eurotox

L'usage de drogues en Communauté française

Rapport
Communauté française
2010

L. CASERO, M. HOGGE, M. RWUBU
PH. BASTIN, M. DAL, C. VANHUYCK

EUROTOX ASBL
OBSERVATOIRE SOCIO-EPIDÉMIOLOGIQUE
ALCOOL-DROGUES
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE
DE BELGIQUE

Ministère de la Communauté française

AVEC LE SOUTIEN DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Table des matières

Introduction 7

Remerciements 14

1. Cadre légal et organisationnel 15

1.1. Organisation 15
- 1.1.1. Compétences 15
- 1.1.2 Les stratégies politiques 16

1.2. Financement public du secteur toxicomanie 18
- 1.2.1. Considérations générales 18
- 1.2.2. L'Etat fédéral 19
- 1.2.3. La Communauté française 19
- 1.2.4. La Communauté germanophone 20

1.3. Les développements législatifs et réglementaires récents 21
- 1.3.1. Démarche d'évaluation qualitative des services ambulatoires bruxellois telle que définie dans le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé : rôles de la CADEQ et du CBCS. 21
- 1.3.2. Projet de conclusions du Conseil de l'Europe sur la prévention et la réduction des risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues illicites dans les milieux festifs - 26 octobre 2010 23
- 1.3.3. Loi relative à l'introduction des tests salivaires en matière de drogues dans la circulation - 31 juillet 2009 24

1.4. Débat/évolution de la situation 27
- 1.4.1. Réduction des risques selon le conseil de l'Europe : « Where is the evidence ? » 27
- 1.4.2. Crache test : why ? 29
- 1.4.3. Evaluation des dispositifs de santé en Communauté française ; tables rondes assuétudes et préparation d'un PCO. 35
- 1.4.4. Où en est la prévention des assuétudes dans les écoles en Communauté française ? 44

2. Situation épidémiologique et tendances 47

2.1. La prévalence des usages de drogues 47
- 2.1.1. L'usage de drogues dans la population générale 47
- 2.1.2. L'usage de drogues chez les jeunes 57
- 2.1.3. L'usage des drogues en prison 60

2.2. Les conséquences sur la santé 70
2.2.1. Demande de traitement auprès des services spécialisés en toxicomanies : données issues de l'indicateur de la demande de traitement (TDI) 70
2.2.2. La morbidité en rapport avec la consommation de drogues 95
2.2.3. La mortalité en rapport avec la consommation de drogues 102

2.3. Les conséquences sociales 105
2.3.1. Données recueillies par les forces de l'ordre 105
2.3.2 Accidents de la route 107
2.3.3. Disponibilité et offre 108

3. Données indicatives sur l'usage de drogues dans des groupes spécifiques 115

3.1. L'usage de drogues en milieu festif 115
3.1.1. Les proportions de consommation rapportées au cours de l'évènement 116
3.1.2. Type de consommation et polyconsommation au cours de l'évènement 117
3.1.3. Modes de consommation : sniff et injection 119
3.1.4. Le retour après l'événement 119

3.2. L'usage de drogues «en rue» 120
3.2.1. Les proportions de consommation du public de rue 121
3.2.2. Les usagers de drogues par injection (UDI) rencontrés en rue 122
3.2.3. Comportement à risque chez les UDI 122

3.3. Données issues du dispositif d'accessibilité au matériel d'injection 123
3.3.1. La distribution de seringues via les comptoirs 124
3.3.2. L'échange de seringues 125
3.3.3. Les Stéricups® 125
3.3.4. Les pochettes d'injection en pharmacie (Stérifix®) 126

3.4. L'usage de drogues chez les personnes prostituées 126

4. Cadre et missions d'Eurotox 131

Introduction 131

4.1. Sous-Point Focal de l'OEDT 132
4.1.1. Missions du Sous-Point Focal Eurotox 132

4.2. Observatoire Socio-Epidémiologique Alcool Drogues en Communauté française 136
4.2.1. Rapport sur l'usage de drogues en Communauté française 136
4.2.2. Développement du recueil de données (système de monitoring) en Communauté française 136

4.3. Autres activités de l'asbl Eurotox 138
4.3.1. Recherche 138
4.3.2. Action spécifique 140

5. Bibliographie 141

6. Liste des tableaux et figures 145

7. Annexes 149

7.1. Exemple de message d'information lancé par Eurotox vers le réseau du système d'alerte précoce (Early Warning System – EWS) 149

7.2. Exemple de message d'information dans le cadre du système d'alerte précoce du VAD (EWS VAD) : possible circulation 151

7.3. Exemple d'échange de messages via le «yahoo group» sur les tendances émergentes créé par Eurotox : Cocaïne free-base («crack») prêt à l'emploi. 153

7.4 Exemple d'échange de messages via le «tedi group» : Cocaïne free-base («crack») prêt à l'emploi. 155

Introduction

L'asbl Eurotox est l'auteur du présent rapport. Elle remplit, depuis septembre 2000, les missions d'Observatoire Socio-Epidémiologique Alcool-Drogues en Communauté française et de Sous-Point Focal belge de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies. Il s'agit du sixième rapport socio-épidémiologique produit par Eurotox sur l'usage de drogues (légales et illégales) en Communauté française. Il couvre les données épidémiologiques de l'année 2008 (ou 2009, lorsqu'elles étaient disponibles). Il arrive toutefois que des années antérieures soient prises en compte, de manière à dégager des tendances sur un long terme. Pour ce qui est des données sociologiques et de cadre légal ou réglementaire, le rapport est plus souple, remontant parfois en amont, descendant parfois en aval de l'année 2010.

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

Le PREMIER CHAPITRE décrit le **cadre légal et organisationnel** relatif aux assuétudes en Belgique en général, et en Communauté française en particulier. Il aborde la question des **compétences des différents pouvoirs publics concernés**, du **financement public** et des **développements législatifs** ou de **stratégies politiques** récents.

On y fera ainsi la connaissance de la **démarche d'évaluation qualitative des services ambulatoires bruxellois** (DEQ), instituée par un décret paru le 5 mars 2009, et de la Cellule d'accompagnement de la démarche d'évaluation qualitative (CADEQ). Ce processus doit être auto-administré et permanent, et porter sur un ou plusieurs thèmes de travail à choisir dans une liste de thèmes propres au secteur du service concerné. Ceux-ci sont définis en collaboration par les services, le Collège de la COCOF et le Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé. Le Collège est réputé accompagner la DEQ des services. Pour ce faire, il a créé en son sein, la Cellule d'accompagnement de la démarche d'évaluation qualitative (CADEQ). Cette cellule administrative peut être consultée par les services qui souhaitent bénéficier d'un accompagnement méthodologique dans la DEQ. La DEQ devra elle-même aussi être évaluée.

Vient ensuite une surprise, en la matière d'une **note** rédigée dans les ***conclusions de la présidence belge de l'Union Européenne,*** note **visant à promouvoir la prévention des assuétudes et la réduction des risques** liés aux usages de drogues. Cependant, on constatera que ce texte avance avec une telle prudence qu'on peut se demander s'il ne ménage pas la chèvre et le chou au point d'en devenir étrangement neutre, devenant une sorte d'auberge espagnole où les gouvernements européens à vocation plus sécuritaire trouveront du pain bénit tout autant que les gouvernements à vocation plus sanitaire (puisque, singulièrement, on propose parmi d'autres choses, que les intervenants socio-sanitaires travaillent main dans la main avec la

police). On pourra aussi s'étonner, notamment, de la présence de ce qui ressemble fort à une exigence de données « *evidence-based* », présentées comme nécessaires à promouvoir ces politiques, alors même que, comme le montreront plusieurs sources, de telles données existent déjà et ne sont pas mentionnées dans les conclusions de la présidence belge.

On découvrira ensuite le tout récent **test salivaire** appliqué par la police de la route afin de réduire la **conduite sous l'influence de drogues illicites**. On verra que ce test est conçu pour s'avérer positif pour des taux de produits psychotropes consommés à la limite du décelable, ce qui le différencie de l'alcootest, lequel ne s'avère positif que pour des quantités considérées comme *dangereuses* au volant. Les tests de dangerosité liée aux doses consommées n'ont en effet pas été menés pour les drogues illicites visées. Ceci pourra mener en théorie notamment à sanctionner le « cannabisme passif », soit l'inhalation involontaire, fût-ce infinitésimale, de fumée de cannabis. Une deuxième différence qui se dégage est la lourdeur des sanctions, bien plus importante en ce qui concerne les drogues illégales que pour l'alcoolisme au volant, alors même que toutes les études consultées s'accordent à dire que ce dernier est de loin le premier réel enjeu de sécurité routière en Europe.

On s'attardera ensuite sur le **projet d'évaluation des dispositifs de santé actifs sur le territoire de la Communauté française**, des politiques, programmes et projets développés par ceux-ci, lancé par la ministre Fadila Laanan, en charge de la Santé sous cette législature. Ce projet a été confié à un consortium indépendant constitué des opérateurs 'Perspective Consulting' et 'Effisciences'. L'évaluation doit se conclure au printemps 2011. Six points en particulier doivent être examinés par les évaluateurs : la cohérence des compétences en matière de santé; la transparence et la lisibilité des dispositifs; la transversalité dans l'exercice des compétences; l'organisation et les structures ; la pertinence des moyens opérationnels et enfin, les procédures d'accompagnement et d'évaluation.

On reviendra ensuite sur les **tables rondes assuétudes** organisées dans la même optique par les ministres en charge de la santé en Communauté française, puis en Région wallonne. Celles-ci ont permis de dégager des premiers éléments d'évaluations et de perspectives tels que le souhait de transversalité dans les interventions et les secteurs ; un besoin corollaire de clarification des compétences, des missions et des champs d'action ; un besoin de pérennisation des projets par leur inscription dans le long terme et la continuité, même si de récentes avancées légales en ce sens peuvent déjà être pointées (constitution de réseaux et agrément des services spécialisés et des Services de Santé Mentale, venant d'un régime de subventionnement facultatif plus précaire) ; la promotion de lieux de concertation ; la réaffirmation de la promotion de la santé comme seul cadre dans lequel doit s'inscrire la gestion des assuétudes, soit une approche qui prend en compte l'ensemble des déterminants de santé de l'individu, bien au-delà de ses consommations ; et enfin une amélioration des outils juridiques qui déterminent et encadrent la réduction des risques, afin de permettre à celle-ci de se développer, notamment via des pratiques innovantes telles le testing, la délivrance d'héroïne contrôlée, ou encore des lieux de consommation protégés.

