabis, 1 781 kg (Ovaere, communication personnelle).

En ce qui concerne la cocaïne, la quantité saisie en 2013 est nettement inférieure à celle de 2012. Toutefois, il convient de relativiser ce chiffre puisqu'une très grosse saisie était intervenue en 2012. La quantité totale de cocaïne saisie est comparable à celle des années antérieures à 2012. En 2013, la plus grosse saisie de cocaïne s'élevait à 353 kg de cocaïne en provenance du Chili (Ovaere, communication personnelle).

Une très forte augmentation de la quantité d'héroïne saisie a été observée en 2013 : 1 182 kg d'héroïne ont été saisis, soit une augmentation de plus de 1 000% par rapport à l'année précédente. Cette augmentation est due à une très grosse saisie de 865 kg d'héroïne en provenance du Mozambique et destinée aux Pays-Bas (Ovaere, communication personnelle).

La multiplication par dix des quantités saisies de métamphétamine constitue un constat préoccupant. Pendant des années, la métamphétamine était pratiquement absente sur le marché belge de la drogue. Cependant, ces derniers chiffres indiquent un gain de disponibilité de cette drogue. À l'heure actuelle, il est difficile de déterminer si cette métamphétamine de synthèse était destinée à la consommation sur le marché belge ou à l'exportation. La quantité d'amphétamine saisie a plus que triplé (54kg en 2012 contre 178kg en 2013). Une augmentation de 38 % a également été observée dans le nombre de comprimés d'ecstasy saisis. Ces évolutions constituent une conséquence logique à l'augmentation considérable du nombre de saisies des laboratoires de production des drogues de synthèse (Tableau 10.4). Par rapport à d'autres pays européens, la présence de LSD en Belgique reste anecdotique, du moins à en juger par les quantités saisies en 2013. En outre, la quantité totale de buvards de LSD continue à diminuer aux cours des années.

Une diminution a également été observée dans la quantité de GHB saisi. Le nombre de plants de khat saisis reste relativement stable.

Tableau 10.2. Quantités totales de drogues saisies par substance, 2007-2013

Type de drogue	Unité	Année						
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Résine de cannabis	kg	58.544	1.529	18.659	3.153	5.020	1.338	4.274
Herbe de cannabis	kg	12.732	4.891	4.486	5.208	6.095	5 635	14.882
Plants de cannabis	unités*	148.251	177.190	272.714	312.528	337.955	330.675	396.758
Héroïne	kg	548	63	275	386	140	112	1.182
Cocaïne	kg	2.470	3.851	4.605	6.844	7.999	19.178	6.486
Amphétamine	kg	483	411	49	362	112	54	178
Métamphétamine	kg	.	.	.	39	2	3	38
Substances de type ecstasy	comprimés	541.245	162.821	31.025	32.954	64.384	26.874	37.152
LSD	unités	1	.	.	3.924	838	225	121
GHB	litre	.	.	104	24	82	76	45
Khat	kg	.	.	1.685	1.018	1.128	1.298	1.149

* Modification de la méthodologie : depuis 2008, la capacité des plantations de cannabis est mentionnée au lieu des saisies actuelles et ce relevé des plantations est fait directement par la DGJ-DJP plutôt que de passer par la BNG. Les données de 2006 et de 2007 sont moins fiables.

** Le GHB et le Khat ne sont contrôlés par le BEMCDDA que depuis 2009.

Source: police fédérale

Outre les quantités saisies de substances illégales dites « classiques », une saisie de 4 tonnes de mCPP a été mentionnée. Cette cargaison était destinée à une entreprise qui ne possédait pas les documents nécessaires pour importer du mCPP (le mCPP peut également être utilisé pour la production de la trazodone, un antidépresseur agréé). Lors des années précédentes, 13 cargaisons (allant de 3 à 7 tonnes) avaient déjà été reçues par cette entreprise (Ovaere, communication personnelle).

En ce qui concerne les NPS, de très grosses quantités de ces substances sont saisies chaque année en Belgique, généralement en transit depuis la Chine vers un autre pays de l'UE. Par exemple, près de 12 kg de JWH-018, un cannabinoïde synthétique, ont été saisis en 2013. D'autres cannabinoïdes synthétiques, tels que le 5F-AKB48 (1 kg), le 5F-UR144 (20 kg) et l'AM-2201 (1 kg) ont également été saisis. En 2013, 4,5 kg de kétamine et 2,3 kg de plants d'Ayahuasca ont également été saisis.

3.2. Quantités et nombre de saisies de précurseurs chimiques utilisés dans la production de drogues illicites

L'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) de concert avec les services de la Police fédérale ont fourni des informations pour ce qui concerne les précurseurs de drogue en Belgique.

La grande partie des précurseurs de drogue saisis en 2013, de même que les plus grosses quantités saisies provenaient de Chine et étaient généralement destinés aux Pays-Bas. D'autres quantités ont été saisies, dans des laboratoires de production de drogues de synthèse et/ou des laboratoires pour la conversion des pré-précurseurs (voir également section 3.3). Un résumé des précurseurs de drogue saisis pendant la période 2011-2013 est fourni au tableau 10.3.
Une diminution est observée dans la quantité de 1-phényl-2-propanone (benzylméthylcétone, BMK), le précurseur direct pour la synthèse de l'amphétamine : seuls 40 litres ont été saisis en 2013. Cela peut indiquer que ce précurseur est de moins en moins utilisé pour la production d'amphétamines. Compte tenu de la diminution des quantités saisies de BMK, l'augmentation considérable de la quantité d'APAAN saisi en Belgique en 2013 fait l'objet d'une attention particulière.

En avril, une saisie de 4 tonnes d'APAAN a été réalisée par les services de douane du port d'Anvers. Le conteneur provenait de Chine et était destiné aux Pays-Bas. En juillet, 1 120 kg supplémentaires ont été saisis. D'autres saisies d'APAAN ont été réalisées dans des laboratoires de conversion ou des laboratoires de production d'amphétamine ou d'ecstasy (Ovaere, communication personnelle). Cette constatation confirme que la plupart des laboratoires clandestins d'amphétamine en Belgique utilisaient l'APAAN comme pré-précurseur en 2013. Toutefois, il convient de remarquer que la règlementation européenne classe l'APAAN comme précurseur placé sous contrôle depuis la fin 2013 (règlements UE n° 1258/2013 et 1259/2013). En conséquence, il faut s'attendre à ce que, lorsque le stock actuel des fournisseurs d'APAAN sera épuisé, les producteurs de drogues illicites se tournent vers d'autres (pré)-précurseurs non placés sous contrôle pour échapper aux lois en matière de drogue et de précurseur.

Une importante quantité d'(iso)safrole a été découverte en 2013 dans le plus vaste laboratoire de drogues de synthèse jamais saisi en Belgique (voir également section 3.3). Les 720 litres de ce produit sont censés être les pré-précurseurs de la PMK, qui a son tour est le précurseur direct de la MDMA, le principal composant des comprimés d'ecstasy. En outre, 2 conteneurs en provenance de Chine d'un contenu total de 45 838 kg de

méthylamine, un réactif pour la synthèse de la MDMA, ont été saisis dans le port d'Anvers (Ovaere, communication personnelle).

Tableau 10.3. Quantités de précurseurs saisis de 2011 à 2013

Substance	Unité	Année		
		2011	2012	2013
1-phényl-2-propanone (BMK)	litre	.	503	40
Phényl-2-nitropropène	kg	1	.	.
N-méthyl-L-alanine	kg	.	1.150	.
Formamide	litre	15	.	.
Acide formique	litre	265	.	.
Hydroxyde de sodium	kg	896,5	5.875	.
(iso)Safrole	litre	9.000	.	720
Gamma-butyrolactone (GBL)	litre	30	9 l	7.5
Alpha-phénylacétoacétonitrile (APAAN)	kg	10	8.763	5.392
Méthylamine	kg	.	.	45.838
Pipéronyle méthyle cétone (PMK)	litre	.	.	2.781

Source : AFMPS, données 2011-2014, communication personnelle; Ovaere, communication personnelle, 2014

3.3. Nombre de sites de production de drogue démantelés, description des méthodes de production et type précis des drogues produites

Comme mentionné ci-dessus et comme c'est le cas dans notre pays voisin, les Pays-Bas, la Belgique est un pays de production bien connu pour les drogues de synthèse ainsi que le cannabis. Depuis les années 2000, des réseaux criminels organisés sont actifs à proximité de la frontière belgo-néerlandaise pour mettre sur pied des laboratoires de production de drogues de synthèse, parfois combinés avec la culture du cannabis (Smet et al., 2013). Les différentes étapes de la production sont souvent réparties entre les deux pays voisins (Ovaere, communication personnelle). La capacité des organisations criminelles à séparer les différentes étapes de la production de drogue rend particulièrement difficiles les efforts mis en œuvre pour appliquer la loi. Toutefois, chaque année, un certain nombre de laboratoires clandestins d'ecstasy ou d'amphétamine sont saisis. D'autres types de laboratoires clandestins de drogues sont également découverts. Le tableau 10.4 donne un aperçu des laboratoires de drogues de synthèses démantelés au cours de la période 2007-2013.

Tableau 10.4. Nombre et type de laboratoire de drogues de synthèses démantelé par les services de police belges entre 2007 et 2013

	Année						
Type de laboratoire	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Laboratoires pour les drogues de synthèse							
Amphétamines	3	3	1	4	1	.	2
Métamphétamine	.	.	.	.	1	.	.
Laboratoire de conversion APAAN	.	.	.	.	.	2	1
MDMA	.	1	.	.	1	1	2
Conversion MDMA + amphétamine + APAAN	.	.	.	.	.	.	2
Conversion Amphétamine + APAAN	.	.	.	.	.	.	4
LSD	1	.	1	.	.	.	.
GHB	.	1	.	2	.	2	2
DMT	.	.	.	.	.	.	1
Combinaisons non connues/non spécifiées	4	.	.	.	.	.	2
Autre							
Fabrication de comprimés	.	1	.	.	.	1	.
Production des NPS	.	.	.	.	.	1	.
Total	**8**	**6**	**2**	**6**	**3**	**7**	**16**

Source : Ovaere, communication personnelle, 2014

Alors qu'au cours de ces dernières années, le nombre de laboratoires de drogue saisis a été relativement stable, une augmentation considérable du nombre de laboratoires de production de drogues de synthèse saisis (les laboratoires de conversion de pré-précurseur compris) a été observée en 2013. Par rapport à seulement 7 laboratoires en 2012, 16 sites de production (3 partiellement démantelés) et 2 sites pour le stockage de produits et de matériel ont été trouvés (Ovaere, communication personnelle).

Les cas les plus médiatisés concernent 2 sites de production d'une capacité exceptionnelle (Ovaere, communication personnelle) : 1 site actif et 1 site non actif. Après analyse chimique, plusieurs substances telles que l'isosafrole (précurseur de la PMK), la PMK (précurseur de la MDMA), la MDMA, l'APAAN (précurseur du BMK), le BMK (précurseur des amphétamines), les amphétamines et même des traces de métamphétamine (produite à partir du BMK) ont été trouvées.

Il y a également lieu de mentionner la saisie d'un laboratoire de MDMA avec une capacité de production à grande échelle, estimée à 179 kg de MDMA par lot, ce qui équivaut à plus d'un million de comprimés d'ecstasy par lot de fabrication (Ovaere, communication personnelle).

En 2012, l'émergence de laboratoires de conversion de l'APAAN/BMK a été observée. Ce phénomène a augmenté en 2013. Les laboratoires pour la production d'amphétamines et la conversion de l'APAAN en BMK constituent le plus grand nombre de laboratoires

démantelés. Il est à remarquer que l'organisation de ces laboratoires était étonnamment professionnelle et qu'ils possédaient une énorme capacité de production.

La production de la MDMA a atteint un niveau industriel en Belgique. Le problème antérieur de pénurie de précurseurs, en l'occurrence de la PMK, a été clairement résolu par l'utilisation des précurseurs alternatifs. Actuellement, la PMK est synthétisée à partir de pré-précurseurs tels que le safrole et le PMK-glycidate (comparable à la conversion d'APAAN-BMK pour la synthèse de l'amphétamine). Cette nouvelle disponibilité des précurseurs de la MDMA constitue une preuve supplémentaire de la reprise du marché et pourrait contribuer à des concentrations moyennes plus élevées de la MDMA dans les comprimés d'ecstasy trouvés sur le marché belge. Par conséquent, un nombre accru d'alertes précoces en ce qui concerne des comprimés hautement dosés en MDMA ont été envoyées en 2013 (voir également chapitre 7, section 2.2).

Le nombre déclaré de laboratoires de production de GHB est probablement sous-estimé car beaucoup de GHB est produit dans ce que l'on appelle des « labos de cuisine ». Ces « pop-up labs » transforment l'γ-butyrolactone en GHB par hydrolyse alcaline. Aucun matériel sophistiqué n'est nécessaire pour la synthèse (Ovaere, communication personnelle).

Comme c'est le cas pour les drogues de synthèse, les Pays-Bas sont intimement liés à une majorité d'activités à caractère commercial liées à la production de cannabis. Le matériel utilisé pour la culture du cannabis est souvent acheté dans les magasins néerlandais pour la culture du cannabis (Decorte et Paoli, 2014 ;Vanhove et al., 2014). Les plantations découvertes sont souvent liées à des personnes ayant des rapports avec les Pays-Bas ou même à des entrepreneurs criminels néerlandais (Vanhove et al., 2014). En outre, les rapports avec les Pays-Bas s'étendent avec l'augmentation de la taille de la plantation (Ovaere, communication personnelle). Les récoltes de cannabis produit en Belgique, notamment à large échelle ou à échelle industrielle, sont le plus souvent destinées à l'exportation pour le marché néerlandais (Decorte et Paoli, 2014). Paradoxalement, beaucoup de Belges se rendent aux Pays-Bas pour acheter du cannabis et le réimporter en la Belgique.

De manière générale, une production de cannabis (en intérieur) peut produire en moyenne 575 g cannabis/m² (Smet et al., 2013). La plupart de ces plantations (57,4 %) peuvent être qualifiées de micro ou de mini plantations et contiennent moins de 50 plants. Même si tous ces producteurs ne cultivent pas le cannabis pour des raisons commerciales, la recherche a montré que même les micro plantations pouvaient générer des profits élevés (Decorte et Paoli, 2014 ;Vanhove et al., 2014).

Les données du tableau 10.5 indiquent que la capacité de production belge de cannabis ne cesse d'augmenter en 2013. Par rapport à 2012, le nombre de plantations saisies a augmenté d'environ 10 % (de 1 111 plantations en 2012 à 1 212 plantations en 2013). Par rapport à 2012, une augmentation du nombre de plantations micro et mini, de plantations de taille moyenne et de plantations industrielles a été constatée.