Une troisième table ronde a été programmée le 10 juin 2011. Celle-ci est censée clôturer les travaux entrepris. En vue de celle-ci et en continuité avec la concertation initiée, des groupes de travail ont été créés, auxquels ont été invités des représentants du terrain pour nourrir la réflexion. Ils se concentrent sur : la formation; la définition des concepts; l'harmonisation des

procédures administratives en cas de subsides accordés par plusieurs pouvoirs organisateurs (PO) ; et enfin… la politique des drogues. Les résultats de ces premiers groupes de travail seront présentés lors de la troisième table ronde assuétudes.

Pour compléter ce large bilan de manière prospective, le gouvernement de la Communauté française a décidé d'élaborer des « stratégies concertées » en matière d'assuétudes, en vue de la rédaction d'un Plan Communautaire Opérationnel (PCO). Ce projet fait suite au constat déjà dressé de l'éclatement et du cloisonnement des acteurs et des compétences, qui empêche trop souvent de trouver un consensus sur des logiques d'interventions partagées (ce qui a pu, notamment, retarder l'incarnation des recommandations du Collège d'experts de 2005 en un PCO). Des moyens et du personnel ont été engagés, et le pilotage de cette concertation, pour ce qui concerne la Communauté française, a été confié à Eurotox.

On clôturera ce premier chapitre par un aperçu de la situation du côté de la **prévention des assuétudes en milieu scolaire**. On verra ainsi que la thématique des assuétudes est l'objet de moins d'attention dans le milieu scolaire depuis environ deux ans. Les formations d'adultes-relais non agréées par l'Institut de Formation en cours de Carrière (IFC) comme les demandes d'interventions ponctuelles (journées de sensibilisation des élèves dans les classes) sont en recul, et on observe même un recul de la thématique au sein des formations agréées par l'IFC, puisque la thématique « drogues » y a disparu des sujets pour lesquels les organismes peuvent faire une demande d'agrément. Les formations agréées le sont donc dans d'autres domaines, et les assuétudes peuvent y être abordées si elles servent l'objet de la formation, mais pas comme sujet central de celle-ci. On notera toutefois que certaines demandes de formation spécifiques émanent des centres PSE, ce qui est un signal positif, à évaluer sur le moyen terme. On notera aussi, à propos des « points d'appui assuétudes » une **enquête diligentée par le CLPS de Bruxelles**, sur les regards et les besoins des acteurs du milieu scolaire (enseignants, éducateurs, CPMS, CPSE) quant aux comportements à risques des élèves. Celle-ci paraîtra au printemps 2011, mais certains résultats partiels nous ont été communiqués, et sont détaillés dans ce chapitre.

Le DEUXIÈME CHAPITRE présente le volet épidémiologique du rapport.
Dans un premier temps, il présente **la prévalence de l'usage de drogues en Communauté française dans la population générale, chez les jeunes et dans la population carcérale.** On y présente succinctement la méthodologie des enquêtes réalisées et compilées, puis leurs principaux résultats. La situation épidémiologique est ainsi dépeinte, les modes de consommation et leur ampleur sont estimés, tout comme les prévalences de consommation des différents produits. Les résultats de l'**enquête HIS 2008** montre qu'environ 14% de la population belge âgée de 15 à 64 ans a déjà expérimenté au moins une fois le cannabis. L'expérimentation de ce produit est plus fréquente chez les plus jeunes, et avoisine les 30% chez les 25-34 ans. En ce qui concerne l'usage actuel de cannabis, cette enquête révèle qu'environ 3% de la population belge en a consommé durant les 30 derniers jours précédant l'enquête. A nouveau, l'usage actuel de cannabis est plus fréquent chez les jeunes : il atteint ainsi 7% chez les 25-34 ans. Cette enquête relève par ailleurs que les autres drogues illicites sont rarement consommées par la population belge âgée de 15 à 64 ans. En effet, moins de 4% des personnes interrogées ont avoué avoir consommé au moins une fois une drogue illicite autre que le cannabis. A nouveau, l'expérimentation des autres drogues illicites est plus importante chez les jeunes : ainsi, environ 5% des 15-24 ans et 9% des 25-34 ans ont déjà consommé au moins une fois une autre drogue illicite que le cannabis. En ce qui concerne la prévalence d'usage au cours des 12 derniers

mois, elle est de 1,5% sur l'ensemble de la population belge âgée de 15 à 64 ans. Les données de cette enquête sont également nuancées en fonction de certaines variables sociodémographiques (sexe, âge, niveau de scolarité, degré d'urbanisation), et nous les présentons également succinctement pour chacune des régions du pays.

Les résultats de l'**enquête HBSC 2006** montrent que le cannabis reste le produit illégal le plus fréquemment consommé par les jeunes en Belgique, et que l'expérimentation et l'usage régulier d'alcool ont tendance à se stabiliser depuis 1994. On constate néanmoins une augmentation de l'usage problématique d'alcool parmi les élèves de l'enseignement secondaire. Les données récoltées par l'asbl Infor-Drogues montrent enfin que le cannabis, la cocaïne et l'alcool sont, par ordre d'importance, les produits le plus fréquemment évoqués lors des contacts pris avec ce service d'information et d'aide en matière de drogues.

Enfin, une enquête sur les risques sanitaires liés à l'**usage de drogues en prison** confirme que la consommation de drogues n'est pas arrêtée ni même freinée par les murs de la prison, puisque plus d'un tiers des détenus interrogés ont déclaré avoir déjà consommé au moins une fois un produit autre que l'alcool au marché noir en prison, le cannabis étant de loin la substance la plus fréquemment citée, suivie par l'héroïne et les benzodiazépines. En revanche, la découverte de nouveaux produits en prison est moins fréquente, quoiqu'elle touche tout de même 13% des détenus interrogés. Au-delà de ces chiffres qui pourraient facilement être récupérés pour attiser les flammes de la guerre à la drogue, les vrais problèmes qui se posent par rapport à l'usage de drogues en prison sont d'ordre sanitaire. En effet, selon l'article 88 de la loi des principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus (Moniteur Belge du 12 janvier 2005), « le détenu a droit à des soins de santé qui sont équivalents aux soins dispensés dans la société libre et qui sont adaptés à ses besoins spécifiques ». Pourtant, la Réduction des Risques éprouve encore bien du mal à s'implanter en prison...

Dans un second temps, le chapitre deux aborde les **conséquences sur la santé.** Elles sont abordées à travers les résultats du monitoring des **demandes de traitement auprès des centres spécialisés dans le traitement des assuétudes (l'indicateur de demande de traitement, TDI**). Après un bref rappel du contexte de recherche et de la méthodologie employée, on trouvera une présentation détaillée des demandes de traitement introduites de 2007 à 2009. Les résultats seront présentés de manière distincte pour les premières demandes (patients sans antécédents thérapeutiques) et l'ensemble des admissions, et nous dépeindrons notamment les caractéristiques sociodémographiques et le profil de consommation des demandeurs, ainsi que leurs antécédents judiciaires. Nous tenterons ensuite d'établir un profil type des patients primo-demandeurs en fonction du type de produit principal consommé (opiacés, cocaïne, cannabis et alcool). Les analyses de ces données montrent que l'âge moyen des patients admis en 2009 est d'environ 34 ans. Les patients sont majoritairement de sexe masculin et d'origine belge, mais on notera tout de même que 26% des patients sont d'origine étrangère. Une importante portion des demandeurs est peu scolarisée et sans emploi. Les patients vivent généralement seuls, en couple, ou avec leur(s) parent(s). On notera toutefois que 28% des patients ne possèdent pas de logement fixe. Au niveau de la consommation, on observe que la classe des opiacés est la plus fréquemment à l'origine de demandes de traitement enregistrées en 2009. Le mode de consommation des produits le plus fréquemment rapporté est l'inhalation/fumette, suivi de l'absorption par voie orale. Néanmoins, environ 8% des demandeurs ont déclaré avoir

régulièrement recours à des comportements d'injection. Enfin, plus de la moitié des patients ayant introduit une demande de traitement en 2009 présente des antécédents judiciaires.

Les conséquences sur la santé sont également abordées sous l'angle de la **morbidité et de la mortalité**. Nous présentons ainsi les données issues du registre belge des cas séropositifs et des malades du SIDA ainsi que les données issues de l'indicateur « maladies infectieuses », qui sont récoltées avec le même outil que le TDI, mais également quelques données issues du Registre Belge de la Tuberculose. En ce qui concerne les données de mortalité liées à l'usage de drogues et de médicaments psychotropes, nous présentons celles qui sont récoltées en région de Bruxelles-capitale ainsi qu'en Région wallonne.

Finalement, dans un troisième temps, ce chapitre aborde les **conséquences sociales** en présentant les données recueillies par les forces de l'ordre, mais aussi par d'autres instances telles le ministère des affaires économiques ou des intervenants socio-sanitaires. Nous nous pencherons également sur les **prix des drogues en rue** et leurs évolutions, par produit. Notons d'ores et déjà que nous sommes un des rares pays à fournir à l'Europe une estimation réaliste du prix des drogues en rue et ce, grâce à la centralisation des données fournies par nos partenaires (contrairement aux autres pays qui ne fournissent que des données issues des saisies policières). Nous présentons les prix pour l'ensemble de la Communauté française, puis procédons à leur comparaison par province/région, en discutant des facteurs qui peuvent influencer ces prix. Nous exposerons ensuite notre point de vue compte tenu des perspectives européennes.

Ces données nous montrent que le prix du cannabis (résine et herbe), après avoir fortement augmenté ces dernières années, a subi une légère baisse en 2009. A l'inverse, alors qu'on constatait une diminution importante du prix de l'héroïne en 2008, celui-ci a légèrement augmenté en 2009. On observe également en 2009 une légère augmentation du prix des psycho-stimulants (cocaïne et amphétamines). Ces fluctuations ont bien évidemment des conséquences directes sur les choix de consommation des usagers.

Le TROISIÈME CHAPITRE présente des **données indicatives sur l'usage de drogues dans des groupes spécifiques et à hauts risques** (personnes rencontrées en milieu festif, personnes rencontrées en rue lors d'opérations Boule de Neige, personnes prostituées rencontrées lors des campagnes de dépistage). Ces données sont généralement récoltées par des associations de terrain qui œuvrent de manière à réduire les risques liés à l'usage de drogues. Enfin, nous présentons également quelques chiffres issus du dispositif d'accessibilité au matériel d'injection.

De manière générale, on constate, en 2008, que le *produit le plus consommé* après le tabac et l'alcool est le cannabis et ce, quel que soit le groupe spécifique (32% des personnes rencontrées en milieu festif[1] et 79% des personnes rencontrées lors des opérations « Boule de Neige » en rue[2]).

1 Consommation au cours de l'événement

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

Plus particulièrement, on constate en **milieu festif** (c'est-à-dire auprès du public « touché » par des acteurs de la réduction des risques liés à l'usage de drogues en milieu festif), que la majorité des indicateurs de consommation ont été en diminution progressive de 2004 à 2007 (consommation d'au moins un produit hors tabac et alcool, consommation d'au moins un produit illégal, consommation d'au moins un produit illégal hors cannabis, consommation de stimulants, polyconsommation). On constate néanmoins une augmentation de certains de ces indicateurs en 2008.

On constate également, à travers les **opérations Boule de Neige** réalisées **en rue**, que la consommation d'opiacés (héroïne et méthadone illégale) a subit une augmentation en 2008. En revanche, la consommation de cannabis, d'alcool, d'amphétamines, d'ecstasy, d'hallucinogènes et de morphine est en diminution en 2008, et la consommation de cocaïne, de benzodiazépines, de codéine et de buprénorphine est relativement stable dans le temps. On constate également que le phénomène de polyconsommation est particulièrement marqué au sein des usagers de drogues rencontrés en rue (on note ainsi une moyenne d'environ 5 produits différents consommés au cours du dernier mois), mais il est relativement stable dans le temps. Enfin, en 2008, environ 47% des répondants ont déclaré avoir eu recours à l'injection au cours du dernier mois, et ils sont nombreux à avoir commis des comportements à risque au cours des six derniers mois (utilisation de seringues usagées, etc.).

Finalement, les données récoltées auprès des **personnes prostituées** lors de campagnes de vaccination contre l'hépatite B montrent que, de 1998 à 2008, 17,5% des personnes interrogées ont déclaré consommer des drogues illicites (dont 5.4% par voie intraveineuse). En ce qui concerne la consommation d'alcool, 35% des répondants ont déclaré en consommer quotidiennement, dont 12% de façon abusive. On constate néanmoins certaines différences en termes de consommation en fonction de l'origine et de l'âge des personnes prostituées.

Le QUATRIÈME CHAPITRE **décrit l'observatoire** socio-épidémiologique que constitue **Eurotox**, et les missions qu'il remplit. Celles-ci se divisent en missions d'observation, de récolte et traitement de données pour la **Communauté française** d'une part, pour l'**Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies** de l'autre.

Dans ce dernier cadre on y détaille les différentes missions : la participation au « **Belgian National Report** » sur l'usage de drogues, à destination de l'OEDT ; la mise en oeuvre des **cinq indicateurs épidémiologiques-clés** que sont l'**indicateur de demande de traitement** (TDI), la **prévalence d'usage dans la population générale,** la prévalence de **l'usage problématique,** les **maladies infectieuses** liées aux drogues et enfin la **mortalité** liée aux drogues ; l'alimentation de la base de données européennes **EDDRA**[3] et enfin le **système d'alerte précoce** sur les nouveaux produits ou nouveaux modes de consommation entraînant des risques accrus, dit aussi « **Early Warning System** » ou « **EWS** ».

Dans le cadre des missions d'**Observatoire Socio-Epidémiologique Alcool-Drogues** pour la Communauté française, on détaille ensuite l'élaboration et la rédaction du présent rapport, soit le sixième « Rapport sur l'usage de drogues en Communauté française ». Le

3. European Drug Demand Reduction Actions, voir : http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1580

développement du recueil de données (système de **monitoring**) mis en œuvre par Eurotox est ensuite développé, notamment en termes de statut juridique et de base légale.

Enfin, pour clore le chapitre, les autres activités d'Eurotox sont décrites, notamment en termes de **recherches** mais aussi de collecte des **tendances émergentes** (avec l'évolution du Yahoo Group sur les tendances émergentes annoncé puis décrit dans nos rapports précédents[4], véritable forum Internet d'échange de savoirs entre professionnels des assuétudes, à propos des produits ou des modes de consommation émergents, mais aussi le forum « online » proposé par le VAD sur les alertes précoces et l'émergence de nouvelles consommations, ainsi que le « TEDI group », réseau international proposant des échanges sur les tendances émergentes notamment en milieu festif !).

Enfin, des ANNEXES auxquelles renvoie le corps du texte sont également proposées au lecteur.

4. http://fr.groups.yahoo.com/group/tendances_emergentes_alerte_precoce

Remerciements

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

- Les Institutions de terrain actives en toxicomanies en Communauté française, que ce soit dans le domaine de la prévention ou du traitement, qui ont participé au recueil de données et collaboré à la collecte d'information sur leurs activités. Sans elles, ce rapport ne pourrait exister.

- Parmi elles, une mention particulière pour les institutions qui nous ont fourni, parfois avant leur publication, des données illustrant parfois d'un jour nouveau certaines parties de nos chapitre 2 et 3. Soit en particulier pour cette année, Espace P et le Réseau Hépatite C Bruxelles, l'ULB-PROMES, la FARES, le ministère des Affaires Economiques (Institut National de Statistiques) et l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles.

- Les centres de traitement qui ont participé au recueil des données épidémiologiques (TDI), ainsi que les structures responsables de réunir les données de plusieurs centres (CTB-ODB et la Cellule Recherche et Concertation de Charleroi).

- Toutes les institutions de terrain qui ont participé à la première phase du cadastre des actions de prévention des assuétudes et de réduction des risques en Communauté française.

- Les Feditos, et en particulier les membres de celles-ci qui ont participé au groupe de travail sur ce cadastre.

- Les autres Sous-points focaux belges de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT), soit le VAD (Vereniging voor Alcohol en andere Drug problemen de la Communauté flamande), la CTB (Coordination Toxicomanie Bruxelles), le SPZ (Sozial-Psychologisches Zentrum).

- Le Point focal belge de l'OEDT, soit l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP), dépendant du Ministre fédéral en charge de la Santé.

- Les cabinets et administrations des Ministres ayant en charge la Santé en Communauté française et en Région wallonne, ainsi qu'à Bruxelles, pendant la période couverte par ce rapport (2006).

- Certains organismes publics ou parastataux tels l'IBSR, l'INS, le SPP ou encore la Police Fédérale.

- Les partenaires privilégiés que sont Infor-Drogues, Modus Vivendi et Prospective Jeunesse qui par leur travail, leur collaboration bénévole et leurs conseils, contribuent activement à la réalisation des activités et des missions d'Eurotox.

1. Cadre légal et organisationnel

1.1. Organisation

1.1.1. Compétences

Ces matières étant très stables, nous renvoyons pour leur description exhaustive à notre rapport 2004-2005, disponible via Internet à l'url suivant : http://www.eurotox.org/documents/documents.html. Nous nous bornerons ici pour la troisième année d'affilée à un bref rappel de chaque rubrique, et ne développerons plus en détails que les éventuels changements ou évolutions marquants, que ce soit dans les compétences, dans les budgets ou dans les stratégies politiques.

Les matières qui touchent aux drogues relèvent principalement des secteurs de la santé et de la justice. D'autres secteurs interviennent toutefois (ministère des Finances, cabinet et administration du Premier Ministre, ministère de l'Intérieur, ministère des Affaires Etrangères…). Les compétences en la matière sont échelonnées entre l'état fédéral, les entités fédérées, les provinces et les communes.

1.1.1.1. L'Etat fédéral

- **Traitements / réhabilitation** : Le ministère de l'Intérieur est compétent via le Plan National de Sécurité (dernière levée: 2008-2011), et surtout via les « Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention », derniers descendants des « Contrats de Sécurité » et des « Plans Drogues ».

- **Prévention de la criminalité** : Le ministère de l'Intérieur est compétent (Volets drogues des Contrats de Sécurité et de Prévention).

- **Recherches :** Le ministère des Affaires sociales et de la Santé publique finance des recherches, de même que le premier ministre, via la « Politique Scientifique Fédérale »[5].

- **Coordination :** Une cellule de coordination dite « Cellule Générale de Politique en matière de Drogues » a vu le jour en 2008, après s'être faite attendre depuis 2002.[6] Elle dépend de la« Conférence interministérielle politique en matière de Drogues », laquelle regroupe tous les ministres fédéraux ou des entités fédérées des différentes compétences concernées (santé, sécurité, répression, transports, etc.). Une « Cellule Politique Santé Drogues » (CPSD, compétente pour le volet « santé » des problèmes de drogue) a été créée bien avant elle, et a effectué depuis 2002 ce travail de concertation entre les différents niveaux de pouvoir.

5. Voir www.belspo.be et plus précisément: http://www.belspo.be/belspo/fedra/prog.asp?l=fr&COD=DR (24 août 2009).
6. Le texte suivant en portait création : *Accord de coopération entre l'Etat, les Communautés, la Commission Communautaire commune, la Commission Communautaire française et les Régions pour une politique des drogues globale et intégrée* (2 septembre 2002)

1.1.1.2. La Communauté française

La Communauté française est compétence en matière de prévention des assuétudes (département promotion de la santé). Elle subventionne également la réduction des risques liés à l'usage de drogues, mais en commun avec les deux régions.

1.1.1.3. La Région wallonne

La Région wallonne soutient des projets qui s'inscrivent dans le domaine curatif ambulatoire au sens large. On y trouve donc, outre l'accueil et la prise en charge ambulatoire, l'élaboration ou le soutien d'initiatives de réinsertion, de réduction de risques mais aussi de formations et de recherches. La Région finance les fédérations qui assurent le rôle de coordination pour leurs membres.