Tableau 10.5. Nombre de plantations de cannabis saisies, par taille de plantation, 2008-2013

	Année											
	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
Taille de la plantation	**N**	**%****	**N**	**%****	**N**	**%****	**N**	**%****	**N**	**%****	**N**	**%****
Micro	136	21,1	138	18,7	211	21,8	190	17,9	172	15,6	228	18,9
Mini	219	33,9	227	30,8	312	32,2	376	35,4	453	41,0	465	38,5
Petite	125	19,3	161	21,8	165	17,0	187	17,6	166	15,0	156	12,9
De taille moyenne	58	9,0	73	9,9	94	9,7	101	9,5	89	8,0	119	9,9
Grande	63	9,8	67	9,1	104	10,7	119	11,2	142	12,9	141	11,7
Industrielle	45	7,0	71	9,6	82	8,5	88	8,3	83	7,5	98	8,1
Total (avec infos) sur la taille	**646**	**100**	**737**	**100**	**968**	**100**	**1.061**	**100**	**1.105**	**100**	**1.207**	**100**
Pas d'infos***	20		1		11		9		6		5	
Total	**666**		**738**		**979**		**1.070**		**1.111**		**1.212**	

* Micro : de 2 à 5 plants ; mini : de 6 à 49 plants ; petite : de 50 à 249 plants ; de taille moyenne : de 250 à 499 plants ; grande : de 500 à 999 plants ; industrielle : plus de 1 000 plants

** Pourcentage sur la base du nombre total de plantations dont la taille est connue

** en ce compris les sites de coupe du cannabis et d'autres plantations dont la taille n'est pas connue

Depuis 2008, la capacité des plantations de cannabis est mentionnée au lieu des saisies actuelles et ce relevé des plantations est fait directement par la DGJ-DJP plutôt que de passer par la BNG. Pour 2007, des corrections sur la capacité des plantations n'ont pu être faites que pour une partie des plantations.

Source : Ovaere, communication personnelle, 2014

4. Prix/pureté

4.1. Prix au détail et prix de gros des drogues illicites

En Belgique, les informations sur les prix de la drogue en rue tant en Communauté flamande qu'en Communauté française sont collectées par les services de la Police fédérale. Ces données sont obtenues lors d'interrogatoires de revendeurs et de consommateurs (présumés) de drogues. Les tableaux 10.6 à 10.10 donnent un aperçu de la moyenne rapportée, des prix minimum et maximum par type de drogue et par région pour la période de 2008 à 2013. Les informations concernant les prix des drogues dans la rue en

Communauté française sont aussi collectées par Eurotox par le biais d'enquêtes. Puisque qu'aucune différence significative n'est constatée avec les données de la Police fédérale, ces données ne sont pas mentionnées dans le présent rapport.

Les prix moyens de détail pour les produits à base de cannabis pour la période de 2008 à 2013 sont mentionnés dans le tableau 10.6. En fonction de la région, le prix moyen pour 1 gramme d'herbe de cannabis variait entre €8 et €9,5 en 2013. Ces valeurs sont pratiquement identiques à celles de l'année dernière. Il en va de même pour la résine de cannabis dont le prix moyen était de €9 à €10 par gramme.

Tableau 10. 6. Prix du cannabis en rue (euro), 2008 – 2013

	Année																	
	2008			2009			2010			2011			2012			2013		
	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	min	max
Résine de cannabis par gramme																		
Police fédérale, Communauté française	7,9	3,0	15,0	7,5	4,0	12,0	7,0	3,0	15,0	6,7	2,0	25,0	9,3	2,5	18,4	10,0	3,0	20,0
Police fédérale, Communauté flamande	6,8	3,0	12,0	6,5	5,0	10,0	7,5	5,0	10,0	7,4	2,0	25,0	8,6	2,5	18,4	9,0	3,0	20,0
Herbe de cannabis par gramme																		
Police fédérale, Communauté française	8,1	3,0	25,0	6,9	3,3	12,0	8,2	5,0	12,5	8,0	2,5	16,7	8,9	1,8	25,0	9,5	2,75	20,0
Police fédérale, Communauté flamande	5,9	2,6	10,0	7,4	3,0	12,5	6,4	2,8	10,0	6,9	2,5	16,7	8,9	1,8	25,0	8,0	2,75	20,0

Source: police fédérale: Ovaere, communication personnelle

Les prix de l'héroïne dans la rue entre 2008 et 2013 figurent au tableau 10.7. En 2013, les prix moyens pour l'héroïne variaient pour les différentes parties du pays. Il n'y a toutefois pas de différence notable par rapport aux autres années. Les prix variaient entre €25,5 et €31,3 par gramme.

Tableau 10.7: Prix de l'héroïne en rue (euro), 2008-2013

	Année																	
	2008			2009			2010			2011			2012			2013		
	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	Min	max
Héroïne non spécifiée par gramme																		
Police fédérale, Communauté française	23,9	5,0	50,0	24,4	10,0	50,0	24,2	8,0	50,0	29,7	7,0	100,0	27,3	6,0	100,0	25,5	7,4	125,0
Police fédérale, Communauté flamande	25,2	12,0	40,0	22,7	10,0	40,0	23,8	9,0	62,5	30,0	7,0	100,0	28,3	6,0	100,0	31,3	7,4	125,0

Source: police fédérale: Ovaere, communication personnelle

Le tableau 10.8 mentionne les prix au détail pour la cocaïne. Les prix moyens variaient entre €49 par gramme en Communauté flamande et €67 par gramme en Communauté française. Pour le crack, aucune donnée de prix n'est disponible puisqu'on ne le trouve presque jamais, sauf dans quelques grandes villes telles qu'Anvers et Bruxelles. Par rapport à l'année précédente, une augmentation du prix de 10 % de la cocaïne a été observée en Communauté française. Les prix en Communauté flamande sont restés inchangés. La présence du port d'Anvers en Flandre, source principale d'entrée de la cocaïne en Belgique, pourrait expliquer pourquoi les prix de la cocaïne sont inférieurs en Communauté flamande. Cette situation pourrait se traduire par une offre accrue de cocaïne dans cette région, qui expliquerait les prix inférieurs.

Tableau 10.8. Prix de la cocaïne en rue (euro), 2008-2013

	Année																	
	2008			2009			2010			2011			2012			2013		
	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	min	max
Cocaïne par gramme																		
Police fédérale, Communauté française	47,8	5,0	87,0	52,8	10,0	100,0	52,2	30,0	100,0	51,8	20,0	100,0	60,9	20,0	125,0	67,0	14,3	133,3
Police fédérale, Communauté flamande	50,8	30,0	70,0	48,9	15,0	70,0	49,1	30,0	100,0	56,0	20,0	100,0	51,6	20,0	125,0	49,0	14,3	133,3

Source: police fédérale: Ovaere, communication personnelle

Le tableau 10.9 mentionne les prix au détail de l'amphétamine ou « speed » comme elle est appelée en Belgique. Une légère augmentation des prix a été observée en Communauté française (de €9,8 par gramme en 2012 à €10,5 par gramme en 2013), alors que les prix ont enregistré une légère diminution, insignifiante, en Communauté flamande (de €8,4 par gramme en 2012 à €8,2 par gramme en 2013). Toutefois, les prix maximum observés ont chuté de 20 %. Une différence de prix entre la Communauté flamande et la Communauté française a été observée. Le fait que la plupart des laboratoires d'amphétamine sont situés en Communauté flamande pourrait laisser entendre que la voie d'approvisionnement est plus courte en Communauté flamande, ce qui pourrait expliquer le prix inférieur.

Tableau 10.9. Prix de l'amphétamine en rue (euro), 2008 - 2013

	Année																	
	2008			**2009**			**2010**			**2011**			**2012**			**2013**		
	moy.	**min**	**max**	**moy.**	**min**	**max**	**moy.**	**min**	**max**	**moy.**	**min**	**max**	**moy.**	**min**	**max**	**moy.**	**min**	**Max**
Amphétamine par gramme																		
Police fédérale, Communauté française	6,6	1,5	10,0	10,9	2,8	25,0	9,1	2,5	10,0	8,4	3,0	16,7	9,8	3,0	25,0	10,5	3	20
Police fédérale, Communauté flamande	8,7	3,5	20,0	8,1	5,0	12,0	8,4	2,5	15,0	7,5	3,0	16,7	8,4	3,0	25,0	8,2	3	20

Source: police fédérale: Ovaere, communication personnelle

L'évolution des prix au détail pour les comprimés d'ecstasy et les buvards de LSD entre 2008 et 2013 est présentée dans le tableau 10.10. Les prix sont donnés par unité (par comprimé ou timbre). Le prix du LSD est resté inchangé par rapport aux années précédentes. Il est néanmoins étonnant de constater que le prix moyen pour un seul comprimé d'ecstasy a diminué de €5,8 à €4,6 par comprimé en Communauté française. Les prix en Communauté flamande sont restés inchangés, de même que les prix minimum et maximum. Ce qui précède, ainsi que des données relatives aux saisies et à la pureté (voir 4.2), ne font que confirmer une fois encore la reprise – voire le boom, du marché de l'ecstasy au cours dernières années en Belgique.

Tableau 10.10. Prix de l'ecstasy et du LSD en rue (euro), 2008 - 2013

	Année																	
	2008			2009			2010			2011			2012			2013		
	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	min	max	moy.	min	Max
Ecstasy par comprimé																		
Police fédérale, Communauté française	4,1	1,1	10,0	4,1	1,2	10,0	5,2	2,0	10,0	4,6	2,0	10,0	5,8	1,0	10,0	4,6	1,5	10
Police fédérale, Communauté flamande	3,2	1,8	5,0	3,5	1,0	8,0	3,4	1,0	10,0	4,5	2,0	10,0	4,5	1,0	10,0	4,4	1,5	10
LSD par dose																		
Police fédérale, Communauté française	8,3	6,5	10,0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	10,0	3,0	10,0	10	10	12
Police fédérale, Communauté flamande	.	.	.	10,0	10,0	10,0	12,0	12,0	12,0	11,8	7,0	15,0	10	3,0	10,0	10	10	12

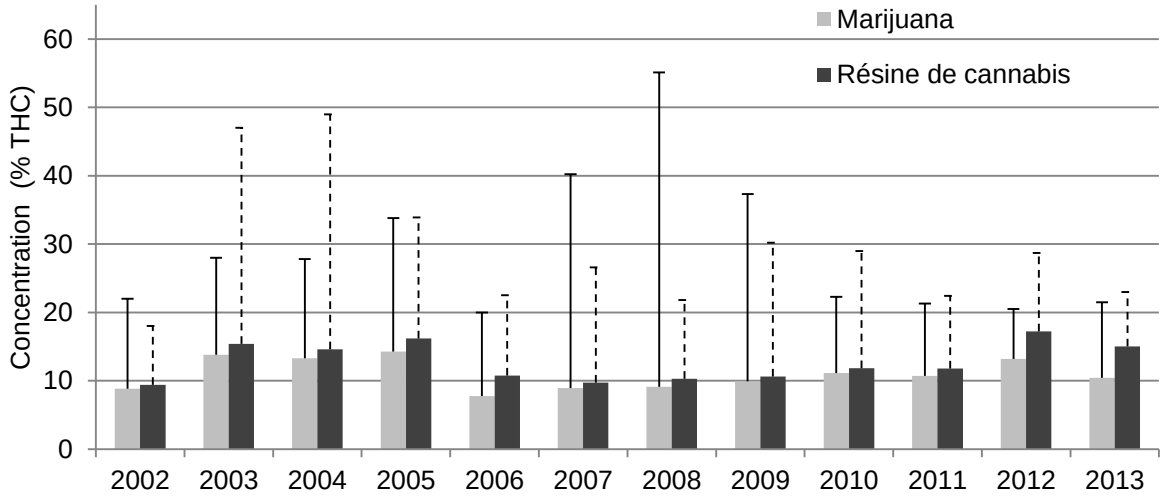
Source: police fédérale: Ovaere, communication personnelle

4.2. Pureté/teneur des drogues illicites

Les concentrations moyennes des drogues illicites les plus courantes (cannabis, amphétamine, MDMA, cocaïne et héroïne) trouvées sur le marché belge de la drogue entre 2002 et 2013 sont présentées dans les figures 10.1, 10.2 et 10.3. Les données relatives à la composition et à la pureté des drogues classiques illicites en circulation sur le marché belge sont fournies par le Belgian Early Warning System on Drugs (BEWSD) qui conserve une base de données de tous les échantillons de drogue analysés et signalés en Belgique. Les échantillons de drogue sont principalement prélevés après une saisie effectuée par la police ou le service fédéral des douanes, pour être ensuite analysés par l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC). Dans une minorité de cas, les échantillons de drogue sont soumis à un projet local à petite échelle d'analyse des drogues dans la région de Bruxelles (Modus Vivendi). Certains projets de recherche visent également à analyser ce que contient la drogue circulant en rue (par exemple, analyse du contenu des « poubelles de délestage» placées à l'entrée des festivals). En ce qui concerne les saisies de la police, les résultats des saisies à grande et à petite échelles sont consignés. Il convient d'interpréter ces résultats avec prudence, puisque les saisies de la police englobent souvent des saisies plus importantes de drogue plus pure. La pureté des drogues en Belgique pourrait ainsi être surestimée, notamment les drogues qui peuvent être coupées ou contaminées (des poudres telles que la cocaïne ou l'héroïne).

Comme l'illustre clairement la figure 10.1, aucune modification importante n'a été constatée dans la teneur en tétrahydrocannabinol (THC, le composant actif du cannabis) pour l'herbe de cannabis ou la résine de cannabis au cours des 4 dernières années. En ce qui concerne l'herbe de cannabis, la concentration moyenne en THC en 2013 s'élevait à 10,4 %, chiffre qui ne diffère pas sensiblement de la concentration moyenne en 2012 (13,1 %). Par ailleurs, aucune différence marquée dans la concentration minimum ou maximum n'a été observée par rapport à l'année précédente. En ce qui concerne la résine de cannabis, un pic de concentration en THC de 17,2% a été observé en 2012. En 2013, le niveau moyen de THC dans la résine de cannabis a également diminué, s'approchant des niveaux précédents (15%). Les concentrations maximales de THC observées dans la résine de cannabis étaient plus faibles en 2013 qu'en 2012.

Figure 10.1. Concentration moyenne en THC (%) dans les échantillons de cannabis (herbe et résine), 2002-2013

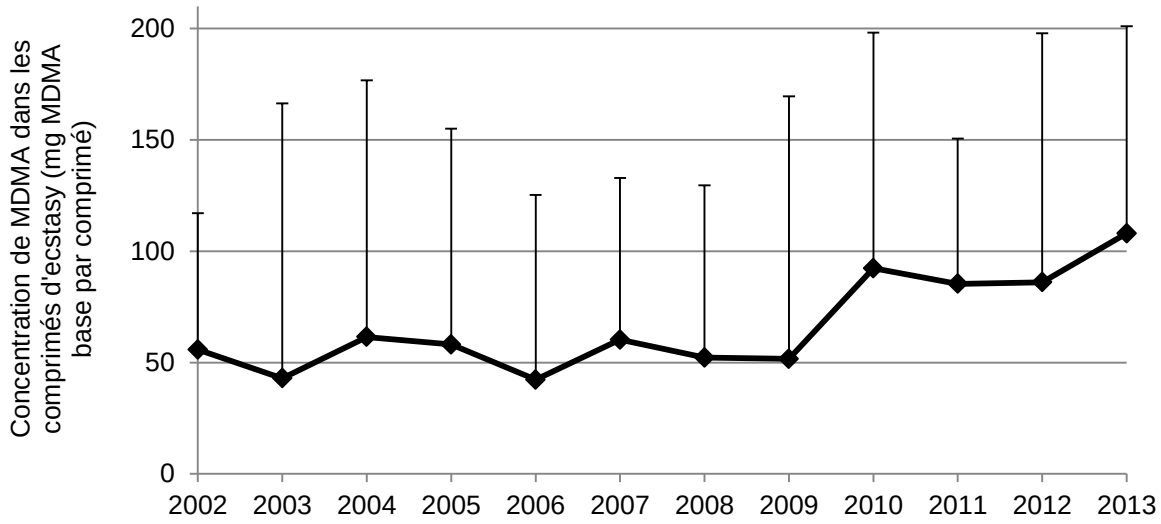


Source: base de données BEWSD
Les barres d'erreur indiquent les valeurs maximales de concentration observées.