1.1.1.4. La Commission Communautaire française (COCOF)

Les compétences en matière de santé de la Région de Bruxelles-Capitale relèvent traditionnellement de trois entités différentes : la Commission Communautaire française (COCOF), son équivalente la Vlaamse Gemeenschap commissie et l'organe bi-communautaire c'est-à-dire la Commission Communautaire commune/Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. La COCOF soutient, comme en Région wallonne, des projets qui s'inscrivent dans le domaine curatif ambulatoire au sens large. Les missions dépassent en fait le simple « curatif » : la COCOF est compétente pour 6 missions menées par les services agréés, soit l'accompagnement (psychologique), les soins, la prévention, la réinsertion, la formation et la liaison. La COCOF finance aussi les fédérations, qui peuvent prendre le relais de coordination pour leurs membres.

1.1.1.5. Les provinces

Le niveau provincial peut prendre des initiatives dans le domaine de la médecine préventive. C'est ainsi que certaines provinces ont mis en place, au sein d'institutions provinciales, des cellules Assuétudes/ Drogues (secteur de la prévention mais parfois aussi de la prise en charge). Elles ont un rôle de coordination. De plus, dans chaque province on trouve une plate-forme de concertation pour la santé mentale.

1.1.1.6. Les communes

Des projets de réduction de la demande sont menés sous l'impulsion de divers acteurs tels l'Aide en milieu ouvert ou les Plans stratégiques de sécurité et de prévention, dont la responsabilité est fédérale (voir plus haut), mais dont la gestion est locale.

1.1.2 Les stratégies politiques

1.1.2.1. Le Plan National Alcool (PANA)

Suite à un appel lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé à ses pays membres et relayé par l'Union Européenne, une conférence interministérielle de la Santé publique s'est réunie le 13 juin 2005 et a chargé la Cellule Politique Santé Drogues (CPSD) d'élaborer un « Plan National Alcool » qui vise à « prévenir et limiter les méfaits de l'alcool ».

Ce plan a été décrit dans notre « Rapport sur l'usage de drogues en Communauté française 2009 », disponible à l'url suivant : http://www.eurotox.org/documents/documents.html

1.1.2.2. Le "Plan National de Sécurité" 2008-2011

Le « Plan national de sécurité » (PNS) des ministres de l'Intérieur et de la Justice en est à sa deuxième levée. Il se veut une stratégie nationale de lutte contre toutes les formes d'insécurité et de sentiment d'insécurité.[7] Il a lui aussi été décrit dans notre « Rapport sur l'usage de drogues en Communauté française 2009 ».

1.1.2.3. Les « Plans stratégiques de sécurité et de prévention »(PSSP).

Le sentiment d'insécurité de la population, depuis la fin des années 80 et le début des années 90, est allé croissant dans la plupart des pays occidentaux, dont le nôtre. Pour faire baisser celui-ci, les responsables politiques de la fin du vingtième et du début du vingt-et-unième siècles ont déployé des dispositifs assez larges et assez coûteux visant notamment à rassurer les populations dans les « quartiers », avec une intervention visible, au niveau local, d'agents (comme les agents « de prévention » ou les gardiens de parc en uniformes) subsidiés par le pouvoir fédéral. Ce fut par ailleurs également un moyen de refinancer les communes et d'ajouter des mesures sécuritaires là où il était difficile d'accroître encore les missions de la police.

Les PSSP ont été également largement décrits et commentés dans notre « Rapport sur l'usage de drogues en Communauté française 2009 ». Ils comprennent un volet de lutte contre les « nuisances liées aux drogues ».

1.1.2.4. La note politique fédérale

Cette note, datant de janvier 2001 et à laquelle se réfèrent depuis de nombreux acteurs des assuétudes, principalement dans le monde politique, visait à accroître la collaboration entre les différents domaines politiques compétents selon les trois piliers suivants : prévention pour les non-consommateurs et les consommateurs non-problématiques ; assistance, réduction des risques et réinsertion pour les consommateurs problématiques et enfin répression pour les producteurs et les trafiquants.

On trouve une version commentée de cette note, dans sa version intégrale, sur le site web d'Infor-Drogues, à l'url suivant : http://www.infordrogues.be/index.php?option=com_content&view=article&id=159&Itemid=98

1.1.2.5. Politique de la Communauté française en matière de prévention des assuétudes

Celle-ci s'articule autour du concept de « promotion de la santé », un concept qui, loin d'être axé uniquement sur la connaissance des produits, privilégie plutôt l'analyse des représentations sociales et la compréhension des comportements liés aux produits, ce qui favorise l'action communautaire et la responsabilisation plutôt que la prévention primaire.

7. Voir l'intégralité du plan à l'URL : http://www.polfed-fedpol.be/pub/pdf/PNS2008-2011.pdf sur le site de la police fédérale.

Les stratégies d'intervention en matière d'assuétudes sont définies dans les programmes quinquennaux de promotion de la santé de la Communauté française, qui s'incarnent ensuite en Plans communautaires opérationnels (PCO). Ces programmes quinquennaux sont évalués par le Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS), qui informe le parlement de cette évaluation par un rapport, lequel comprend les différents PCO et des rapports sur l'exécution du programme quinquennal et des PCO. Le parlement propose alors des recommandations en vue du programme quinquennal suivant.

Le deuxième programme quinquennal de la Communauté française couvrait la période 2004-2008. Son terme est donc échu. Cependant, comme aucun nouveau plan quinquennal n'a été proposé depuis, ce dernier a été prolongé d'abord jusque fin 2010, puis jusque fin 2011, notamment pour pouvoir assurer son évaluation. Par ailleurs, correspondant à ce prolongement, les agréments aux institutions octroyés par le gouvernement de la Communauté française et arrivant à échéance dans le courant de 2010 ont été prolongés de deux ans.

Par ailleurs, même si le PCO 2008-2009 propose, parmi 10 priorités sur lesquelles travailler, les assuétudes, aucun PCO ne leur a été entièrement dédié jusqu'à présent. Pour pallier ce manque, suite à deux tables rondes sur les assuétudes organisées respectivement par le cabinet de la ministre Fadila Laanan, en charge de la santé en Communauté française, et par celui de son homologue en Région wallonne, Eliane Tilleux, le cabinet de madame Laanan a initié l'élaboration de « stratégies concertées » dans le domaine de la prévention des assuétudes, processus qui devra définir un cadre commun et déboucher sur la rédaction de ce PCO à l'horizon 2012-2013 (voir plus bas, partie « débat, évolution de la situation » et le chapitre 4, décrivant les missions d'Eurotox).

1.1.2.6. Le programme de la Région de Bruxelles-Capitale

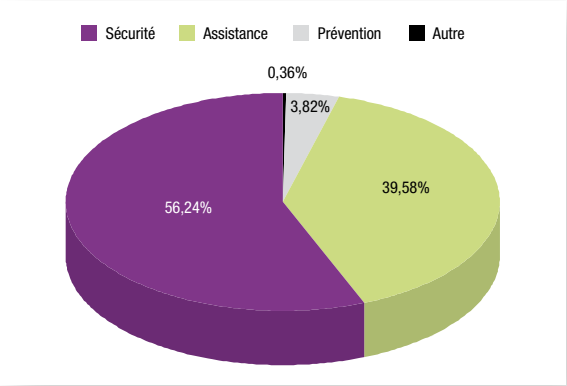
Un programme en 11 points fut élaboré par la Concertation Toxicomanies Bruxelles - Overleg Druggebruik Brussel (CTB-ODB) pour les intervenants en assuétudes de la Région de Bruxelles-Capitale. Il comprenait notamment la récolte systématique de données épidémiologiques sur les usagers de drogues. Il comprenait également un important volet de concertation du secteur dans cette région. Pour cause de remaniements internes, ces missions ainsi que le statut de la CTB sont actuellement en cours de redéfinition.

1.2. Financement public du secteur toxicomanie

1.2.1. Considérations générales

L'étude désormais récurrente « La politique des drogues en chiffres » (De Ruyver et al., 2004 et De Ruyver et al., 2007) détaille la répartition de l'argent consacré aux « drogues » en Belgique, avec notamment la part allouée à la prévention et à la sécurité. En attendant la troisième levée de cette étude, en cours de réalisation, et qui sera notamment élargie aux drogues légales (tabac, alcool et médicaments psychoactifs), nous reproduisons encore une fois, pour mémoire, cette répartition ci-dessous :

Figure 1 : Aperçu des dépenses publiques en matière de drogues (2004)



Source : De Ruyver et al. 2007

1.2.2. L'Etat fédéral

1.2.2.1. La Cellule Générale Drogues

Pour rappel, cette cellule regroupe tous les représentants politiques dont les compétences touchent aux drogues d'une manière ou d'une autre. Le budget engagé pour la Cellule générale au cours de l'année 2009 fut de 7500 €.

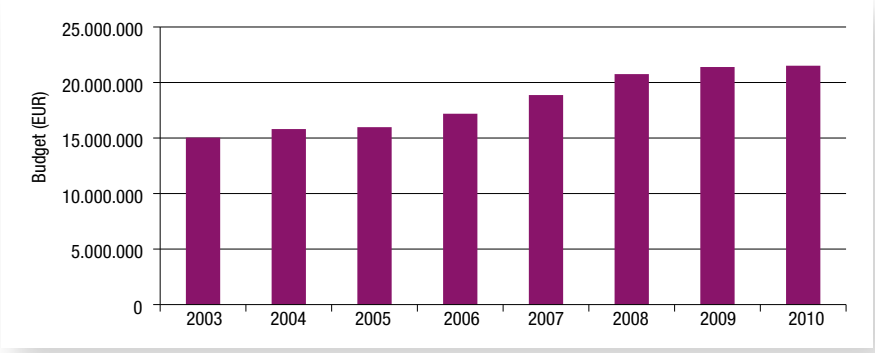
1.2.2.2. Le Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes

Ce fonds, établi par le Ministre Demotte, alors en charge de la santé au niveau fédéral, est actif depuis 2006. Lors du premier exercice (2006-2007), 36 projets furent financés pour un montant global de 4.665.000 €. L'exercice suivant, couvrant l'année 2008, a soutenu 23 projets, pour un budget global de 3.286.000 €. Durant l'année 2009, un total de 29 projets furent soutenus (dont 14 nouveaux projets), pour un montant global de 2.121.151 €.

1.2.3. La Communauté française

Voici une évolution en Communauté française, depuis 1998, du budget du « programme 2 – médecine préventive », dont font partie les programmes qui touchent aux assuétudes.
Nous en sommes à 21.512.000 € en 2009, pour 20.757.000 € en 2008 et 18.870.000 € en 2007.

Figure 2 : Budget global du « programme 2 » - médecine préventive (Communauté française)



Source : Communauté française DG santé, Tatiana Pereira et Didier Lebailly – communications personnelles

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

Tableau 1 : En Communauté française, postes budgétaires liés aux assuétudes et pourcentage du budget global du « programme 2 – médecine préventive » qu'ils représentent

	Assuétudes	%	Budget global "programme 2 – médecine préventive »
2003	1.351.214	9,0	15.039.000
2004	1.353.601	8,6	15.808.000
2005	1.411.347	8,9	15.978.000
2006	1.659.563	9,7	17.188.000
2007	1.809.746	9,6	18.870.000
2008	1.562.308	7,5	20.757.000
2009	1.804.580	8,4	21.395.000
2010	1.927.543.	9,0	21.512.000

Source : Communauté française DG santé, Tatiana Pereira et Didier Lebailly – communication personnelles

Citons comme toujours, un peu en marge, le budget du « programme vaccination » (5.574.000 € dépensés en 2009, pour 6.151.000 € en 2008, 5.187.000 € en 2007 et 2.730.000 € en 2006). En effet, ce programme qui concerne non pas les usagers de drogues en particulier mais la population générale, assurera cependant que d'éventuels futurs consommateurs de drogues par voie intraveineuse seront immunisés de manière plus satisfaisante contre l'Hépatite B. Le programme gratuit de vaccination (contre une dizaine de maladies) des nouveau-nés et des jeunes adolescents (12-13 ans) en Communauté française comprend en effet l'Hépatite B. Il prévoit tous les rappels nécessaires jusqu'à l'âge de 18 ans environ. Dès 2019, une bonne partie de la population de jeunes adultes doit être couverte par cette immunisation : le taux de couverture de cette campagne est estimé à 75%.

Des populations en situation plus précaire doivent toutefois s'en remettre à des initiatives moins « généralistes » (beaucoup plus rares et moins efficaces) pour espérer être immunisées. Il en va ainsi des personnes prostituées, que seules peuvent atteindre les campagnes de vaccination gratuites contre l'Hépatite B organisées par des organismes spécialisés comme « Espace P… ».

1.2.4. La Communauté germanophone

La Communauté germanophone a consacré aux assuétudes un budget de 364.601,76 € en 2007, pour 379.903 € en 2008 et enfin 395.250 € en 2009.

Signalons pour finir que nous n'avons pas eu accès cette année, pour raisons techniques, aux budgets consacrés aux assuétudes par la COCOF, la Région wallonne, le Ministère de l'Intérieur (via les « Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention) et l'INAMI, ainsi qu'au budget de la Cellule Politique de Santé en matière de Drogues (CPSD).

1.3. Les développements législatifs et réglementaires récents

Les textes et références diverses seront exposés ici avec le minimum de commentaires, mais seront débattus pour partie dans la section 4, « Débat, évolution de la situation ».

1.3.1. Démarche d'évaluation qualitative des services ambulatoires bruxellois telle que définie dans le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé : rôles de la CADEQ et du CBCS.

Le décret du 5 mars 2009 instituait, en son titre IV, une démarche d'évaluation qualitative (DEQ) dans les services ambulatoires bruxellois. L'accompagnement de la mise en place locale de cette démarche peut être assuré par la Cellule d'accompagnement de la démarche d'évaluation qualitative (CADEQ). Le CBCS (Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique) quant à lui, jouera un rôle transversal dans cette démarche d'évaluation.

On notera qu'à la base, le processus d'évaluation doit être auto-administré et permanent. Le conseil d'administration et les membres du personnel s'impliquent dans cette démarche. Les partenaires du service peuvent éventuellement y être associés en fonction des thèmes évalués. De même, les bénéficiaires du service peuvent être consultés directement ou indirectement, dans le respect de la déontologie en vigueur.

En ce qui concerne la méthodologie adoptée, *La démarche d'évaluation qualitative porte sur un ou plusieurs thèmes de travail choisis par chaque service ambulatoire ou organisme dans une liste de thèmes propres à son secteur et liés à ses missions. (Art. 170.)*

Le Collège (de la COCOF) demande tous les trois ans aux services de proposer un ensemble de thèmes de travail. Ces thèmes sont soumis au Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé. Ce dernier établit une sélection de thèmes qu'il propose en retour au Collège. Ensuite, *Le Collège arrête la liste des thèmes par secteur et la transmet aux services ainsi qu'à l'Assemblée de la Commission communautaire française. (Art. 171, §3)*

C'est alors à chaque service de reprendre la main, en remettant au Collège un projet d'évaluation qualitative établi pour trois ans reprenant un ou plusieurs des thèmes de la liste, avec la motivation, mais aussi les objectifs poursuivis par la DEQ et leur modalité de mise en œuvre notamment (Art. 172 du décret, voir intervention de la CADEQ, détaillée ci-dessous).

La DEQ devra elle-même aussi être évaluée.

Le Collège est réputé accompagner la DEQ des services. Pour ce faire, il a créé en son sein, la Cellule d'accompagnement de la démarche d'évaluation qualitative (CADEQ). Cette cellule administrative peut être consultée par les services qui souhaitent bénéficier d'un accompagnement méthodologique dans la DEQ. Cet accompagnement se fera en deux phases : la phase d'élaboration de la DEQ, puis sa phase d'application.

La CADEQ propose une intervention très formalisée dans l'aide méthodologique aux différentes étapes d'élaboration du projet. Les éléments en sont réunis dans un tableau standard, repris ci-dessous (COCOF, 2006) :

Tableau 2 : aide méthodologique de la CADEQ à l'élaboration de projet

Points à préciser dans le projet en fonction de l'article 172 du décret	Soutien de la Cadeq	Méthodes proposées
1° le choix motivé du ou des thèmes;	Appui à la définition et motivation du ou des thèmes, mise en perspective sectorielle ou intersectorielle	Méthodes d'enquête, d'analyse et de recherche
2° une analyse de l'environnement du service ou de l'organisme en relation avec ce ou ces thèmes;	Appui au diagnostic de situation territorial	Méthodes d'enquête, d'analyse et de recherche
3° les objectifs visés par la démarche d'évaluation qualitative;	Appui à la définition d'objectifs évaluables et partagés,	Pédagogie du projet et méthodes participatives
4° les modalités de mise en oeuvre de ces objectifs;	Aide à la définition du processus et d'un plan de mise en œuvre de la DEQ	Méthode et référentiels d'évaluation
5° les modalités d'évaluation de la mise en oeuvre de la démarche d'évaluation qualitative déterminés par le service ou l'organisme.	Aide à la définition d'une procédure d'évaluation de la DEQ, aide à la définition des critères	Méthode et référentiels d'évaluation

Source : COCOF

Un tableau similaire est proposé pour détailler l'accompagnement offert par la CADEQ pendant la phase de réalisation du projet triennal de DEQ (COCOF 2006) :

Tableau 3 : accompagnement du projet triennal de DEQ par la CADEQ

Type d'accompagnement	Modalités
Coaching individuel du responsable de la DEQ	Sur base d'un volume d'heures d'accompagnement proposé par la CADEQ
Accompagnement des équipes ou collectifs (à l'échelle d'un partenariat) sur la DEQ	Sur base d'un programme d'interventions ponctuelles et qualifiées (apports d'expertise méthodologique)

Source : COCOF

On notera qu'un des principes d'intervention mis en œuvre par la Cadeq dans ce processus est la concertation. Concertation avec le service concerné mais aussi avec les « organismes de coordination » institués par ailleurs par le même décret (*Art. 141. L'organisme a pour objet l'organisation et la coordination d'activités relatives à la promotion et à l'information des services ambulatoires qui lui sont*

affiliés). Il s'agit également d'accumuler les principes de DEQ qui ont fait leurs preuves pour en faire des bonnes pratiques qui profitent au secteur concerné.

Les « organismes de coordination » institués par cet article 141 peuvent quant à eux tenir un rôle transversal dans la Démarche d'évaluation qualitative. Ce rôle leur est confié explicitement par le Collège de la COCOF. Il en va ainsi du CBCS (Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique) qui, après avoir été agréé comme organisme de coordination au titre prévu par le décret, propose l'analyse transversale d'une ou de plusieurs thématiques triennales retenues par la COCOF, cette DEQ transversale (notamment en termes d'accessibilité de l'offre des services) doit venir enrichir les DEQ individuelles.

L'ensemble du processus débouche enfin sur des « rapports sectoriels et intersectoriels » qui dépeignent l'état de la démarche qualitative dans les services et dans les différents secteurs :

Art. 175. Chaque année, le Collège (…) établit un rapport portant sur les démarches d'évaluation qualitative initiées dans le courant de l'année précédente. Ce rapport est soumis, pour avis, au Conseil consultatif. Le rapport ainsi que l'avis du Conseil consultatif sont communiqués aux services ambulatoires et organismes agréés ainsi qu'à l'Assemblée de la Commission communautaire française.

Art. 176. Tous les trois ans, (…) le Collège établit un rapport comportant une analyse sectorielle et intersectorielle portant sur la mise en œuvre des démarches d'évaluation qualitative. Ce rapport est soumis, pour avis, au Conseil consultatif. Le rapport ainsi que l'avis du Conseil consultatif sont communiqués aux services ambulatoires et organismes agréés, ainsi qu'à l'Assemblée de la Commission communautaire française.

Sur le plan temporel, les services agréés devaient soumettre leur projet trisannuel DEQ pour le 31 décembre 2010.