Comme nous l'avons déjà mentionné à plusieurs reprises, de nombreux facteurs soulignent la reprise du marché de l'ecstasy après un déclin dans la période de 2005 à 2008. Depuis 2009, la teneur moyenne en MDMA des comprimés d'ecstasy n'a cessé d'augmenter, atteignant un nouveau record en 2013 (128,6mg de MDMA base par comprimé). Par ailleurs, la quantité maximale constatée dans un seul comprimé d'ecstasy n'a jamais été aussi élevée en Belgique (221mg de MDMA base par comprimé en 2013). Cette tendance est alarmante, d'autant plus qu'elle est également observée dans nos pays voisins, la France et surtout les Pays-Bas. Il semble que le marché de l'ecstasy en Belgique et aux Pays-Bas soit très semblable. Au cours de l'année 2013, plusieurs alertes ont été lancées concernant des comprimés fortement concentrés en MDMA (voir chapitre 7, section 2.2). En effet, des comprimés contenant encore plus de 250mg de MDMA base ont été découverts aux Pays-Bas. Pour les jeunes consommateurs ou les personnes qui consomment de la drogue pour la première fois, de tels dosages peuvent facilement provoquer des symptômes de toxicité, surtout combinés à, par exemple, la déshydratation lors d'événements festifs. Le BEWSD a largement prévenu ses partenaires de ce phénomène. Les services de réduction des dommages liés à la drogue en Belgique sont à présent bien informés de l'évolution de ce marché. Malheureusement, malgré l'adoption de mesures rapides visant à alerter tant les travailleurs sur le terrain que les consommateurs, plusieurs personnes en Belgique (et aux Pays-Bas) sont décédées en 2013 à la suite de la consommation de comprimés d'ecstasy fortement concentrés ou de comprimés contaminés par d'autres substances, par exemple la PM(M)A.

L'apparition de la MDMA sur le marché de la drogue sous forme de cristaux ou de poudre (en argot « molly » ou « sable ») est un phénomène relativement récent. Comme la plupart des autres drogues sous forme de cristaux ou de poudre, ce type de MDMA est vendu par gramme. La pureté moyenne observée pour la poudre de MDMA en 2013 est pleinement comparable à celle de 2012 (61,4%) ; toutefois, l'échantillonnage n'était composé que de 13 échantillons.

Figure 10.2. Teneur moyenne en MDMA (mg) dans les comprimés d'ecstasy, 2002-2013



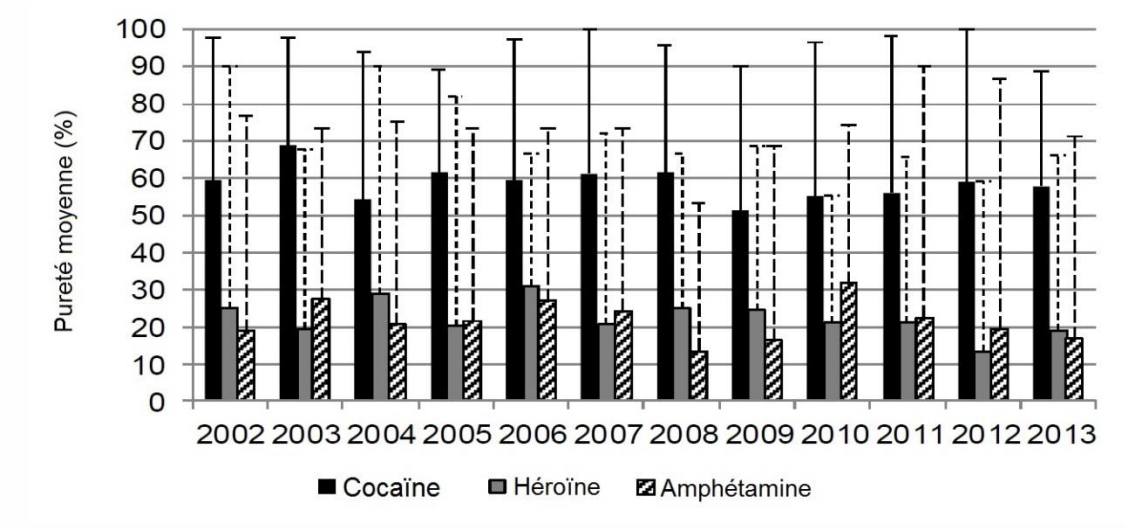
Source: Base de données BEWSD
Les barres d'erreur indiquent les valeurs maximales de concentration observées.

La tendance de ces trois dernières années pour ce qui concerne la pureté des poudres d'amphétamine en Belgique s'est à nouveau confirmée en 2013. En effet, la pureté des échantillons d'amphétamine saisis ne cesse de diminuer fortement. Alors que des valeurs de pureté moyenne de 19,4 % étaient observées en 2012, la pureté moyenne n'est plus que de 16,6 % en 2013. La valeur maximale de la pureté a également chuté, passant de 86,8 % en 2012 à 71,2 % en 2013 : le 4-Méthylamphétamine (4-MA) reste un contaminant important sur le marché belge de l'amphétamine (voir 4.3.2.).

Pour ce qui concerne la pureté des échantillons de cocaïne, aucun écart significatif n'a été constaté entre la concentration moyenne de la cocaïne en 2012 et en 2013 (59,1 % et 57,8 % respectivement ; le nombre d'échantillons collectés et analysés est le même, environ 350). Par rapport à la cocaïne disponible dans d'autres pays de l'UE, la pureté de la cocaïne en Belgique reste très élevée. Les concentrations maximales constatées sont également élevées (88,6 %), mais nettement inférieures à celles de 2011 et de 2012 (98,19 % et 100 % respectivement). Il convient de noter qu'en 2011 et en 2012, de grosses saisies de cocaïne (plus pure) avaient été opérées, ce qui a pu fausser les résultats.

Contrairement au marché de la cocaïne, la pureté des drogues sur le marché de l'héroïne reste médiocre. La pureté moyenne de l'héroïne était supérieure en 2013 par rapport à 2012 (18,7 % en 2013 contre 13,3 % en 2012) mais toujours inférieure aux valeurs de pureté obtenues en 2011 (21,1 %). La valeur maximale obtenue est comparable à celle des années précédentes (66,2 %).

Figure 10.3. Pureté moyenne (%) de la cocaïne, de l'héroïne et des amphétamines, 2002-2013



Source: base de données BEWSD
Les barres d'erreur indiquent les valeurs maximales de concentration observées.

4.3. Composition des drogues illicites et des comprimés de drogues

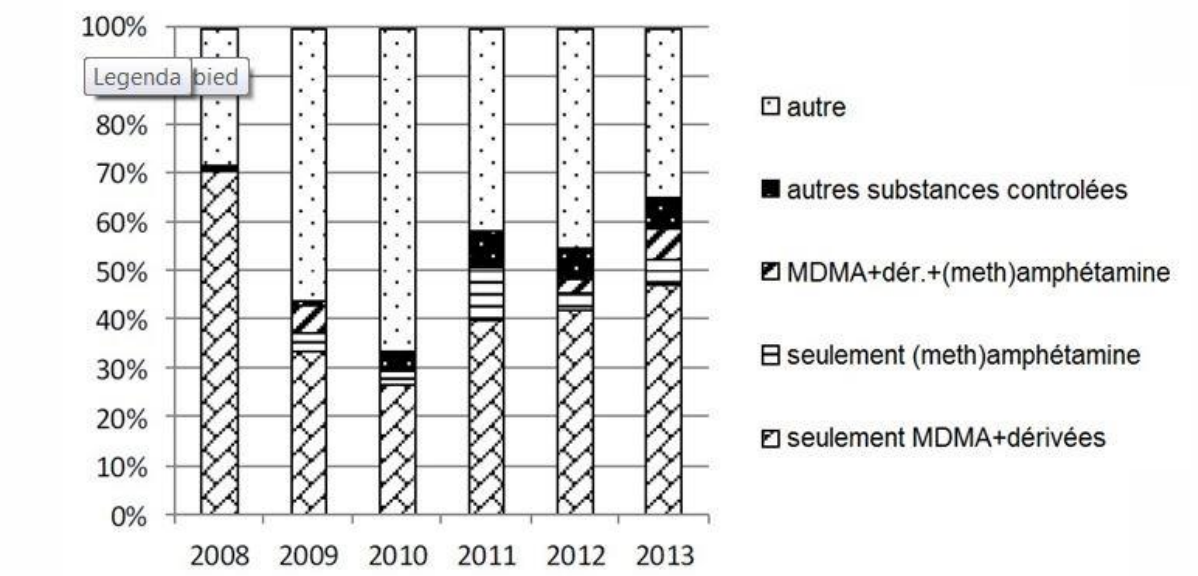
Comme pour les informations obtenues pour la pureté de la drogue au paragraphe 4.2, les informations sur la composition spécifique des échantillons de drogue saisis (comprimés, poudres et liquides) sont disponibles par le biais de la base de données BEWSD.

4.3.1. Comprimés

Par rapport à 2012, la quantité de comprimés saisis ne contenant que des substances de type MDMA a augmenté. La plupart des comprimés vendus en tant que MDMA contenaient effectivement uniquement de la MDMA comme composant actif. Seuls 3 comprimés analysés en 2013 contenaient de l'amphétamine.

La figure 10.4 donne un résumé du contenu des comprimés saisis comme comprimés de drogue illicite pour la période 2008-2013.

Figure 10. 4. Composition des comprimés des substances illicites



[1] Les drogues classifiées se réfèrent aux substances placées sous contrôle en vertu des Annexes I et II de la Convention des Nations unies de 1971 sur les substances psychotropes et de la législation européenne (décisions du Conseil).

[2] La catégorie « substances de type MDMA (comme seules substances classifiées) » comprend les comprimés contenant de la MDMA et/ou d'autres substances de type MDMA (MDEA, MDA) comme seules substances classifiées, avec ou sans substances non classifiées (par exemple, mCPP, caféine).

[3] La catégorie « (mét)amphétamine (comme seules substances classifiées) » comprend les comprimés contenant uniquement de l'amphétamine et/ou de la métamphétamine, avec ou sans substances non classifiées (par exemple, mCPP, caféine).

[4] La catégorie « substances de type MDMA et (mét)amphétamine (comme seules substances classifiées) » comprend les comprimés contenant uniquement des substances de type MDMA et de l'amphétamine et/ou de la métamphétamine, avec ou sans substances non classifiées (par exemple, mCPP, caféine).

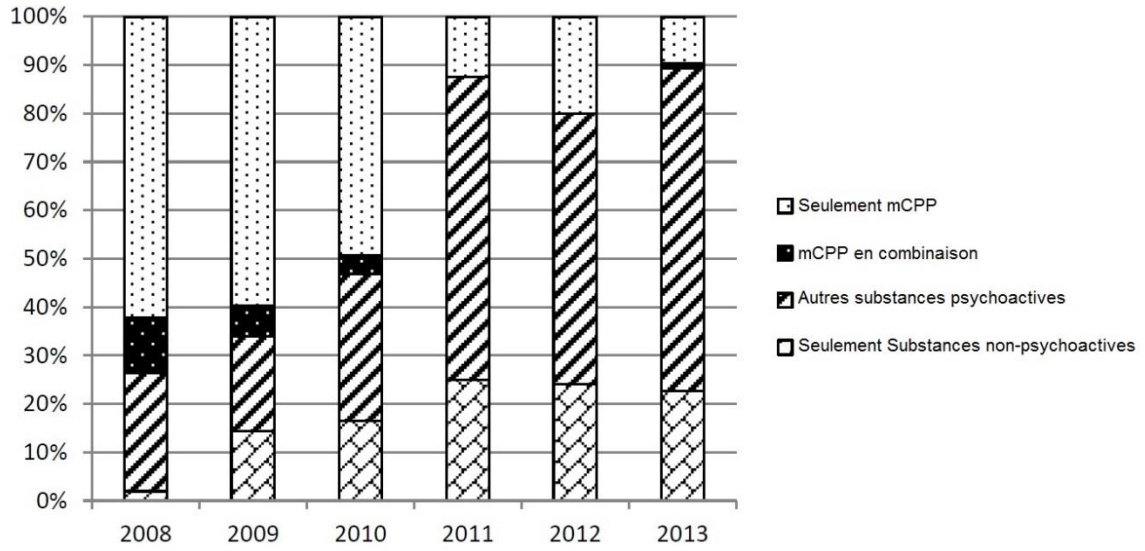
[5] La catégorie « Autres (substances classifiées) » comprend les comprimés comprenant d'autres substances classifiées (au les substances de type MDMA ou la (mét)amphétamine), seules ou associées à des substances de type MDMA et/ou de la (mét)amphétamine, avec ou sans substances non classifiées (par exemple mCPP, caféine, DOB).

[6] La catégorie « Divers » comprend les comprimés saisis/soumis comme comprimés de drogues illicites mais ne contenant aucune des substances classifiées en vertu des Annexes I et II de la Convention des Nations unies de 1971 sur les substances psychotropes ou en vertu de la législation européenne (décisions du Conseil).

Source: base de données BEWSD

Les comprimés saisis qui ne contenaient aucune substance psychotrope (par exemple des comprimés contenant uniquement du lactose ou des charges inertes) ne sont pas repris dans ces calculs. Ils ne sont pas non plus repris dans la catégorie « divers ». La figure 10.5 donne une description détaillée de la composition des comprimés de la catégorie « divers ».

Figure 10.5. Description des tablettes de la catégorie "autre"



La catégorie « Autres substances psychoactives » comprend principalement des benzodiazépines, des antidépresseurs, des hormones, du tramadol et du sulpiride

Source: Base de données BEWSD, 2014

La catégorie « divers » comprend surtout des comprimés qui ne contiennent pas de drogues psychoactives illégales, mais d'autres substances psychoactives comme des produits pharmaceutiques. Beaucoup de benzodiazépines (contrefaites) et de stimulants de prescription, tels que le méthylphénidate, ont été trouvés dans la catégorie « autres substances psychoactives ». Par rapport aux années précédentes, aucune véritable différence n'a été observée dans la composition de la catégorie « divers », à l'exception d'une légère baisse du nombre de comprimés contenant du mCPP. De plus, il est ressorti de l'analyse d'une quantité importante de comprimés qu'ils contenaient des substances pharmaceutiquement actives mais pas de substances psychoactives. Ils se composaient essentiellement d'agents hormonaux comme du clenbutérol, du méthandrosténolone et de l'oxymétholone. En outre, il a également été découvert des comprimés (contrefaits) contenant des agents thérapeutiques contre la dysfonction érectile, tels le citrate de sildénafil et ses dérivés.

4.3.2. Autres types de produits

Un aperçu des adultérants/produits de coupe et de leur concentration moyenne dans des échantillons de poudre saisis et analysés d'amphétamine, de cocaïne et d'héroïne figure au tableau 10.11.

Comme c'était le cas au cours des années précédentes, l'amphétamine reste la drogue la moins pure en Belgique. En 2013 de nouveau, de la 4-Méthylamphétamine (4-MA) a été fréquemment détectée comme contaminant de l'amphétamine (12 % des échantillons testés). Sa présence dans les échantillons d'amphétamine résulte probablement d'une contamination de BMK avec du 4-méthyl-BMK. En 2012 et en 2013, plusieurs personnes sont décédées en raison de cette contamination (Blanckaert et al., 2013). Cependant, le nombre de cas de contamination par du 4-MA est inférieur à celui de l'année dernière (18 % en 2012 contre 12 % en 2013). La concentration moyenne est également inférieure par rapport aux années précédentes (1,9 % contre 7,6 %).

Parmi les autres produits de coupe fréquemment utilisés dans les échantillons d'amphétamine figurent la caféine (62 % des échantillons testés, concentration moyenne 53 %). Bien que la 4-Fluoro-amphétamine (4-FA) soit déjà une substance classifiée en Belgique, elle a été détectée de nombreuses fois comme contaminant dans des échantillons d'amphétamine (5 échantillons, 3 %, concentration moyenne 3,3 %). Comme le révèlent déjà les observations aux Pays-Bas, ceci pourrait laisser entendre un succès croissant de la 4-FA.

Étant donné la pureté élevée de la cocaïne en Belgique (voir 4.2, Figure 10.2), la faible concentration d'adultérants et de produits de coupe dans les échantillons de cocaïne analysés en Belgique ne constitue pas une surprise. En 2013, le lévamisole était l'adultérant le plus répandu dans les échantillons de cocaïne (présent dans 48 % des échantillons, concentration moyenne ~10 %). On trouve du lévamisole partout dans le monde dans les échantillons de cocaïne. Il est ajouté dans le pays de production (principalement les pays d'Amérique latine) afin d'augmenter le poids et d'améliorer l'apparence de la cocaïne coupée. Il s'ajoute également au poids de la cocaïne épurée puisque le lévamisole ne peut pas être éliminé par la réaction acide-base nécessaire pour produire de la cocaïne ou du crack fumables. En raison du risque de graves effets secondaires (tel que l'agranulocytose), l'ajout de lévamisole est problématique. Le lévamisole peut également être métabolisé pour former de l'aminorex, un composé relativement toxique aux propriétés stimulantes. La caféine, l'hydroxyzine, la lidocaïne et la phénacétine ont également été fréquemment détectées.

Le produit de coupe le plus utilisé dans les échantillons d'héroïne en Belgique est la caféine (présente dans 21 % des échantillons dans une concentration moyenne de 20 %), en même temps que l'acétaminophène (paracétamol, présent dans 18 % des échantillons dans une concentration moyenne de 40 %). La monoacétylmorphine (MAM), la noscapine et la papavérine sont des impuretés naturelles ou des impuretés provenant du processus de fabrication de l'héroïne. Elles sont présentes dans 16 à 20 % des échantillons testés, dans des concentrations relatives faibles (1 à 10 %).

Tableau 10.11. Adultérants/produits de coupe trouvés dans les drogues en poudre en 2013

Type de drogue	Adultérants	Échantillons (N)	% des échantillons	Concentration moyenne en adultérant (%)
Amphétamine	4-Méthylamphétamine	19	12,0	1,9
	Caféine	101	62,3	53,0
	4-Fluoro-amphétamine	5	3,1	3,3
	mCPP	3	1,9	10,7
Cocaïne	Lévamisole	255	48,0	9,0
	Caféine	74	14,0	6,7
	Phénacétine	96	18,0	27,0
	Hydroxyzine	52	10,0	4,0
	Lidocaïne	36	7,0	4,5
	Diltiazem	5	1,0	2,0
Héroïne	Caféine	178	21,0	20,0
	Acétaminophène	151	18,0	40,0
	MAM	178	21,0	8,8
	Noscapine	175	21,0	9,0
	Papavérine	172	20,0	0,8

Source: AFMPS, données 2011-2013, communication personnelle; Ovaere, communication personnelle, 2014

5. Conclusion

En Belgique, l'approvisionnement en drogue intérieur et extérieur est assez compliqué. Malgré sa petite taille, la Belgique a toujours été un pays de production important de cannabis et de drogues de synthèse (principalement l'amphétamine et la MDMA). En outre, sa situation géographique au centre de l'Europe combinée à des points d'accès existants très faciles, tels le vaste port d'Anvers et les aéroports nationaux, lui garantissent un rôle important dans le trafic d'autres narcotiques. Par exemple, ces deux dernières années, la Belgique a joué un rôle important dans la distribution des NPS ou des produits précurseurs en provenance d'Asie et destinés au reste de l'Europe.

En raison de la capacité de production et des importations à grande échelle, les prix de la drogue en Belgique sont généralement faibles par rapport aux autres États membres de l'UE (Rapport européen 2013 sur les drogues de l'EMCCDA (EMCDDA, 2014)). Aucune variation

importante de prix n'a été observée en 2013 par rapport aux années précédentes. La cocaïne reste toujours la drogue la plus chère en Belgique.

Un autre résultat est la qualité globale élevée des drogues observée en Belgique. En ce qui concerne la pureté de la drogue en Belgique en 2013, aucune différence significative n'a été observée par rapport aux années précédentes. Aucun changement n'a été observé dans la pureté de la cocaïne. Toutefois, une augmentation a été constatée dans la pureté des échantillons d'héroïne analysés. Alors que de légères fluctuations dans la concentration en THC de l'herbe de cannabis et de résine de cannabis ont été observées ces cinq dernières années, aucun changement significatif n'a été constaté en 2013 pour ce qui concerne la teneur du cannabis.

L'amphétamine reste la drogue la moins pure en Belgique. Alors que le contaminant 4-Méthyl-amphétamine est toujours signalé, il commence à disparaître du marché. L'introduction des pré-précurseurs constitue une évolution importante sur le marché de l'amphétamine. Depuis une mise en vigueur plus stricte des réglementations internationales relatives aux précurseurs de drogue, les producteurs de drogue ont été contraints de trouver cinq nouveaux précurseurs. En 2013, de grosses quantités d'APAAN, un pré-précurseur de la (mét)amphétamine, ont été saisies. En outre, le nombre de laboratoires de production de drogues de synthèse saisis a atteint un niveau record en 2013.

L'introduction de la métamphétamine est un constat alarmant sur le marché des stimulants ; pour la première fois, d'importantes quantités de métamphétamine ont été saisies en Belgique. Historiquement, l'utilisation de la métamphétamine était limitée aux pays d'Europe de l'Est tels que la République tchèque et la Slovaquie. À ce jour, la Belgique a été épargnée de la métamphétamine (également connue sous le nom « crystal meth ») et des problèmes sociaux et sanitaires associés à son utilisation.

En termes de teneur de drogue et des problèmes de santé qui y sont liés, le principal enjeu en Belgique est une nette reprise du marché de l'ecstasy. Après quelques années de faible teneur en MDMA et de nombreux contaminants signalés dans les comprimés d'ecstasy, une forte augmentation a été constatée dans la concentration en MDMA dans les comprimés d'ecstasy. Cependant, hormis ces quantités accrues de MDMA dans les comprimés d'ecstasy, la composition de comprimés de drogue illégale n'a pas beaucoup changé par rapport aux années précédentes. Moins de comprimés saisis étaient contaminés : la plupart des comprimés vendus en tant que MDMA, ne contenaient effectivement que de la MDMA comme composant actif.

En règle générale, en ce qui concerne les informations relatives à la pureté de la drogue, il est important de souligner que la majorité des résultats des analyses de drogue sont

obtenus à partir de saisies de grande envergure. Il est de notoriété publique que les drogues sont coupées et contaminées au moment de passer du marché de gros au marché de détail. Dès lors, ces chiffres peuvent ne pas refléter fidèlement la pureté des drogues circulant en rue en plus petites quantités. La pureté est parfois signalée le biais du système d'alertes précoces mais il n'existe cependant pas de système cohérent pour ce type d'analyse. Dès lors, un système efficace de collecte de données et d'établissement de rapports sur la base de ces dernières, englobant toutes les analyses de drogue régulièrement effectuées, fait encore défaut en Belgique et revêt une importance vitale pour le contrôle de la situation actuelle et future du marché belge de la drogue.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Prof. dr. Verstraete, Prof. dr. Tytgat, dr. Cordonnier, Prof. dr. Lambert, Prof. dr. Martens, Prof. dr. Charlier, Prof. dr. Neels, Prof. dr. Decorte, dr. Apr. Maudens, dr. Apr. De Beer, Mme. Maes, dr. Hogge, M. Evenepoel, M. Schrooten, M. Van Camp, M. Pire, Mme. Ovaere, Apr. De Buck, Apr. De Clerck, Apr. Mergan, M. Van Durme, Mme. Vander Linden pour leur contribution à la collecte de données et leurs remarques pertinentes. Leur implication essentielle a été fortement appréciée.

Auteurs

Antoine Jérôme, Ir. a étudié bio ingénieur à l'université de Liège. Il a rejoint l'Institut scientifique de Santé publique en 2009 et il a développé une expertise en épidémiologie et statistiques. Depuis 2011 il travaille à l'observatoire belge des drogues et toxicomanies (BMCDDA) et est responsable de l'enregistrement de l'indicateur de la demande de traitement (TDI).

Blanckaert Peter, Ph.D. Après avoir terminé ses études pharmaceutiques, il a effectué un PhD à l'université de Gand. Ensuite, Il a été engagé comme post-doctorant à l'hôpital de l'université de Gand et développait une expertise en radiochimie, chimie analytique et organique. Depuis 2012, il est coordinateur du Système belge d'alerte précoce sur les drogues du BMCDDA.

Casero Lucia possède un master en pharmacie. Elle a rejoint Eurotox en 2007 comme coordinatrice après un master en santé publique à l'ULB-UCL. Elle possède également des certificats complémentaires en santé publique de l'université Carlos III à Madrid et de l'institut de médecine tropicale d'Anvers. Sa carrière professionnelle est également marquée par un rôle de coordinatrice dans plusieurs asbl. Elle est le contact entre le Eurotox comme point focal wallonne et l'institut de santé publique (WIV-ISP).

De Ridder Karin, M.D., Ph.D. diplômée docteur en médecine à la KU Leuven en 2000 elle s'est spécialisée en santé communautaire en Norvège en 2009. Elle a acquis une expérience clinique en médecine générale et en médecine physique et de rééducation ainsi qu'une expérience administrative en organisation des soins de santé, contrôle des infections et santé environnementale. Elle a terminé un doctorat en santé publique (épidémiologie) à l'université norvégienne de science et technologie en 2014. Elle a rejoint le BMCDDA en 2014.

Gremeaux Lies Ph.D. est diplômé master en biologie à la KU Leuven en 2007. Après avoir obtenu son doctorat en (bio)sciences médicales en 2011, elle s'est spécialisée dans le concept de la gestion des groupes et le coaching éducatif. Depuis 2013, elle est la responsable du Point Focal National belge (BMCDDA) et responsable de la recherche du Programme Drogues au WIV-ISP.

Laudens Fred a étudié la psychologie et travaille pour le VAD depuis 1999. Il est le contact entre le VAD comme point focal flamand et le WIV-ISP

Plettinckx Els possède un diplôme de master en sciences criminelles de l'université de Gand en 2011. Elle a travaillé comme stagiaire à l'EMCDDA et depuis 2012 elle travaille au BMCDDA comme coordinatrice du rapport annuel belge.

Freya Vander Laenen, Ph.D. est licenciée en assistante sociale (1993), possède un master en sciences criminelles (1996) et est docteur en criminologie (2007). Elle est professeur à l'université de Gand attachée au département de loi pénale et criminologie et membre du groupe de recherche 'Institut de recherche internationale en politique criminelle' (IRCP). Prof. dr. Vander Laenen a une exerptise dans la domaine de la prévention des drogues, réduction des risques, criminalité liée aux drogues, politique de drogues et méthodologie qualitative en recherche sur les drogues

Bibliographie

Anderson, P., Møller, L., & Galea, G., 2012. *Alcohol in the European Union, consuption, harm and policy approaches*, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

ASL, 2014. *Präventionsmaterial.* [Online] Arbeitsgemeinschaft für suchtvorbeugung und lebenbewältigung (ASL). Available at: <http://www.asl-eupen.be/praeventionsmaterial-1> [Accessed 18-9-2014].

ASL, 2014. *Tätigkeitsbericht 2013 Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältung*, Eupen: ASL.

Backmund, M., Meyer, K., Von, Z.M., & Eichenlaub, D., 2001. Treatment of hepatitis C infection in injection drug users. *Hepatology*, 34,(1), pp.188-193.

Baeten, I., Bernaert, I., Claessens, J., De Paepe, N., & Raskin, K., 2009. *Individueel screeningsinstrumentervaringen met middelengebruik voor jongeren*, Brussel: VAD.

Baeten, I., Bernaert, I., De Paepe, N., and Degryse, B., 2013. *Crush: werken met jongeren rond relaties, alcohol en cannabis.* [Online] VAD. Available at: <http://www.vad.be/media/1578812/vad_crush_a4_printversie.pdf> [Accessed 8-10-2014].

Bekkering, GE., Aertgeerts, B., Asueta-Lorente, J.-F., Autrique, M., Goossens, M., Smets, K., van Bussel, J.C.H., Vanderplasschen, W., Van Royen, P., Hannes, K., & for the ADAPTE-youth project group, 2014. Practitioner review: Evidence-based practice guidelines on alcohol and drug misuse among adolescents: a systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55,(1), pp.3-21.

Belgian Research Aids&HIV Consortium, 2013. *HIV-Plan 2014-2017.* [Online] Belgian Research Aids&HIV Consortium. Available at: <http://www.breach-hiv.be/media/docs/HIVPLan/NationalPlanDutch.pdf> [Accessed 16-5-2014].

Blanckaert, P., Van Amsterdam, J., Brunt, T., Van den Berg, J., Van Durme, F., Maudens, K., & Van Bussel, J., 2013. 4-Méthylamphétamine: a health threat for recreational amphétamine users. *Journal of Psychopharmacology*, 27,(9), pp.817-822.

Bohnert, A.S.B., Tracy, M., & Galea, S., 2012. Characteristics of drug users who witness many overdoses: Implications for overdose prévention. *Drug and Alcohol Dependence*, 120,(1-3), pp.168-173.

Bollaerts, K., Aerts, M., & Sasse, A., 2013. Improved benchmark-multiplier method to estimate the prevalence of ever-injecting drug use en Belgique, 2000-10. *Archives of Public Health*, 71,(1), pp.10.

Bruffaerts, R., Vanderplasschen, W., Van Hal, G., & Demyttenaere, K., 2010. *Crisisopvang voor middelengebruikers in België: een formele evaluatie en aanbevelingen voor een duurzaam beleid - De Evaluatie van Crisis en Case Management (ECCAM) - studie*

Burssens, D., 2012. Bemiddeling in strafzaken. Een blik op de praktijk vanuit SIPAR, de databank van de justitiehuizen. *Panopticon Libri*, 2012,(5), pp.113-144.