1.3.2. Projet de conclusions du Conseil de l'Europe sur la prévention et la réduction des risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues illicites dans les milieux festifs - 26 octobre 2010

Le Conseil de l'Europe, dans le cadre des conclusions de la présidence belge de l'Union Européenne, a inséré une conclusion en forme de recommandation pour encourager la prévention des assuétudes et le processus de réduction des risques en milieux festifs à travers toute l'Europe.

Cette recommandation fait suite à la présentation par la COCOF, au mois de juillet 2010, du projet « Quality nights » au « Groupe européen horizontal drogues », présidé lui aussi par la Belgique tout au long de sa présidence européenne. Suite à cette présentation, la décision de rédiger cette recommandation a été prise à l'unanimité. Au début du mois de septembre, un texte proposé par madame Valérie Paternotte (COCOF) puis retravaillé par la Commission européenne et l'OEDT, a été présenté. Des propositions d'amendements ont été déposées et discutées, menant à la version finale.

Celle-ci demande aux états membres de promouvoir une politique globale et intégrée de prévention, de réduction des risques et de contrôle/répression, en assurant une synergie entre les professionnels des milieux festifs nocturnes, des services sociaux et sanitaires et des services de police. Elle suggère également de promouvoir la recherche scientifique pour dégager des

bonnes pratiques, « fondées sur des données scientifiques », arguant notamment qu'il existe peu de littérature sur les consommations récréatives de drogues et les actions de prévention qui y sont liées.

La polyconsommation, en ce compris d'alcool, est mise en avant comme facteur rendant nécessaires ces actions.

L'OEDT et la Commission européenne sont enfin invités par ce texte à continuer de promouvoir les échanges favorisant une recherche européenne « fondée sur des données scientifiques » qui permette de mieux comprendre les consommations de drogues récréatives et les stratégies de santé publique qu'elles appellent..

1.3.3. Loi relative à l'introduction des tests salivaires en matière de drogues dans la circulation - 31 juillet 2009

Souhait de bannir l'association drogues-conduite

Cette loi modifie un article de la loi du 16 mars 1968 sur la police de la circulation routière qui y avait été inséré en 1999 et fut déjà modifié en 2003 et 2005. Elle stipule que la détection de certaines substances dans l'organisme du conducteur d'un véhicule[8] ou de l'accompagnateur d'un conducteur en apprentissage, au-delà d'une certaine concentration, sera punie d'une amende allant de 1.100 à 11.000 euros. Cette présence sera déterminée par analyse salivaire et/ou analyse sanguine. Ces deux types d'analyses admettent bien sûr des concentrations différentes. La première infraction peut également entraîner une déchéance du droit de conduire d'un minimum de huit jours et d'un maximum de cinq ans. Enfin, si le contrevenant est titulaire d'un permis B depuis moins de deux ans, il sera d'office déchu du droit de conduire et devra repasser l'examen théorique et/ou pratique pour récupérer son permis.

L'incitation à conduire un véhicule (ou à accompagner un conducteur en apprentissage) alors qu'on est sous l'influence « manifeste » de ces produits est également punie, de même que le fait de *fournir un véhicule* à une telle personne. L'influence manifeste de ces produits doit être en quelque sorte repérée sur ce que la loi libelle comme des « signes évidents » de cette influence.Ces signes sont repris dans un Arrêté Royal (Moniteur Belge, 27/09/2010). Ils y sont groupés dans une « check-list » divisée en 7 catégories (*yeux, visage, comportement, humeur, langage, démarche et « autres signes »*). Ils reprennent des signes comme les pupilles dilatées, la bouche sèche, l'agression, les pleurs, le bafouillement, les troubles de l'équilibre ou la transpiration (liste non-exhaustive). Si au moins trois de ces signes, appartenant à au moins deux catégories différentes, sont relevés, on procède au test salivaire.

Les substances détectées sont : le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC, principe psychoactif du cannabis), les amphétamines, la méthylènedioxyméthylamphétamine (MDMA, principe actif de nombreuses pilules « ecstasy »), la morphine ou encore la 6-acétylmorphine (principaux métabolites de l'héroïne), et enfin la cocaïne ou benzoylecgonine (cette dernière étant métabolisée par le corps à partir d'une consommation de cocaïne).

8. (ou même d'un cavalier.)

Récidive

Après une première condamnation, un **récidiviste**, dans les **trois années** qui suivent, pourra être puni d'un **emprisonnement d'un mois à deux ans**, d'une **amende de 2.200 à 27.500 €**, et d'une déchéance du droit de conduire de trois mois au moins, pouvant aller jusqu'à cinq ans ou à vie. En cas de **nouvelle récidive endéans les trois années suivantes**, ces peines peuvent être doublées.

Qui sera contrôlé ?

Le test peut être imposé à l'auteur présumé d'un accident de la route ou à toute personne qui aurait contribué à le provoquer, sans autre forme de procès. Il peut par ailleurs être imposé à une personne qui, dans l'espace public, conduit ou s'apprête à conduire ou à accompagner un conducteur. Mais dans ce dernier cas, un soupçon raisonnable de consommation doit exister. Celui-ci sera basé sur des « indications de signes d'usage récent » d'une des substances visées par le test (Art.5). Ces signes seront relevés sur base de la « check-list » standardisée pré-citée. Si cette check-list révèle des signes de consommation, le test est donc pratiqué et réagit aux seuils repris dans le tableau suivant :

Tableau 4 : seuils de positivité du test salivaire "Drugwipe 5+"

Substance	Taux (ng/ml)
Delta-9-tétrahydrocannabinol (THC)	25
Amphétamine	50
Méthylènedioxyméthylamphétamine (MDMA)	50
Morphine (libre) ou 6-acétylmorphine	10
Cocaïne ou Benzoylecgonine	20

En dessous de ces taux, les résultats du test ne sont pas pris en considération.

Interdiction de conduire pendant 12h

La personne contrôlée est interdite de circulation (ou d'accompagnement d'un « apprenti ») pendant 12 heures : suite à un test positif, ou à un refus du test ou de l'analyse de salive, ou si le test n'a légitimement pu être réalisé alors que la « check-list » donne des signes de consommation récente, ou même si le test salivaire est négatif mais que la personne se trouve apparemment dans un état décrit à l'article 35 de la même loi sur la police de la circulation routière :

Art. 35.(…) quiconque dans un lieu public, conduit un véhicule ou une monture ou accompagne un conducteur en vue de l'apprentissage, alors qu'il se trouve en état d'ivresse ou dans un état analogue résultant notamment de l'emploi de drogues ou de médicaments.
(C'est nous qui soulignons).

Donc, pour empêcher un conducteur de reprendre le volant pendant les 12 heures qui suivent, l'autorité verbalisante peut, si elle le juge nécessaire, se passer du test salivaire, mais aussi de la check-list qui *conduit* au test salivaire, si elle estime que le conducteur en question est dans un « état analogue » à l'ivresse.

Ensuite, avant de pouvoir reprendre le volant ou l'accompagnement, la personne doit se soumettre à un nouveau test salivaire (tout en restant sujette aux mêmes « appréciations » liées à la check-list ou à l'état décrit à l'article 35).

En cas de test salivaire « positif » : analyse de salive, ou de sang.

Si le test en question s'avère positif, il est procédé à une **analyse** salivaire pour en confirmer les résultats. Ici, les taux de « positivité » diffèrent de ceux du test :

Tableau 5 : seuils de positivité de l'analyse de salive consécutive à un test salivaire "Drugwipe 5+" positif

Substance	Taux (ng/ml)
Delta-9-tétrahydrocannabinol (THC)	10
Amphétamine	25
Méthylènedioxyméthylamphétamine (MDMA)	25
Morphine (libre) ou 6-acétylmorphine	5
Cocaïne ou Benzoylecgonine	10

L'analyse se fait dans un laboratoire agréé. Au cas où le test salivaire et/ou l'analyse de salive n'ont pu être réalisés, on procède à un prélèvement sanguin. Les taux constitutifs de l'infraction dans cette prise de sang sont encore un peu différents :

Tableau 6 : seuils de positivité de l'analyse sanguine consécutive à un test "Drugwipe 5+" positif et à une analyse salivaire positive

Substance	Taux (ng/ml)
Delta-9-tétrahydrocannabinol (THC)	1
Amphétamine	25
Méthylènedioxyméthylamphétamine (MDMA)	25
Morphine (libre)	10
Cocaïne ou Benzoylecgonine	25

Il est possible de contester les résultats de l'analyse salivaire ou sanguine, et de demander une contre-expertise. Le laboratoire y procédera, aux frais du conducteur visé. Un autre laboratoire agréé peut également s'en charger. La deuxième analyse, à la demande du conducteur, peut se faire sous la surveillance d'un conseiller technique.

1.4. Débat/évolution de la situation

1.4.1. Réduction des risques selon le conseil de l'Europe : « Where is the evidence ? »

Il est certes encourageant *a priori* de trouver dans les conclusions de la présidence belge de l'Union une note rédigée en principe pour promouvoir la prévention des assuétudes et la réduction des risques liés aux usages de drogues. Cela ne doit toutefois pas nous enlever le sens de la nuance.

On peut ainsi se réjouir que le Conseil invite à : « assurer un niveau élevé d'accès aux services d'assistance et aux soins en adoptant une approche cohérente, intégrée et synergique entre la prévention, la réduction des risques et des dommages[9], la prévention des maladies liées à la drogue, les traitements et la recherche (…) » ; ou encore à : « promouvoir la coopération et les échanges au niveau de l'UE afin de mettre au point des stratégies et des bonnes pratiques fondées sur des données scientifiques dans le domaine de la prévention indiquée, entre autres en soutenant les activités de recherche et de développement aidant à mieux comprendre l'usage récréatif de drogues et tout ce qui s'y rapporte (…) ».