Centre bruxellois de promotion de la santé, 2013. *Evaluation du label quality nights auprès du public en Région de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles: Eurotox.

Cid, J., 2009. Is imprisonment criminogenic? A comparative study of recidivism rates between prison and suspended prison sanctions. *European Journal of Criminology*, 6,(6), pp.459-480.

College van procureurs-generaal, 2013. *Jaarstatistiek van het Openbaar Ministerie. Opsporing en vervolging van strafzaken door de parketten van de rechtbanken van eerste aanleg.* [Online] Gegevensbank van het College van procureurs-generaal: Statistisch analisten. Available at: <http://www.just.fgov.be/statistique_parquets/start/n/home.html > [Accessed 3-10-2014].

Colman, C, De Ruyver, B., Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., De Keulenaer, S., and Thomaes, S., 2011. *De drugbehandelingskamer: een andere manier van afhandelen. Het proefproject geëvalueerd*. Antwepren: Maklu.

Commission of the European Union. 2012. EU Drugs Strategy 2013-2020. p.9 C402/01. 29-12-2012.

Cornelis, E., 2013. *Persuasive effects of two-sided social marketing messages*, Leuven: KULeuven.

Cornish, R., Strang, J., Vickerman, P., & Hickman, M., 2010. Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database. *British Medical Journal*, 2010,(341), pp.c5475.

CPAS de la ville de Bruxelles, 2014. *Le service d'accompagnement psychosocial.* [Online] Available at: <http://www.cpasbru.irisnet.be/fr/?ID=19> [Accessed 29-9-2014].

Crawford, S. & Bath, N., 2013. Peer support models for people with history of injecting drug use undertaking assessment and treatment for hepatitis C virus infection. *Clinical infectious diseases*, 57,(S2), pp.S75-9.

De Boyser, K., Linchet, S., Van Dijck, L., Casman, M. T., Dierckx, D., & Vranken, J., 2010. *Onderzoek naar de OCMW-hulpverlening van dak- en thuislozen.*, Brussel: POD Maatschappelijke integratie.

De druglijn, 2014. *Aan de slag.* [Online] VAD. Available at: <http://www.druglijn.be/aan-de-slag.aspx> [Accessed 8-10-2014].

De druglijn, 2014. *Student zijn en cannabis.* [Online] VAD. Available at: <http://www.druglijn.be/omgaan-met-drugs/studenten/student-zijn--cannabis.aspx> [Accessed 8-10-2014].

De Hert, M., Roos, K., Gillain, B., Detraux, J., Sweers, K., van Werde, D., & Peuskens, J., 2010. Dual diagnosis among schizophrenic patients in Belgian psychiatric services: Prevalence and available treatment. *Acta Psychiatrica Belgica*, 110,(2), pp.43-50.

De Keulenaer, S. & Thomaes, S., 2013, "De uitkomst van de Gentse drugbehandelingskamer rond recidive," *In Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie*, F. V. W. Vander Laenen et al., eds., Gent: Academia Press, pp. 185-228.

De Kiem, 2014. *Residentieel - Programma-aanbod.* [Online] Available at: <http://www.dekiem.be/index.php/residentieel> [Accessed 29-9-2014].

De Ruyver, B., Colman, C., & Vandam, L., 2008. Drugs en criminaliteit: bestaat het ene zonder het andere? *De orde van de dag*, 2008,(44), pp.7-12.

De Ruyver, B., Ponsaers, P., Lemaître, A., Macquet, C., De Wree, E., Hodeige, R., Pieters, T., Cammaert, F., & Sohier, C., 2007. *Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers*, Gent: Academia press.

De Ruyver, B., Vander Laneen, F., & Eelen, S., 2012, "The long road to an integral and integrated policy en Belgique," *In Reflections on the concept of coherence for a policy on psychoactive substances and beyond*, R. Muscat, B. Pike, & & members of the Coherent Policy Expert Group, eds., Strassbourg: Council of Europe Publishing.

De Wree, E., De Ruyver, B., Verpoest, K., & Colman, C., 2008. All in favour? attitudes of stakeholders and drug users towards judicial alternatives. *European Journal on criminal policy and research*, 14,(2008), pp.431-440.

De Wree, E., Pauwels, L., Colman, C., & De Ruyver, B., 2009. Alternative sanctions for drug us: fruitless efforts or miracle solution? *Crime, Law and Social change*, 52,(2009), pp.513-525.

Decorte, T. & D'Huyvetter, E. 2014. *Lokale detailhandel in drugs in Antwerpen. Een exploratief onderzoek, drugmonitor 2012-2013* Antwerpen, Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen.

Decorte, T. & D'Huyvetter, E. 2014. *Lokale detailhandel in drugs in Antwerpen. Een exploratief onderzoek, drugmonitor 2012-2013* Antwerpen, Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen.

Decorte, T. & Paoli, L., 2014. *Cannabis production en Belgique. Assessment of the nature and harms, and implications for priority setting (CANMARKT) Summary*, Brussels: Belgian science policy.

Decorte, T., 2014. Cannabis social clubs en Belgique: Organizational strengths and weaknesses, and threats to the model. *International Journal of Drug Policy*(0),

Decorte, T., Mortelmans, D., Tieberghien, J., & De Moor, S. 2009. *Haalbaarheid van een repetitieve prevalentiestudie onder de algemene bevolking* Gent.

Decorte, T., Muys, M., & Slock, S. 2003. *Cannabis in Vlaanderen. Patronen van cannabisgebruik bij ervaren gebruikers.* Leuven: Acco.

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.

Defillet, T., 2012. *Juridische handvatten beroepsgeheim voor hulpverleners.*, Brussel: VAD.

Degenhardt, L., Larney, s., Randall, D., Burns, L., & Hall, W., 2014. Causes of death in a cohort treated for opioid dependence between 1985 and 2005. *Addiction*, 109,(1), pp.90-99.

Demarest, S., Tafforeau, J., Van Oyen, H., & et al., 2001. *Health Interview Survey 2001: Protocol for the sampling design*, Brussels: Scientific Institute of Public Health.

Demarest, S., Van der Heyden, J., Charafeddine, R., Tafforeau, J., Van Oyen, H., & Van Hal, G., 2012. Socio-economic differences in participation of households in a Belgian national health survey. *European Journal of Public Health*, 23,(6), pp.981-985.

Demaret, I., Litran, G., Magoga, C., Deblire, C., De Roubaix, J., Quertemont, E., Van Caillie, D., Dubois, N., Lemaître, A., & Ansseau, M., 2013. *Projet TADAM - Rapport final 2007-2013*, Liège: Université de Liège.

Deprez, N., Antoine, J., Asueta-Lorente, J. F., Bollaerts, K., Van der Linden, T., & Van Bussel, J., 2012. *Belgian national report on drugs 2011, new developments, trends and in-depth information on selected issues*, Brussels: Scientific Institute of Public Health.

Devos, A., 2009, "Balans van het tienjarig bestaan van de justitiehuizen en perspectieven voor de komende jaren," *In 10 jaar justitiehuizen: balans en perspectieven*, A. Devos, ed., Brussel: Federale overheidsdienst Justitie, pp. 13-44.

Dienst voor strafrechtelijk beleid, 2013. *Dienst voor strafrechtelijk beleid: statistiek.* [Online] Available at: <http://www.dsb-spc.be/web/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=47> [Accessed 3-10-2014].

Edmonds, K., Sumnall, H., McVeigh, J., & Bellis, M. A., 2005. *Drug prévention among vulnerable young people*, Liverpool, UK: National Collaborating Centre for Drug Prévention.

EMCDDA, 2003, "Social exclusion and reintegration," *In Annual report on the state of the drug problem in the European Union and Norway*, pp. 65-68.

EMCDDA, 2010. *Trends in injecting drug use in Europe. Selected issue 2010*, Luxembourg, Publication office of the European union: EMCDDA.

EMCDDA, 2013. *European Drug Report. Trends and developments*, *2014*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EMCDDA, 2014. *European Drug Report. Trends and developments. 2014*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Espace P, 2014. *Espace P... vers une société "prostitution admise".* [Online] Available at: <http://www.espacep.be/> [Accessed 29-9-2014].

Evenepoel, T., 2014. *Jaarverslag 2013 van de druglijn.* [Online] VAD. Available at: <http://www.druglijn.be/media/17359/jaarverslag_dl_2013.pdf> [Accessed 8-10-2014].

Favresse, D. & de Smet, P. 2008. *Tabac, alcool, drogues et multimedias chez les jeunes en communaute francaise, résultats de l'enquête HBSC 2006* Bruxelles, ULB-SIPES.

Federale Politie - CGOP / Beleidsgegevens, 2013. *Politionele criminaliteitsstatistieken, Belgie, 2000-2013.* [Online] Available at: <http://www.polfed-fedpol.be/crim/crim_statistieken/2013_trim4/pdf/nationaal/rapport_2013_trim4_nat_belgie_nl.pdf> [Accessed 3-10-2014].

Fédito Bruxelles, FEIAT, and CLDB, 2014. *Mémorandum.* [Online] Fédito Bruxelles ; FEIAT ; CLDB. Available at: <http://www.feditobxl.be/files/documents/2014/doc_36.pdf?CFID=6926821&CFTOKEN=651797aad04635f3-842BB75C-045B-144E-

E142D5807E3B7937&jsessionid=843036bad2186ed20c8d25344038407a1b4c> [Accessed 1-10-2014].

Ferri, M., Allara, E., Bo, A. G. A., & Faggiano, F., 2013. *Media campaigns for the prévention of illicit drug use in young people*, London: The cochrane collaboration.

Fountain, J., Hartnoll, R., Olszewski, D., and Vicente, J., 2000. *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*. la Belgique: Office for Official Publications of the European Communitéies.

FPS Economy, 2014. *Statistics la Belgique (be.STAT).* [Online] Available at: <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/webinterface/beSTAT_home/> [Accessed 29-9-2014].

FPS Justitie, 2014. *Bemiddeling in strafzaken.* [Online] FOD Justitie. Available at: <http://justitie.belgium.be/nl/binaries/BemiddelingStrafzakenNL_tcm265-138422.pdf> [Accessed 10-10-2014].

FPS Justitie., 2014. *Substitutie in de gevangenissen.*

Free Clinic, 2014. *Activering harde kern druggebruikers Atheneumbuurt.* [Online] Available at: <http://free-clinic.be/free-clinic/activering/> [Accessed 29-9-2014].

Free Clinic, 2014. *Buro Aktief - Sociale activering door samen korte opdrachten uit te voeren.* [Online] Available at: <http://free-clinic.be/free-clinic/buro-atief/> [Accessed 29-9-2014].

Freiburger, T.L. & Iannacchione, B.M., 2011. An examination of the effect of imprisonment on recidivism. *Criminal justice studies*, 24,(4), pp.369-379.

Gisle, L., 2010, "Het gebruik van illegale drugs," *In Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport II - Leefstijl en Preventie*, vol. 2010 L. Gisle et al., eds., Brussel: Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance - Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, pp. 307-384.

Gisle, L., 2010, "L'usage des drogues illicites," *In Enquête de santé, 2008. Rapport II - Style de Vie et Prévention*, vol. 2010 L. Gisle et al., eds., Bruxelles: Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance. Institut Scientifique de Santé Publique, pp. 307-384.

Godin, I., Decant, P., de Smet, P., Favresse, D., & Moreau, N., 2011. *Heatlh behaviour in School-Aged Children 2010. Lifetime, last 12 months and last 30 days prevalence tables.*, Brussels: ULB.

Godin, I., Decant, P., Moreau, N., de Smet, P., & Boutsen, M. 2008. *La santé des jeunes en en Communauté française de Belgique, résultats de l'enquête HBSC 2006* Bruxelles, ULB-SIPES.

Goessens, M., 2014. *Rapport d'activité 2013 - asbl Transit*

Hannes, K, van Bussel, J. C. H., Aertgeerts, B., Vanderplasschen, W., Van Royen, P., and Geirnaert, M., 2011. *Adapting best practice guidelines for the detection, prévention and treatment of substance abuse in children and youngsters to a local Belgian context (ADAPT_YOUTH).* [Online] Belgian Science Policy. Available at: <http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=en&COD=DR/59> [Accessed 11-8-2014].

Hannes, K., van Bussel, J. C. H., Aertgeerts, B., Vanderplasschen, W., Van Roypen, P, and Geirnaert, M., 2013. *Adapting best practice guidelines for prévention, screening and*

treatment of substance misuse in adolescents to the Belgian context (ADAPTE-youth), Final unpublished report.

Hardy, T. & Snowden, M., 2010. Family impact of imprisonment and the communitéy specialist practitioner. *Communitéy practitioner*, 83,(10), pp.21-24.

Hels, T., Lyckegaard, A., Simonsen, K.W., Steentoft, A., & Bernhoft, I.M., 2013. Risk of severe driver injury by driving with psychoactive substances. *Accident analysis and prévention*, 59,(2013), pp.346-356.

Henkel, D., 2011. Unemployment and Substance Use: a review of the literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Reviews*, 4, pp.4-27.

Hogge, M. & Denoiseux, D., 2014. *L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2013-2014* Eurotox ASBL.

Housing First la Belgique, 2014. *Mise en place de l'expérimentation Housing First la Belgique. Septembre 2013 - Février 2014*

Houwing, S., Legrand, S.A., Mathijssen, R., Hagenzieker, M., Verstraete, A.G., & Brookhuis, K., 2012. Prevalence of psychoactive substances in dutch and belgian traffic. *Journal of studies on alcohol or drugs*, 73,(6), pp.951-960.

Hublet, A., De Bacquer, D., Valimaa, R., Godeau, E., Schmid, H., Rahav, G., & Maes, L., 2006. Smoking trends among adolescents from 1990 to 2002 in ten European countries and Canada. *BMC.Public Health*, 6, pp.280.

Interministeriële Conferentie Drugs, 2010. *Een global en geïntegreerd drugsbeleid voor België. Gemeenschappelijke verklaring van de interministeriële Conferentie Drugs.* [Online] Available at: <http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Interministerialconferences/Drugs/18038733#.VDKQg_mSyQs> [Accessed 6-10-2014].

Jackson, L.A., McWilliams, S., Martin, F., Dingwell, J., Dykeman, M., Gahagan, J., & Karabanow, J., 2014. Key challenges in providing services to people who use drugs: The perspectives of people working in emergency departments and shelters in Atlantic Canada. *Drugs: Education, Prévention and Policy*, 21,(3), pp.244-253.

James, R. K., Gilliland, B. E., and James, L., 2013. *Crisis intervention strategies*. Belmont: Brooks/Cole, Cengage Learning.

Kinable, H., 2010. *VAD-leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school. Syntheserapport schooljaar 2008-2009*, Brussels: VAD.

Kinable, H., 2011. *VAD-leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school. Syntheserapport schooljaar 2009-2010*, Brussels: VAD.

La Trace asbl, 2014. *Centre d'accueil et d'accompagnement psycho-social par le sport-aventure.* [Online] Available at: <http://www.latrace.be/> [Accessed 29-9-2014].

Lambrecht, P. & Andries, C., 2013. *Het Vlaamse Schoolonderzoeksproject naar alcohol en andere drugs - VLASPAD 2010. EMCDDA ST2*, Brussels: VUB.