On restera cependant vigilant, sur le moyen terme, sur ce que le Conseil entend avec une telle récurrence par des actions « fondées sur des données scientifiques » (locution visiblement inspirée du désormais incontournable *evidence-based* : evidence-based *medicine,* evidence-based *management,* evidence-based *practice*, etc.). Cette obligation de fournir des preuves tangibles évoque en effet l'arrivée dans le champ de la santé et du social de l'exigence de résultats, et souvent de résultats chiffrés, propre à l'économie de marché. Or, promouvoir la réduction des risques peut avoir des résultats qualitatifs (amélioration de la *santé* et de la *qualité de vie*) des consommateurs qui, bien que constatés par les intervenants de terrain, ne sont pas directement chiffrables[10], d'autant qu'une telle action ne fera pas nécessairement chuter le volume des consommations. Le Conseil et ses états membres ne se demanderont-ils pas alors, avant de cautionner les pratiques d'encadrement et de réduction des risques : « where is the evidence ? ». Un tel paradigme, une telle exigence de résultats tangibles tient-elle compte du fait que, comme l'ont rappelé, à l'intention des responsables politiques, nombre d'intervenants en santé des récentes « Rencontres nationales de la réduction des risques » françaises, l'écrasante majorité des consommations de psychotropes sont *gérées*, et que la réduction des risques vise justement avant tout à ce qu'elles ne glissent pas vers des consommations *non gérées* ?

On peut tout à fait objecter que le souci d'utiliser des données scientifiquement fondées est profitable à terme à l'ensemble du processus, puisque les actions menées en seront d'autant plus validées. Ce raisonnement est juste, mais on peut se demander pourquoi les très pertinentes

9. Les États membres peuvent définir ces termes conformément à leur législation et à leurs pratiques et stratégies nationales.
10. Même si en dernier ressort, la charge de l'ensemble de la société, et notamment de la sécurité sociale, peut s'en trouver allégée.

études *déjà* menées, qui font déjà autorité dans le secteur, n'ont pas été mises plus en avant par le Conseil. On pourrait ne citer que la monographie de 468 pages publiée par l'OEDT sur le sujet en avril 2010, qui présente très largement les impacts des actions de réduction des risques sur les publics-cibles, et ce de manière « fondée sur des données scientifiques » (Rhodes & Hedrich, 2010). Mais encore faut-il y ajouter *a minima* une expertise collective de l'INSERM[11] consistant en une revue de la littérature sur la réduction des risques liés aux usages de drogues et à de nombreuses auditions de spécialistes (Bello, Ben Lakhdar, Carrieri, et al., 2010), ainsi qu'une évaluation, publiée dans le Lancet, de l'expérience de « salle d'injection à moindres risques sous supervision médicale » développée dans la ville de Vancouver depuis septembre 2003 (Wood, Kerr, Montaner, et al., 2004). Le travail de l'INSERM, notamment, s'appuie sur les données scientifiques disponibles en date du premier semestre 2010, soit une base documentaire de près de 1000 articles. Il préconise entre autres dans ses recommandations finales d'élargir la palette des mesures et des approches en réduction des risques, en promouvant l'accès à ce type de dispositifs pour l'ensemble des usagers de drogues. Le Lancet souligne, quant à lui, les lacunes des politiques de santé publique actuelles en matière de lutte contre l'extension des maladies infectieuses, objectif central en revanche dans les politiques plus émergentes de réduction des risques. Exiger de nouvelles « preuves » sans mettre en avant celles qui existent déjà semble frileux sur le plan politique, voire une manière de ne pas vouloir s'engager.

Un autre point attire notre attention, car il nous semble également contre-productif : c'est la juxtaposition dans un même texte, voire parfois dans un même paragraphe, de mesures d'encadrement, de prévention et de réduction des risques sanitaires avec des mesures de contrôle et de répression, qui devraient pourtant constituer des missions distinctes pour que les deux champs gardent chacun leur efficacité. Le texte stipule en effet notamment :

- *que les graves problèmes de santé et les décès liés à l'usage récréatif de drogues peuvent être évités en mettant en œuvre et en faisant respecter des mesures de santé publique destinées à protéger et à promouvoir la santé des jeunes, entre autres en contrôlant et en renforçant la sécurité des lieux de divertissement;*

- *que des stratégies de réduction de l'offre de drogues illicites dans les lieux de divertissement et de vie nocturne devraient être élaborées en coopération avec l'industrie du divertissement et des loisirs;*

Le texte invite ensuite les états membres :

- *à assurer l'efficacité et la bonne mise en œuvre de ces actions, en les fondant sur une approche globale et transversale qui associe pleinement les principales parties concernées, à savoir, entre autres, l'industrie du divertissement nocturne, les services d'urgence et de prévention,* ***la police*** *et les usagers des milieux festifs;*

- *à faciliter et à encourager la collaboration au niveau local entre les services d'urgence, les services de santé et les services sociaux,* ***la police*** *et l'industrie du divertissement, en mettant au point des protocoles et des procédures de coopération en cas d'incident;*

- *à promouvoir et à favoriser l'organisation de formations à l'intention des professionnels des* ***services répressifs*** *et de santé publique, ainsi que du personnel des établissements de divertissement, en mettant en particulier l'accent sur les mesures de prévention et de réduction des risques dans les lieux de divertissement, y compris en ce qui concerne les graves problèmes de santé;*

11. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (France).

- *à permettre la mise en place de politiques et d'actions destinées à* ***créer des lieux de divertissement exempts de drogue*** *et d'abus d'alcool et, en tout état de cause, des conditions de sécurité et d'hygiène environnementale, en recourant à une approche intégrée et équilibrée associant prévention, réduction des risques et contrôle; (…)*

On a envie de le dire simplement : qu'est-ce que la *police* a à voir avec la réduction des risques et la prévention ? La note politique fédérale de 2001 rappelle bien que la police est là pour réprimer les trafiquants et le crime lié aux drogues, pas pour se charger de prévention et de réduction des risques ! Alors certes, il s'agit d'un texte européen, mais les conclusions sont bien celles de la présidence *belge* de l'Union. N'eût-il pas été plus innovant de porter le débat sur une prévention et une réduction des risques sanitaires qui travaillerait sur les consommations et les consommateurs, en marge d'actions policières qui agissent, elles, sur les criminels ? Comment gagner la confiance de consommateurs dont il faut assurer le maintien en santé, qu'il faut garder dans les rails de consommations gérées ou mettre en contact avec des dispositifs de soins et de sevrage si c'est pertinent, s'ils savent qu'on travaille en parfaite « synergie avec la police » ?

Enfin, pour ce qui est de mettre en place des politiques qui assurent l'existence de lieux de sortie sans drogues, via la lutte contre l'offre et le renforcement de la sécurité, là en revanche, l'analyse *evidence-based* a montré que cela ne marchait pas, puisqu'une politique plus ou moins répressive ne joue pas sur le *volume* des consommations, pas plus que sur la disponibilité des produits.

On ne sait donc pas si on doit se réjouir du verre à moitié plein (un texte qui invite les états membres à promouvoir les pratiques de prévention et de réduction des risques sanitaires en assurant leur synergie avec les soins et la recherche), ou déplorer le verre à moitié vide (travail sans grande confiance ou connaissance des preuves scientifiques existantes ; travail main dans la main avec l'appareil répressif, pour un *monde sans drogues*, sorte de fantasme permanent qui redirige sans cesse les gouvernements vers des tentatives d'éradication du phénomène, ne faisant au fond que l'aggraver, tandis que la santé des consommateurs s'étiole, aux frais de la collectivité).

Peut-être le côté résolument hybride (voire ambivalent ?) du texte est-il destiné à laisser aux états la liberté de choisir quel versant privilégier (le socio-sanitaire ?, le répressif ?...) tandis que la Commission peut continuer à financer des projets en restant politiquement correcte ?

En tout état de cause, l'ambivalence étant bien réelle, les acteurs socio-sanitaires de la prévention et de la réduction des risques resteront certainement soucieux d'analyser laquelle de ces deux directions possibles est privilégiée.

1.4.2. Crache test : why ?

Pourquoi des tests salivaires ?

Le contrôle de l'usage de drogues illicites au volant n'est pas un fait nouveau. En fait, la loi de 1999 modifiant la loi de 1968 sur la sécurité routière a dû être elle-même modifiée pour imposer le test salivaire contre l'ancienne procédure.

Cette ancienne procédure prévoyait, comme nous le détaillions dans notre rapport 1999-2000 sur l'usage de drogues :

1. Une batterie de tests standardisés (poser l'index sur le bout du nez plusieurs fois, rester 30 secondes debout sur une jambe, évaluer l'écoulement de 30 secondes les yeux fermés et enfin marcher sur une ligne droite).

2. Si cette batterie de tests « révélait » l'usage de drogues, un test urinaire était effectué. Si ce test était positif, l'interdiction de conduire de 12 heures entrait en vigueur. Ensuite, la personne devait repasser la batterie de tests avant de récupérer son permis de conduire.

3. Un test d'urine positif entraînait à son tour un prélèvement sanguin.

Ces tests sont considérés aujourd'hui comme obsolètes. Le test d'urine nécessitait un w-c, et s'avérait peu fiable, détectant la présence de THC même lorsqu'il ne s'agissait que de résidu chez des personnes n'étant plus en état modifié de conscience, mais portant encore dans leur sang les traces résiduelles de la consommation. Les résultats de prises de sang n'arrivaient, eux, que trois semaines plus tard, révélant un faux positif sur cinq tests d'urine positifs, et donc un retrait de permis sur cinq injustifié.

Avec les tests salivaires, cette imprécision est censée être levée, puisque leur fiabilité atteindrait, selon la police et l'IBSR (et le Secrétaire d'Etat à la mobilité Etienne Schouppe), les 92%. Par ailleurs, ils sont beaucoup plus rapidement effectués. De plus, ils peuvent être appliqués même en cas d'accident de la route, ce qui n'était pas forcément le cas de l'ancienne batterie de tests et d'analyses.

Le test : « Drugwipe 5+ ».