Lambrecht, P., Andries, C., Engels, T., Senterre, C., Piette, D., & De Smedt, P., 2004. *ESPAD03: Outline for Belgian Report 2. Results la Belgique 2003.*, Brussel: Vrije Universiteit Brussel.

Larimer, M.E., Malone, D.K., Garner, M.D., Atkins, D.C., Burlingham, B., Lonczak, H.S., Tanzer, K., Ginzler, J., Clifasefi, S.L., Hobson, W.G., & Marlatt, G.A., 2009. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *Journal of the American Medical Association*, 301,(13), pp.1349-1357.

Larmuseau, C., Moens, O., Steenhuyzen, S., Bernaert, I., and Lambrechts, M-C., 2013. *Verslag van de indicatoren meting 2012 van het gezondheidsbeleid in Vlaamse scholen.* [Online] Vlaams instituut voor gezondheidspromotie en ziektepreventie. Available at: <http://www.vigez.be/uploads/documentenbank/32e75b2e2f0f28d2d876cad6f295f083.pdf> [Accessed 8-10-2014].

Laudens, F., 2013. *Drugpreventie bij jongeren uit etnisch-culturele minderheden. Draaiboek voor het uitvoeren van een lokale verkenning en het opzetten van preventieve acties.* [Online] VAD. Available at: <http://www.vad.be/media/1227545/draaiboekecm.pdf>

Le Projet Lama asbl, 2014. *Présentation générale.* [Online] Available at: <http://www.projetlama.be/> [Accessed 29-9-2014].

Legrand, S.A., Isalberti, C., Van der Linden, T., Bernhoft, I.M., Hels, T., Simonsen, K.W., Favretto, D., Caplinskiene, M., Ferrarra, S.D., Minkuviene, Z., Pauliukevicius, A., Houwing, S., Lillsunde, P., Langel, K., Blencowe, T., & Verstraete, A.G., 2013. Alcohol and drugs in seriously injured drivers in six European countries. *Drug testing and analysis*, 5,(3), pp.156-165.

Lewis, S. & Roberts R., A., 2001. Crisis assessment tools: the good, the bad and the available. *Brief treatment and crisis intervention*, 2001,(1), pp.17-28.

Liebling, A. & Arnold, H., 2012. Social relationships between prisoners in a maximum security prison: violence, faith and the declining nature of trust. *Jounral of criminal justice*, 40,(2012), pp.413-424.

Lievens, D., Vander Laenen, F., & Christiaens, J., 2014. Public spending for illegal drug and alcohol treatment in hospitals: an EU cross-country comparison. *Substance Abuse Traetment, Prévention, and Policy*, 9,(26),

Livingston, J., Milne, T., Lan Fang, M., & Amari, E., 2012. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders : a systematic review. *Addiction*, 107,(1), pp.39-50.

Lombaert, G., 2011. *Middelengebruik bij 12 tot 18-jarige scholieren in Brugge*, Gent: De Sleutel.

Luisetto, S. and Hensgens, P., 2014. *Mémorandum de la Fédito Walonne.* [Online] Fédito Walonne. Available at: <http://www.feditowallonne.be/documents/Memorandum_2014-19062014-20162.pdf> [Accessed 1-10-2014].

Lurigio, A.J., 2000. Drug treatment availability and effectiveness: Studies of the general and criminal justice population. *Criminal justice and behavior*, 27,(4), pp.495-528.

Macarthur, G., van Velzen, E., Palmateer, N., Kimber, J., Pharris, A., Hope, V., Taylor, A., Roy, K., Aspinall, E., Goldberg, D., Rhodes, T., Hedrich, D., Salminen, M., Hickmann, M., & Hutchinson, S., 2014. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: a review of reviews to assess evidence of effectiveness. *International Journal of Drug Policy*, 25,(1), pp.34-52.

McCabe, S.E., Boyd, C.J., Cranford, J.A., Morales, M., & Slayden, J., 2006. A modified version of the Drug Abuse Screening Test among undergraduate students. *J.Subst.Abuse Treat.*, 31,(3), pp.297-303.

McCambridge, Hawkins, B., & Holden, C., 2014. Vested interests in addiction research and policy. The challenge corporate lobbying poses to reducing society's alcohol problems: insights from UK evidence on minimum unité pricing. *Addiction*, 109,(2), pp.199-205.

McGrath, A. & Weatherburn, D., 2012. The effect of custodial penalties on juvenile reoffending. *Australian and New Zealand journal of criminology*, 45,(1), pp.26-44.

Melis, S., 2013. *VAD-leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school. Syntheserapport schooljaar 2011-2012.*, Brussels: VAD.

Melis, S., 2013. *VAD-leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school. Syntheserapport schooljaar 2010-2011*, Brussels: VAD.

Modus Vivendi, 2013. *Devenir "jobiste".* [Online] Available at: <http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique10>

Modus Vivendi, 2014. *Rapport d'activités 2013*, Brussels: Modus Vivendi.

Nagin, D.S., Cullen, F.T., & Jonson, C.L., 2009. Imprisonment and reoffending. *Crime and Justice*, 38,(2009), pp.115-200.

Nieuwbeerta, P., Nagin, D.S., & Blokland, A.A.J., 2009. Assessing the impact of first-time imprisonment on offenders' subsequent criminal career development: a matched samples comparison. *Journal of quantitative criminology*, 25,(3), pp.227-257.

OCMW Antwerpen, 2014. *Nachtopvangcentrum De Biekorf.* [Online] Available at: <http://ocmw.antwerpen.be/Overig-OCMW/Ik-zoek-hulp/Ik-zoek-hulp-Wonen/Opvangcentra/Nachtopvangcentrum-De-Biekorf.html> [Accessed 29-9-2014].

OCMW Gent, 2014. *Trajectbegeleiding voor mensen met een drugsprobleem.* [Online] Available at: <http://www.ocmwgent.be/OCMW/Opleiding-en-werk/Begeleiding-mensen-met-drugsprobleem.html> [Accessed 29-9-2014].

Palmateer, N., Hutchinson, S., McAllister, G., Munro, A., Cameron, S., Goldberg, D., & Taylor, A., 2014. Risk of transmission with sharing drug injecting paraphernalia: analysis of recent hepatitis C virus (HCV) infection using cross-sectional survey data. *Journal of Viral Hepatitis*, 21, pp.25-32.

Pardo, B., 2014. Cannabis policy reforms in the americas: a comparative analysis of Colorado, Washington and Uruguay. *International Journal of Drug Policy*, 25,(4), pp.727-735.

Plasschaert, S., Ameye, L., De Clercq, T., Walckiers, D., Sartor, F., Micalessi, I., Jossels, G., Tods, S., Goubau, P., Plum, J., Vranckx, R., & Van Oyen, H., 2005. *Study on HCV, HBV and HIV seroprevalence in a sample of drug users in contact with treatment centres or in prison*

en Belgique, 2004-2005, Brussels (la Belgique): Scientific Institute of Public HealthEpidemiology Unité.

Pleace, N., 2008. *Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence form an international review*, Edinburgh: Scottish Government Social Research.

Prochaska, J. and DiClemente, C. C, 1984. *The transtheoretical approach: towards a systematic eclectic framework*. USA: Dow Jones Irwin, Homewood IL.

Raes, V. & Lombaert, G., 2004. EuropASI: A standard in De Sleutel, la Belgique. *Journal of substance abuse*

Raes, V., Lombaert, G., & Keymeulen, R., 2004. *De Nederlandse vertaling van de handleiding voor training en afname van Europasi vraaggesprekken, aangepast voor België-Vlaanderen. Versie 2004.*, Gent: De Sleutel.

Rigter, H. and Dekker, M. M., 2014. *INCANT Study.* [Online] Erasmus Medical Center Rotterdam. Available at: <http://www.incant.eu/> [Accessed 23-10-2014].

Robaeys, G., Grebely, J., Mauss, S., Bruggmann, P., Moussalli, J., De, G.A., Swan, T., Arain, A., Kautz, A., Stover, H., Wedemeyer, H., Schaefer, M., Taylor, L., Backmund, M., Dalgard, O., Prins, M., & Dore, G.J., 2013. Recommendations for the management of hepatitis C virus infection among people who inject drugs. *Clin.Infect.Dis.*, 57 Suppl 2, pp.S129-S137.

Roberts, A. R. ed. 2005. *Crisis Intervention Handbook : Assessment, Treatment and Research.* Oxfort: Oxfort University Press.

Roegiers, J. [4-4-2014] *Senaat schriftelijke vraag nr. 5-11368*.

Rosiers, J., De Bock, M., De Donder, E., De Maeseneire, I., & Geirnaert, M., 2014. *Ginger. Preventie van alcohol nen andere drugproblemen. Rapport 2013. monitoring van activiteiten.*, Brussel: VAD.

Rosiers, J., Hublet, A., Van Damme, J., Maes, L., & Van Hal, G., 2011. *In hogere sferen? (volume 2) Een onderzoek naar het middelengebruik bij Vlaamse studenten*, Antwerp: University Antwerp.

Rosiers, J., Van Damme, J., Hublet, A., Van Hal, G., Sisk, M., Mhand, Y. S., & Maes, L., 2014. *In hogere sferen? volume 3. Een onderzoek naar het middelengebruik bij Vlaamse studenten*, Brussel: VAD

Rowe, C., Rigter, H., Henderson, C., Gantner, A., Mos, K., Nielsen, P., & Phan, O., 2013. Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. *Journal of substance abuse treatment*, 44,(4), pp.391-399.

Rwubu, M. and Hogge, M., 2013. *L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2011-2012.* [Online] Eurotox. Available at: <http://www.eurotox.org/images/stories/docs/eurotox2011-2012_usage_drogues_fwb_inthd_imprimeur.pdf> [Accessed 23-10-2013].

Sabbe, B., Malone, M., Van Ham, S., & De Wilde, B., 2008. *Onderzoek naar de effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandeling voor patiënten met een dubbeldiagnose*

Samusocial asbl, 2014. *Dispositif hivernal 2013-2014. Rapport d'activités*, http://www.samusocial.be/files/FR/Rapport_hiver_2013_2014(1).pdf:

Sasse, A. & Defraye, A., 2009. HIV infections and STI co-infections in men who have sex with men en Belgique: sustained increase in HIV diagnoses. *Euro.Surveill*, 14,(47),

Schaub, M., Henderson, C., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C., & Rigter, H., 2014. Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14,(26),

Schnittker, J. & John, A., 2007. Enduring stigma: the long-term effects of incarceration on health. *Jounral of health and social behavior*, 48,(2), pp.115-130.

Skafupova, K., Zabransky, T., & Mravcik, V., 2014. *Literature review. The levels of use of opioids, amphétamines and la cocaïne and associated levels of harm: summary of scientific evidence*, Luxembourg: EMCDDA.

Smet, V., De Ruyver, B., Colman, C., Surmon, T., Pauwels, L., Vander Beken, T., and De Moor, A., 2013. *Het aanbod van illegale drugs in België: wat weten we? Een haalbaarheidsstudie van betrouwbare indicatoren voor het drugsaanbod*. Gent: Academia press.

Spohn, C., 2007. The deterrent effect of imprisonment and offenders' stakes in conformity. *Criminal justice policy review*, 18,(1), pp.31-50.

Start-MASS, 2014. *Activités.* [Online] Available at: <http://start-mass.isosl.be/activites.htm> [Accessed 29-9-2014].

Stimson, G.V., Jones, S., Chalmers, C., & Sullivan, D., 1998. A short questionnaire (IRQ) to assess injecting risk behaviour. *Addiction*, 93,(3), pp.337-347.

Sumnall, H. and Brotherhood, A., 2012. *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*. Luxembourg: Publications Office of the European Union .

Sylvestre, D.L., 2002. Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 67,(2002), pp.117-123.

ter Bogt, T.F., de, L.M., Molcho, M., Godeau, E., Hublet, A., Kokkevi, A., Kuntsche, E., Nic, G.S., Franelic, I.P., Simons-Morton, B., Sznitman, S., Vieno, A., Vollebergh, W., & Pickett, W., 2014. Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country cross-national study. *Addiction*, 109,(2), pp.273-283.

Thaïs asbl, 2014. *Maison d'accueil pour personnes et familles en difficulté sociale en lien avec les assuétudes ou la prostitution.* [Online] Available at: <http://www.asblthais.org/spip.php?rubrique2> [Accessed 29-9-2014].

Thanki, D. and Vincente, J., 2013. *PDU (Problem Drug Use) revision summary.* [Online] EMCDDA. Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu> [Accessed 20-10-2014].

TNS Political and social, 2014. *Flash Eurobarometer 401 young people and drugs.* [Online] European Commission. Available at: <http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_401_en.pdf> [Accessed 20-10-2014].

Trempoline asbl, 2014. *Rapport d'activités 2013*, http://www.trempoline.be/documents/ra2013vfinale.pdf:

Turtelboom, A. and Milquet, J., 2012. *Nationaal Veiligheidsplan 2012-2015 Samen zorgen voor een veilige en leefbare samenleving.* [Online] Federale politie. Available at: <http://www.polfed-fedpol.be/org/org_pns_nl.php> [Accessed 6-10-2014].

Uchtenhagen, A., 2010. L'héroïne assisted treatment in Switserland a case study in policy change. *Addiction*, 105,(1), pp.29-37.

UNODC, 2013. *The challenges of new psychoactive substances. A report from the global SMART programme.* [Online] Unitéed nations office on drugs and crime. Available at: <http://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_2013_SMART.pdf>

VAD, 2010. *Lol zonder alcohol.* [Online] VAD. Available at: <http://www.acoolworld.be/> [Accessed 8-10-2014].

VAD, 2014. *Aan de slag met een lokaal alcohol- en drugbeleid: stappenplan.* [Online] VAD. Available at: <http://www.vad.be/sectoren/lokaal-beleid/een-beleid-opzetten/aan-de-slag.aspx> [Accessed 8-10-2014].

VAD, 2014. *Als kleine kinderen groot worden. Draaiboek.* [Online] VAD. Available at: <http://www.vad.be/materiaal/draaiboekenrichtlijnen/vormingsmap-als-kleine-kinderen-groot-worden.aspx?from=1171> [Accessed 8-10-2014].

Valdiserri, R., Khalsa, J., Dan, C., Holmberg, S., Zibbel, J., Holtzman, D., Lubran, R., & Compton, W., 2014. Confronting the emerging epidemic of HCV infection among young injection drug users. *American Journal of Public Health*, 104,(5), pp.816-821.

van Bussel, J. C. H. & Antoine, J., 2012, "Chapter 2. Drug use in the general population and specific targeted-groups," *In Belgian National Report on Drugs 2011. New developments, trends and in-depth information on selected issues*, N. Deprez et al., eds., Brussels: WIV-ISP, pp. 35-59.

van Buuren, S., Boshuizen, H.C., & Knook, D.L., 1999. Multiple imputation of missing blood pressure covariates in survival analysis. *Stat.Med.*, 18,(6), pp.681-694.

Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E., & Tafforeau, J., 2010. *Enquête de santé, 2008. Rapport I - Etat de santé.*, Bruxelles:

Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E., & Tafforeau, J., 2010. *Gezondheidsenquête, België 2008 - Rapport I: Gezondheidstoestand*, Brussel: Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Van Hal, G., Rosiers, J., Bernaert, I., & Hoeck, S., 2007. *In hogere sferen? Een onderzoek naar het middelengebruik bij Antwerpse studenten*, Antwerpen: Universiteit Antwerpen.

Van Havere, T., Lammertyn, J., Vanderplasschen, W., Bellis, M.A., Rosiers, J., & Broekaert, E., 2012. Illicit drug use in the Flemisch Nightlife scene between 2003 and 2009. *European Addiction Research*, 18, pp.153-160.

Van Havere, T., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Bellis, M.A., 2011. Drug use and nightlife: more than just dance Music. *Substance Abuse Traetment, Prévention, and Policy*, 27,(6), pp.6-18.

Van Huyck, C., Béduwé, C., Noel, L., & Baufay, F., 2014. *Plan bruxellois de réduction des riques liés à l'usage de drogues*, Bruxelles: Modus Vivendi asbl et FEDITO bruxelloise.

Van Malderen, S. 2011, Monitoring drug use and related problems in Belgian prisons as a tool for policy making : difficulties and challenges, *In Reitox Academy : Drug use among prison population. Scope and responses.*.

Vander Laenen, F., De Ruyver, B., and Vanderplasschen, W., 2011. *Drug treatment court Ghent, qualitative outcome evaluation.* [Online] Belspo. Available at: <http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=en&COD=DR/61> [Accessed 3-7-2014].

Vander Laenen, F., De Ruyver, B., Christiaens, J., and Lievens, D., 2011. *Drugs in cijfers III, Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid in België*. Gent: Academia Press.

Vander Laenen, F., Vandam, L., & Colman, C., 2010. Met velen aan de tafel: goede voorbeelden van een integraal en geïntegreerd drugbeleid. *Tijdschrift verslaving*, 6,(4), pp.54-71.

Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Smet, V., De Maeyer, J., Buckinx, M., Van Audenhove, S., Ansseau, M., & De Ruyver, B., 2013. *Analysis and Optimization of Substitution Treatment en Belgique (SUBANOP)*, Gent: Academia Press.

Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., De Keulenaer, S., & Thomas, S., 2013. *Het pilootproject drugsbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie*, Gent: Academia Press.

Vanderplasschen, W., 2014. *'s Werelds grootste drugsonderzoek: de Belgische resultaten.* [Online] Available at: <https://www.ugent.be/nl/actueel/persberichten/global-drug-survey-onderzoek.htm> [Accessed 2-10-2014].

Vanderplasschen, W., Vandevelde, S., & Broekaert, E., 2014. *Therapeutic communitéies for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challanges*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.

VandeWalle, G., Wayenberg, E., Dormeals, A., & Easton, M., 2010. De plaats en betekenis van evaluatie in de interbestuurlijke veiligheids- en preventieplannen. *Panopticon*, 31,(3), pp.40-57.

Vanhaelemeesch, D., 2012. Leven met een uurrooster... een persoonlijke ervaring met een enkelband. *Fatik*, 2012,(134), pp.4-9.

Vanheule, S. & Bogaerts, S., 2005. The factorial structure of the GHQ-12. *Stress and Health*

Vanhove, W., Surmont, T., Van Damme, P., & De Ruyver, B., 2014. Filling in the blanks. An estimation of illicit cannabis growersGÇÖ profits en Belgique. *International Journal of Drug Policy*, 25,(3), pp.436-443.

Vigez, 2014. *Gezond opvoeden.* [Online] Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie. Available at: <http://www.gezondopvoeden.be/> [Accessed 8-10-2014].

Ville de Charleroi, 2014. *Ulysse, abri de nuit.* [Online] Ville de Charleroi. Available at: <http://www.charleroi.be/node/166> [Accessed 29-9-2014].

Vorma, H., Sokero, P., Aaltonen, M., Turtiainen, S., Hughes, L.A., & Savolainen, J., 2013. Participation in opioid substitution treatment reduces the rate of criminal convictions: Evidence from a communitéy study. *Addictive Behaviors*, 38,(2013), pp.2313-2316.
Weerwerk, 2014. *WeerWerk - Sterk in maatwerk.* [Online] Available at: <http://www.weerwerk.net/> [Accessed 29-9-2014].

WHO, 1986. *Ottawa charter for health promotion.* [Online] World health organisation. Available at: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1> [Accessed 8-10-2014].

WHO, 2010. *Brief intervention. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in primary care.* [Online] World Health Organisation. Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599399_eng.pdf?ua=1>

WHO, 2012. *Prévention and control of viral hepatitis infection: framework for global action*, Geneva: World Health organisation.

WHO, 2012. *Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO, UNODC, & UNAIDS, 2012. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prévention, treatment and care for injecting drug users*, Geneva: WHO.

Wilms, B., 2014. *Adapte-youth: adaptation of existing, international guidelines on the treatment, screening and prévention of alcohol and drug misuse in youngsters to the Belgian local context (2011-2013).* [Online] KULeuven. Available at: <http://ppw.kuleuven.be/home/english/research/mesrg/publications-of-research-projects> [Accessed 8-10-2014].

Windelinckx, T., 2011. *Evaluatie Onderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2010.*, Antwerp: Free Clinic.

Windelinckx, T., 2012. *Evaluatie Onderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2011.*, Antwerp: Free Clinic.

Windelinckx, T., 2013. *Evaluatie onderzoek project spuitenruil 2012*, Antwerp: Vlaamse spuitenruil, Free clinic vzw.

Windelinckx, T., 2014. *Rapport evaluatie onderzoek spuitenruil vlaanderen 2013* Vlaamse Spuitenruil, Free Clinic vzw, Antwerpen.

Winstock, A, 2014. *The Global Drug Survey 2014 findings.* [Online] Available at: <http://www.globaldrugsurvey.com/facts-figures/the-global-drug-survey-2014-findings/> [Accessed 2-10-2014].

Wittouck, S., Vander Laenen, F., Dekkers, A., Vanderplasschen, W., & De Ruyver, B., 2013. Uitkomsten- en recidieveonderzoek van de Gentse drugbehandelingskamer. *Therapeutisch programma voor druggebruikers*, 21,(4), pp.3-10.
WIV-ISP. 2014. Belgian Treatment Demand Indicator Register (BTDIR).

Liste alphabétique des adresses internet intéressantes et des bases de données

Cette liste alphabétique continent uniquement les sites belges spécifiquement liés aux drogues qui contiennent de l'information de base sur les drogues illégales. (accédé le 31/10/2014).

Belgian Early Warning System on Drugs - Information sur le système d'alerte précoce [EN]

ewsd.wiv-isp.be

Belgian Health Interview Survey - Information sur l'enquête de santé dans la population générale [FR-NL-EN]

his.wiv-isp.be

Breakline - Groupe de prévention pour les fêtards [NL]

www.breakline.be

Cannabis Hulp - Traitement en ligne et prévention pour les consommateurs de cannabis [NL]

www.cannabishulp.be

De Druglijn - Information sur les drogues en général [NL]

www.druglijn.be

Drug Hulp - Traitement en ligne et prévention pour les consommateurs de drogues [NL]

www.drughulp.be

Drugs in beweging - Initiative de prévention pour les jeunes [NL]

www.drugsinbeweging.be

Service public fédéral santé - Cellule drogues [FR-NL]

www.health.belgium.be

Service public fédéral justice - Thème drogues [FR-NL]

www.justitie.belgium.be

Agence flamande pour les soins et la santé - Thème santé mentale [NL]

http://www.zorg-en-gezondheid.be

VLASPAD (VUB) - Projet de recherche dans les écoles flamandes sur l'alcool et autres drogues [NL]

www.vlaspad.be

Infor Drogues - Information sur les drogues en général [FR]

www.infor-drogues.be

Plateforme de concertation en Santé mentale de la Région de Bruxelles-Capitale [FR-NL]

www.pfcsm-opgg.be

Modus Vivendi - Information sur la prévention et la réduction des risques [FR]

www.modusvivendi-be.org

VAD - Association sans but lucratif pour les problèmes liés à l'alcool et autres drogues [FR-NL-EN]

www.vad.be

SPZ - Centre psycho-social de la communauté germanophone [DE-FR-NL]

www.spz.be

EUROTOX - Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en communauté française [FR]

www.eurotox.org

Indicateur de la demande de traitement en Belgique - Information sur le collecte de l'indicateur [FR-NL]

tdi.wiv-isp.be

BELSPO - Bureau de la politique scientifique fédérale qui finance des projets de recherche sur les drogues [FR-NL-EN]

www.belspo.be

VAD Ginger – Information sur les activités de prévention liées aux drogues ou à l'alcool [NL]

www.vadginger.be

PortailDrogues – Base de données des centres de traitement, des formations et de la documentation liée aux drogues et à l'alcool [FR]

www.ida-fr.be

IDA - Information sur les drogues et l'alcool [NL]

www.ida-nl.be

BiblioDrogues - Base de données de publications sur les drogues et l'alcool [FR]

www.biblio-drogues.be

OutilsDrogues - Registre d'outils liés à la prévention et à la réduction des risques pour les drogues ou l'alcool [FR]

www.outils-drogues.be

FEDITO BXL - Fédération bruxelloise des institutions pour toxicomanes [FR]

www.feditobxl.be

FEDITO Wallonne - Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes [FR]

www.feditowallonne.be

Plate-forme de réduction des risques - Initiative pour réduire les méfaits liés à la drogue [FR]

reductiondesrisques.be

Annexe 1: Liste des abbréviations

Abbréviation	Explication
4-FA	4-fluoro-amphétamine
4-MA	4-Méthylamphétamine
5F-AKB48	N-((3s,5s,7s)-adamantan-1-yl)-1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3-carboxamide
5F-UR144	XLR-11
6-APB	6-(2-aminopropyl)benzofuran
A&D	Alcool et drogues
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (*Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité*)
AFMPS	Agence fédérale des médicaments et des produits de la santé
ALFA	Aide Liégeoise aux Alcooliques et à leur Famille
AM-2201	1-(5-fluoropentyl)-1H-indol-3-yl]-1-naphthalenyl-methanone
APAAN	Alpha-phénylacétoacétonitrile
APB	Algemene Pharmaceutische Bond - Association Pharmaceutique Belge
ASBL	Association sans but lucratif
ASL	Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung (*Association pour la prévention des addictions et la gestion de vie)*
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
B.S/M.B	Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge
BELSPO	Bureau de la politique scientifique fédérale belge
BELTA	Belgian Lung and Tuberculosis Association (*Association belge des poumons et de la tuberculose*)
BEWSD	Belgian Early Warning System on Drugs (*Système d'alerte précoce belge sur les drogues)*
BHIS	Belgian Health interview Survey (*Enquête belge de santé par interview*)
BMCDDA	Belgian Monitoring Centre for drugs and drug addiction (*Observatoire belge des drogues et toxicomanies*)
BMK	benzylméthylketon (1-phényl-2-propanone)
BNG	Base de données nationale générale
BTDIR	Belgian Treatment Demand Indicator Register (*Registre belge de l'indicateur de la demande de traitement*)
CAD	Centre pour l'alcool et autres drogues

CAPI	Computer-Assisted Personal Interviewing (*Interview personnelle assistée par ordinateur*)
CBPS	Centre Bruxellois de Promotion de la santé
CCT	Convention collective de travail
CD4	Cluster of Differentiation 4
CEBAM	Belgian Centre for Evidence-Based Medicine (*Centre belge pour la médecine factuelle*)
CGOP	Centraal Georganiseerd Overleg Politie (*Police organisée de manière centrale et concertée*)
CICs	Crisis Intervention Centres (*Centres d'intervention de crise*)
CIM	Classification internationale des maladies, blessures et causes de mortalité
CIU	Central Intake Unit (*Unité centrale de prise en charge*)
CLDB	Coordination Locale Drogues Bruxelles
COCOF	Commission Communautaire Française
COCOM	Commission Communautaire Commune
CPAS	Centre Public d'Aide Sociale
CRA	Community Reinforcement Approach (*Approche communautaire renforcée*)
CT	Communauté thérapeutique
CTT	Chambre du traitement de la toxicomanie
DAST	Drug Abuse Screening Test (*Test de dépistage de l'abus de drogues*)
DG MJH	Direction Générale des maisons de justice
DGJ-DJP	Direction Générale de la police judiciaire - Direction du crime envers les personnes
DMT	N,N-Diméthyltryptamine
DOB	Dimethoxybromoamphétamine
DOC	2,5-dimethodxy-4-chloro-amphétamine
DRD	Drug-Related Deaths (*Mortalité liée à la drogue*)
DSM	Diagnostic and statistical Manual on Mental health (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*)
ED	Emergency Department (*Service d'urgence*)
EHIS	European Health Interview Survey (*Enquête européenne santé par interview*)
EMCDDA	European Monitoring Centre for drugs and drug addiction (*Observatoire européen des drogues et toxicomanies*)
ESPAD	European School survey Project on Alcohol and other Drugs (*Enquête*

	européenne dans les écoles sur l'alcool et autres drogues)
EuropASI	European Addiction Severity Index (*Index européen de sévérité de l'addiction*)
EWS	Early Warning System (*Système d'alerte précoce*)
FARES	Fonds des Affections Respiratoires
FEIAT	Fédération des Employeurs des Institutions Ambulatoires pour Usagers de drogues
GBL	Gamma-butyro-lactone
GHB	Gamma-Hydroxybutyric acid
GHQ	General Health Questionnaire (*Questionnaire général de santé*)
GP	General Practitioner (*Médecin généraliste*)
GPS	General Population Survey (*Enquête générale dans la population*)
HBsAg	Hepatitis B Surface antigen
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (*Comportement de santé chez les enfants en âge de scolarité*)
IC	Intervalle de confiance
ICT	Information and communications technology (*Technologie de l'information et des communications*)
IDA	Information on Drugs and Alcohol (*Information surf les drogues et l'alcool*)
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
INCC	Institut National de Criminalistique et de Criminologie
IRCP	Institute for International Research on Criminal Policy
ISD	Institute of Social Drug research
LRS	Laboratoires de référence SIDA
LSD	Lysergic Acid Diethylamide
MAM	Monoacetylmorphine
MASS	Maisons d'accueil socio-sanitaires
mCPP	meta-Chlorophénylpiperazine
MDA	3,4-Méthylenedioxyamphétamine
MDEA	Méthylenedioxyethylamphétamine
MDFT	Multi-Dimensional Family Therapy
MDMA-HCl	3,4-Méthylenedioxy-N-Méthamphétamine hydrochloride salt
PANA	Plan d'Action National Alcool
NEP	Needle Exchange Programme (*Les programmes d'échanges de seringues*)

NPS	New Psychoactive Substances
PMA	para-Methoxyamphétamine
PMK	Piperonylméthylketon
PMMA	para-Methoxyméthamphétamine
QRI	Questionnaire sur les risques de l'injection
RAR	Rapid Assessment and Response (*Evaluation et riposte rapide*)
RGM	Registre général de mortalité
SBIRT	Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment *(le dépistage, l'intervention ponctuelle et l'orientation vers un traitement)*
SEM-J	Screeningsinstrument Ervaringen met Middelengebruik – Jongeren (*Instrument de dépistage d'une expérience avec un usage de substances - jeunesse*)
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIPAR	Système Informatique PARajudiciaire
SPF	Service public fédéral
SSPF	Société Scientifique des Pharmaciens Francophones
TAD	Tobacco, Alcohol and Drugs (*Tabac, alcool et drogues*)
TDI	Treatment Demand Indicator
THC	Tetrahydrocannabinol
TPHA	Treponema pallidum haemagglutination
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
UCL	Université catholique de Louvain
UDI	Usage de drogue par injection
UE	Union européenne
ULB	Université Libre de Bruxelles
VAD	Vereniging voor alcohol en andere drugproblemen (*Association pour l'alcohol et autres problèmes de drogues*)
VHB (ab)	Virus Hépatite B (anticorps)
VHC (ab)	Virus Hépatite C (anticorps)
VIGEZ	Vlaams Instituut voor de Gezondheid (*Institut flamand pour la promotion de la santé*)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VLASPAD	VLAams SchoolonderzoeksProject naar Alcohol en andere Drugs *(Projet flamand d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et d'autres drogues)*

VRGT	Vlaamse vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculose bestrijding (*Association flamande pour les soins de santé respiratoires et la lutte contre la tuberculose)*
WHO	World Health Organisation *(Organisation mondiale de la santé)*
WIV-ISP	Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid – Institut Scientifique de Santé Publique

Annexe 2: Liste des tableaux

Tableau 1.1. Projets financés par le fonds addiction, Belgique, 2013 13

Tableau 2.1. Fréquence de l'usage de cannabis (%) parmi les étudiants chez les consommateurs de cannabis "au cours des 12 derniers mois" en communauté flamande 27

Tableau 3.1. Prévalence des appels par genre et substance (% et N), DrugLijn et Infor-drogues, 2013 46

Tableau 4. 1. Nombre estimé et prevalence de l'usage de drogue par injection au cours de la vie (15-64 ans), 2002-2012 66

Tableau 4. 2.Prévalence (%) de l'usage de drogue par injection et de la polyconsommation de drogues durant un événement dans le milieu festif en Communauté française, 2006-2013 69

Tableau 4.3. Usagers de drogues par injection au cours de la vie et polyusage de drogues chez les personnes recrutées en rue en Communauté française, 2013..... 71

Tableau 5. 1. Réseau des institutions de prise en charge ambulatoire (nombre total d'unités)..... 78

Tableau 5.2. Prise en charge totale de traitements ambulatoires pour des demandes de traitement pour des drogues illicites (nombre de clients), 2013 79

Tableau 5. 3. Réseau d'institutions de prise en charge résidentielle (nombre total d'unités)..... 80

Tableau 5.4. Prise en charge totale de traitements résidentiels pour des demandes de traitement pour des drogues illicites (nombre de clients), 2013 81

Tableau 5.5. Caractéristiques des patients entrant en traitement en 2013 par type de drogue principale..... 82

Tableau 5.6. Caractéristiques des patients recevant de la methadone ou de la buprenorphine en 2013 par type de susbtance 84

Tableau 6.1. Taux de prévalence (%) de séropositivité au VIH parmi les usagers de drogues injectables au cours de la vie en traitement en région flamande, 2006-2012 93

Tableau 6.2. Taux de prevalence de l'Hépatite B parmi les usagers de drogues injectables au cours de la vie dans les institutions de traitement et de diagnostic, De Sleutel et Free clinic, Communauté flamande, 2006-2013..... 94

Tableau 6. 3. Réponses au questionnaire sur les risques de l'injection (QRI), Services d'échange de seringues en Communauté flamande, 2013..... 97

Tableau 6.4. Proportion de comportement d'injection à risques parmi les usagers de drogues injectables recrutés en rue (%), Modus Vivendi (Opérations Boule de Neige), Communauté française, 2006-2013..... 99

Tableau 6.5. Proportion de substances illicites mentionnées durant les demandes téléphoniques recues par le centre belge antipoison, Belgique, 2013 100
Tableau 6.6. Prévalence de co-morbidité psychiatrique des clients entrant en traitement (De Sleutel), Communauté flamande, 2006-2013 101
Tableau 6.7. Nombre de décès dus à la drogue (15-64 ans) basé sur le registre général de mortalité (Sélection B) pour la Belgique, 2004-2011 103

Tableau 7.1. Caractéristiques démographiques et profil d'utilisation des personnes admise en CIC en 2013 par substance 108

Tableau 8.1. Exemples d'initiatives d'hébergement temporaire et d'hébergement d'urgence en Belgique..... 125
Tableau 8.2. Exemples des initiatives d'aide au logement, de foyers de transition et d'aide à la vie autonome en Belgique..... 126
Tableau 8.3. Exemples d'initiatives dans la recherche d'un logement durable en Belgique 127
Tableau 8.4. Exemples d'initiatives en matière d'éducation et de formation en Belgique 128
Tableau 8.5. Exemples d'initiatives en matière d'emploi en Belgique 128
Tableau 8. 6. Exemples d'initiatives en matière de loisirs en Belgique 129

Tableau 9.1. Substances détectées dans les échantillons de sang après un test de dépistage salivaire positif, 2013 136

Tableau 10. 1. Nombre de saisies de drogues par substance, 2007-2013…….. 157
Tableau 10.2. Quantités totales de drogues saisies par substance, 2007-2013…. 159
Tableau 10.3. Quantités de précurseurs saisis de 2011 à 2013…….161
Tableau 10.4. Nombre et type de laboratoire de drogues de synthèses démantelé par les services de police belges entre 2007 et 2013…….. 162
Tableau 10.5. Nombre de plantations de cannabis saisies, par taille de plantation, 2008-2013……164
Tableau 10. 6. Prix du cannabis en rue (euro), 2008 – 2013……..166
Tableau 10.7: Prix de l'héroïne en rue (euro), 2008-2013……...167
Tableau 10.8. Prix de la cocaïne en rue (euro), 2008-2013…… 167
Tableau 10.9. Prix de l'amphétamine en rue (euro), 2008 - 2013…….168
Tableau 10.10. Prix de l'ecstasy et du LSD en rue (euro), 2008 – 2013……...169
Tableau 10.11. Adultérants/produits de coupe trouvés dans les drogues en poudre en 2013…….177

Annexe 3: Liste des figures

Figure 2. 1. Fréquence relative (%) de l'usage de cannabis au cours de la vie, de l'année dernière et régulier parmi les étudiants (de 12 à 18 ans) des écoles de la communauté flamande, 2000-2012 ……24

Figure 2. 2. Fréquence relative (%) de l'usage de substances psychoactives illicites autres que le cannabis au course de la vie ou de l'année dernière parmi les étudiants (de 12 à 18 ans) des écoles de la communauté flamande, 2000-2012……25

Figure 2.3. Proportion (%) des jeunes âgés de 15 à 24 ans rapportant l'usage de cannabis, 2014……...30

Figure 2.4. Proportion (%) de jeunes âgés de 15 à 24 ans rapportant l'usage de NPS, 2014 ……31

Figure 5. 1. Proportion (%) des demandes de traitement par substance principale, 2013 ……82

Figure 5. 2. Evolution du nombre de clients débutant un traitement pour la première fois, par substance principale dans les centres avec une convention avec l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité ……86

Figure 5. 3. Evolution du nombre de clients débutant un traitement, par substance principale dans les centres avec une convention avec l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité……...87

Figure 5.4. Evolution du nombre de clients recevant de la methadone ou de la buprénorphine, 2009-2013……...87

Figure 6.1. Taux de prévalence du VIH parmi les usagers de drogues injectables et intervalle de confiance de Wilson de 95% par année et source, 1995-2013……...93

Figure 6.2. Taux de prevalence de l'Hépatite B parmi les usagers de drogues injectables au cours de la vie dans les institutions de traitement et de diagnostic, Communauté flamande, 2006-2013……...95

Figure 7.1. Nombre de seringues distribuées et récupérées en Communauté flamande (FL) et en Communauté française (FR) par les services d'échanges de seringues (NEP) et par les pharmaciens (Pharma), 1994-2013……..113

Figure 7.2. Taux de récupération des seringues distribuées par les services d'échange de seringues en Communauté flamande et française, 1994-2013……..114

Figure 8.1. Evolution de la proportion de personnes avec un faible niveau d'éduction dans la population générale et la population des usagers de drogues (15 ans et plus) entre 2011 et 2013 ……..122

Figure 8.2. Evolution du taux de chômage dans la population générale et dans la population des usagers de drogues (15-64 ans) entre 2011 et 2013 ……123

Figure 9.1. Infractions à la législation en matière de drogues en relation avec le nombre total d'infractions, Belgique, 2010-2013…… 132

Figure 9.2. Proportion des infractions à la législation en matière de drogues par catégories, Belgique, 2010-2013 ……..133
Figure 9. 3. Infractions à la législation en matière de drogues comme principale infraction, par type de drogue, 2010-2013 ……..134
Figure 9. 4. Nombre de nouvelles missions dans les maisons de justices pour les infractions liées à la drogue entre 2006 et 2013……140
Figure 9.5. Affaires liées à la drogue ou au dopage entrer dans les tribunaux de première instance entre 2006 et 2013 ……142
Figure 9. 6. Proportion de traitées aux tribunaux de la jeunesse en comparaison avec les tribunaux pour adultes, Belgium, 2013……142
Figure 9.7. Proportion de décisions mettant fin à l'instance pour les affaires liées à la drogue ou au dopage au niveau du tribunal de première instance, 2013……..143
Figure 9.8. Condamnations et suspensions pour les narcotiques, les somnifères et les substances psychotropes, 2006-2012……...144

Figure 10.1. Concentration moyenne en THC (%) dans les échantillons de cannabis (herbe et résine), 2002-2013 ……171
Figure 10.2. Teneur moyenne en MDMA (mg) dans les comprimés d'ecstasy, 2002-2013……...172
Figure 10.3. Pureté moyenne (%) de la cocaïne, de l’héroïne et des amphétamines, 2002-2013……173
Figure 10. 4. Composition des comprimés des substances illicites ……174
Figure 10.5. Description des tablettes de la catégorie "autre" ……175

Annexe 4: Liste des références complètes des lois en langue originale

Néerlandais

---

31 december 1930 - Koninklijk besluit houdende regeling van de slaapmiddelen en de verdovende middelen en betreffende risicobeperking en therapeutisch advies (B.S. 10.01.1931).

29 juni 1964 - Wet betreffende de opschorting, het uitstel en de probatie (B.S. 17.07.1964)

22 januari 1998 - Koninklijk besluit tot reglementering van sommige psychotrope stoffen en betreffende risicobeperking en therapeutisch advies (B.S. 14.01.1999).

4 juli 2001 - Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden voor het afleveren van geneesmiddelen die één of meer tetrahydrocannabinolen bevatten (B.S. 19.07.2001)

29 juni 2003 - Koninklijk besluit betreffende het informeren van het Belgisch Focal Point van het Europees informatienetwerk over drugs en drugsverslaving (B.S. 14.07.2003)

19 maart 2004 - Koninklijk besluit tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen (B.S. 30.04.2004)

12 januari 2005 - Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden (B.S. 01.02.2005)

Interministeriële Conferentie Volksgezondheid Drugs 13.2. - Registratie van de behandelingsaanvragen via de Treatment Demand Indicator Registratie van de behandelingsaanvragen via de operationalisatie van de Europese Treatment Demand Indicator (B.S. 03.05.2006)

7 december 2006 - Koninklijk besluit betreffende de strategische veiligheids- en preventieplannen (B.S. 22.12.2006)

5 maart 2009 - Decreet betreffende het aanbod van ambulante diensten in de domeinen van de sociale actie, het gezin en de gezondheid (B.S. 08.05.2009)

30 april 2009 - Decreet betreffende de erkenning met het oog op de toekenning van subsidies en de toekenning van subsidies aan de zorg- en hulpverleningsnetwerken en -diensten gespecialiseerd in verslavingen, alsook de erkenning met het oog op de toekenning van subsidies en de toekenning van subsidies aan hun federaties (B.S. 25.06.2009)

25 januari 2010 - Een global en geïntegreerd drugsbeleid voor België. Gemeenschappelijke verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs (B.S. 15.04.2010)

8 april 2011 - Koninklijk besluit tot bepaling van de datum van inwerkingtreding en uitvoering van verscheidene bepalingen van de titels III en V en VII van de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden (B.S. 21.04.2011)

Protocolakkoord `HIV-plan 2014-2019' Gelet op de specifieke bevoegdheden waarover de Federale overheid en de Overheden bedoeld in artikel 128,130 en 135 van de Grondwet (B.S. 21.11.2013)

24 december 2013 - Ministerieel besluit tot bepaling van de indienings-, opvolgings- en evaluatievoorwaarden en tot bepaling van de toekennings-, aanwendings- en controlevoorwaarden van de financiële toelage van de strategische veiligheids- en preventieplannen 2014-2017 (B.S. 31.12.2013)

7 februari 2014 - Wet tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, psychotrope stoffen, ontsmettingsstoffen en antiseptica en van de stoffen die kunnen gebruikt worden voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen (B.S. 10.03.2014)

Français

---

31 décembre 1930 - Arrêté royal réglementant les substances soporifiques et stupéfiantes, et relatif à la réduction des risques et à l'avis thérapeutique (M.B. 10.01.1931)

29 juin 1964 - Loi concernant la suspension, le sursis et la probation (M.B. 17.07.1964)

22 janvier 1998 - Arrêté royal réglementant certaines substances psychotropes et relatif à la réduction des risques et à l'avis thérapeutique (M.B. 14.01.1999)

4 juillet 2001 - Arrêté royal déterminant les conditions pour la délivrance des médicaments contenant un ou des tétrahydrocannabinol(s) (M.B. 19.07.2001)

29 juin 2003 - Arrêté royal relatif à la transmission d'informations au Point Focal belge du réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies (M.B. 14.07.2003)

19 mars 2004 - Arrêté royal réglementant le traitement de substitution (M.B. 30.04.2004)

12 janvier 2005 - Loi de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus (M.B. 01.02.2005)

Conférence interministérielle Santé publique Drogues 13.2 - Enregistrement des demandes de traitement via le Treatment Demand Indicator Enregistrement des demandes de traitement via l'opérationnalisation du Treatment Demand Indicator Européen (M.B. 03.05.2006)

7 décembre 2006 - Arrêté royal relatif aux plans stratégiques de sécurité et de prévention (M.B. 22.12.2006)

5 mars 2009 - Décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé (M.B. 08.05.2009)

30 avril 2009. - Décret relatif à l'agrément en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions aux réseaux et aux services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ainsi qu'à la reconnaissance en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions à leurs fédérations (M.B. 25.06.2009)

25 janvier 2010 - Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique. Déclaration Conjointe de la Conférence Interministérielle Drogues (M.B. 15.04.2010)

8 avril 2011 - Arrêté royal déterminant la date d'entrée en vigueur et d'exécution de diverses dispositions des titres III et V de la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus (M.B. 21.04.2011)

Protocole d'accord `Plan VIH 2014-2019' Vu les compétences respectives dont l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution (M.B. 21.11.2013)

24 décembre 2013 - Arrêté ministériel déterminant les modalités d'introduction, de suivi, d'évaluation et déterminant les modalités d'octroi, d'utilisation et de contrôle de l'allocation financière relatives aux plans stratégiques de sécurité et de prévention 2014-2017 (M.B. 31.12.2013)

7 février 2014 - Loi modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes (M.B. 10.03.2014)