Il existe environ une dizaine de tests salivaires de détection de l'usage de drogues (Verstraete & Labat, 2009). Le **« Drugwipe 5+ », choisi par la Belgique, est l'un d'eux.** Selon une étude finnoise d'évaluation de ce test (détaillée dans un article de l'International Journal of Legal Medicine) réalisée sur des conducteurs pour qui le test avait été positif au moins à une des substances recherchées et pour qui une vérification par test sanguin avait été effectuée, le test s'avèrerait assez performant avec les substances de type amphétamines, mais décevant avec les autres substances, dont le cannabis (Pehrsson, Blencowe, Vimpari et al. 2010). En effet, pour l'ensemble de ces autres substances, trop de faux positifs et de faux négatifs entachent les résultats. L'étude insiste donc sur l'importance de la formation des policiers amenés à pratiquer ce test de salive, afin de minimiser autant que possible les erreurs. Elle estime en effet que pour contrebalancer les imperfections du test, les policiers doivent être à tout le moins correctement formés à repérer les signes extérieurs qui peuvent faire suspecter une conduite altérée par une consommation de psychotropes. Ceci principalement parce que, si le test était pratiqué sans formation des policiers et/ou de manière systématique (comme c'est parfois le cas pour l'alcootest à des barrages de police), une partie trop importante des conducteurs se verraient injustement privés du droit de conduire et verraient leur liberté limitée en attendant les résultats du test sanguin confirmatoire qui les innocenterait. En 2002 déjà, le groupe de travail de la Commission Européenne sur les drogues, les médicaments et la conduite automobile, recommandait un entraînement obligatoire des policiers responsables de ce genre de dépistage, afin qu'ils reconnaissent les signes d'altération de la conduite liés aux psychotropes (Rhodes & Hedrich, 2007).

En ce qui concerne l'application de ces tests, même si l'« entraînement » en question est déjà d'application en Belgique, un élément-clé sera l'efficacité de la « check-list » des points à vérifier par les forces de l'ordre avant de procéder au test salivaire (qui a remplacé l'ancienne batterie de tests physiques standardisés). En effet, sous peine de nullité, le policier verbalisant est censé remplir cette « check list » (en fait, une série de constatations et motifs l'amenant à procéder à un contrôle), qui prouve qu'il y avait bien des raisons objectives à envisager ce contrôle.

Cela dit, admettons même que ces imperfections soient gommées, et qu'on se retrouve avec un test complètement fiable, et des policiers très bien formés à « repérer » des individus qui ont une conduite altérée et auprès desquels le test s'avère nécessaire. Quelle serait la pertinence et la portée de tels contrôles « ciblés » en termes de sécurité routière?

Dangers relatifs des drogues pour la sécurité routière.

Une enquête intitulée « Stupéfiants et accidents mortels », publiée en 2005 par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) à la demande de son gouvernement, fait encore aujourd'hui autorité en la matière chez nos voisins (Costes & Martineau, 2005). Elle a compilé deux années consécutives d'accidents mortels en France et les résultats des analyses toxicologiques de tous les conducteurs impliqués dans ces accidents (du 1er octobre 2001 au 30 septembre 2003). Ces résultats devaient être communiqués à l'OFDT de manière exhaustive. Ils le furent à 95%, ce qui donne une grande représentativité à l'enquête. Quatre grandes familles de stupéfiants étaient l'objet de ce monitoring : le cannabis, les amphétamines, la cocaïne et les opiacés. Des données épidémiologiques analysées, l'enquête conclut que la prévalence de consommation de cannabis chez les « conducteurs circulant » est très proche de celle de l'alcool, mais que :

> *« du fait de risques relatifs plus modérés, même en prenant en compte les effets-doses, les enjeux de sécurité routière du cannabis (et a fortiori ceux attachés aux autres familles de stupéfiants, beaucoup moins prévalentes) sont sans commune mesure avec ceux de l'alcoolémie, supérieure ou non au seuil légal, qui reste, et de loin, la première cause de mortalité routière en France. »*

Pour être encore plus précis, après analyse, les auteurs exposent que :

> *« Toutes concentrations confondues, la fraction d'accidents mortels attribuable à la responsabilité d'un conducteur positif au cannabis, ajustée sur l'ensemble des co-facteurs, est estimée à 2,5 % (…), celle à une alcoolémie positive à 28,6 %, dont 25,2 % pour les alcoolémies au-delà du seuil légal, soit par différence, environ 3,4 % pour les seules alcoolémies positives mais inférieures au seuil légal. »*

On précisera pour être complet que la prévalence cannabique (2,9%) estimée dans la population des conducteurs testés pour cette étude était comparable à celle de l'alcool (2,7%).

On ne dispose hélas pas d'une étude identique pour la Belgique. Certains chiffres de l'Institut National de Statistiques (INS) peuvent cependant être cités. Même s'ils ne sont pas strictement comparables à l'étude française, ils sont toutefois indicatifs de l'usage de drogues illégales au volant. Ainsi, en 2000, sur un nombre total de 49.065 accidents de la route recensés, 3.317 d'entre eux révélaient « au moins un conducteur dans un état d'ivresse manifeste », soit une proportion de 6,8% de l'ensemble. A côté de cela, 147 d'entre

eux révélaient « au moins un conducteur » sous l'influence de « médicaments ou drogues » (entendre « drogues illégales »), soit une proportion de 0,3% de l'ensemble. Enfin, la poly-consommation (« au moins un conducteur » révélant « ivresse ET influence de médicaments ou drogues ») concernait 37 des 49.065 accidents, soit une proportion de 0,07% de l'ensemble.[12] En 2008, la mesure proposée par l'INS était différente : elle reprenait cette fois non le nombre d'accidents mais le nombre de conducteurs victimes d'accidents en fonction de leur état (ivresse, etc.). Les proportions restent néanmoins tout aussi indicatives de l'usage de psychotropes légaux et illégaux au volant. Ainsi, en 2008, 2.816 des 27.541 conducteurs accidentés recensés par l'INS étaient en « état d'ivresse manifeste », soit une proportion de 10,2% de l'ensemble. 66 conducteurs étaient « sous l'influence de médicaments ou drogues », ce qui représente 0,2% du total.[13] La polyconsommation ne fut en revanche pas mesurée en 2008 par l'INS.

Par ailleurs, à propos de la poly-consommation, l'étude de l'OFDT souligne que les effets du cannabis et de l'alcool sur la conduite se superposent, augmentant ainsi les risques. Cela dit, l'étude conclut aussi que les effets d'une conduite sous influence d' 1ng de THC/ml de sang ou plus multiplient le risque d'être responsable d'un accident fatal par 1,8. Comparativement, ce facteur passe à 8,5 (!!!) pour les conducteurs négatifs au THC mais qui ont 0,5g ou plus d'alcool dans le sang[14]!

On comprendra donc de par ces exemples de chiffres français et belges, que la consommation d'alcool semble incomparablement plus impliquée dans les accidents de la route que les psychotropes illégaux, dont le cannabis fait évidemment partie. En ce qui concerne l'alcool, le « sujet particulier » (« selected issue ») développé en 2007 par l'OEDT en annexe à son « rapport annuel sur l'usage de drogues en Europe », intitulé « Drugs and driving », concluait d'ailleurs aussi dans ses dernières lignes que : « … il ne fait pas de doute que la première substance mettant des vies en danger sur les routes européennes aujourd'hui est l'alcool. » (Rhodes & Hedrich, 2007).

Par contre, le faible taux de positivité aux autres substances illégales recherchées dans l'enquête de l'OFDT (amphétamines, cocaïnes, opiacés) n'a pas permis de tirer de conclusions épidémiologiques valables quant à leurs effets sur la sécurité routière. Cela dit, le nombre statistiquement faible de cas positifs à ces trois familles est quand même une indication très claire, puisqu'il amène les auteurs à conclure que celles-ci ne sont en rien un enjeu majeur d'insécurité routière pour le pays (puisque trop peu consommées par les « conducteurs circulants »).

Une autre étude effectuée dans plusieurs pays d'Europe conclut qu'en 1999, la prévalence de consommation de drogues illégales chez les conducteurs s'étendait de 1 à 5%, tandis que la prévalence de consommation des drogues légales montait de 5 à 15% (Verstraete, 2003, cit. in Rhodes & Hedrich, 2007). Parmi ces drogues légales, les benzodiazépines (substances essentiellement narcotiques et anxiolytiques, massivement prescrites et consommées dans les pays occidentaux), dont l'étude précise qu'elles sont parmi les substances reliées au plus haut risque relatif d'accident (plus haut que celui du cannabis, par exemple). L'OEDT insiste d'ailleurs sur le fait qu'en termes de prévention, des actions devraient être entreprises ciblant les adultes qui

12. Ministère des Affaires Economiques, Institut National de Statistiques, R. Nardi, communication personnelle.
13. Ministère des Affaires Economiques, Institut National de Statistiques, B. Kestemont, communication personnelle.
14. Ces seuils sont les seuils réglementaires, au-delà desquels il est considéré comme dangereux de conduire.

font un usage normal de psychotropes légaux (benzodiazépines, anti-dépresseurs…), mais ne sont pas au courant des effets possibles sur leurs facultés et donc sur la conduite d'un véhicule (Rhodes & Hedrich, 2007)[15]. L'observatoire insiste, dans le même texte, sur le fait que la perception, dans l'opinion, des dangers relatifs liés aux différents psychotropes (dont le cannabis et les benzodiazépines), ne reflète pas la réalité scientifique, et que le succès d'initiatives de prévention futures passe par une correction de cette perception.

Cela dit, soyons justes : en termes de pertinence des actions pour la sécurité routière, il est probablement impératif d'agir sur plusieurs fronts (prévention, contrôles…) plutôt que d'en privilégier un seul. C'est en tout cas l'avis de la FEDITO bruxelloise[16], pour qui la prévention ou la répression, appliquées de manière isolée, donnent de bien moindres résultats qu'une combinaison des deux (cf campagnes « BOB » contre l'alcool au volant). Néanmoins, dans une autre publication de l'OEDT, on découvre que les campagnes de prévention de la conduite sous l'emprise de stupéfiants sont sujettes à caution, puisque les publics-cibles ne reçoivent pas forcément le message ou choisissent de l'ignorer (Hughes, 2009). Il conviendrait donc d'adapter ces campagnes afin de les rendre véritablement efficaces et d'analyser très finement la manière de conjuguer les approches (prévention, contrôles…) afin d'éviter ou limiter les éventuels effets contre-productifs d'interventions qui peuvent s'opposer.

Tolérance zéro, versus « deux poids, deux mesures »…

Peut-on s'accorder à dire, dès lors, qu'une politique de tolérance zéro de *tous les stupéfiants* (alcool et médicaments, comme drogues illégales) appliquée via des contrôles associés à des campagnes de prévention et d'information, *pourraient* atteindre l'objectif affiché de lutter pour une amélioration significative de la sécurité routière ?

C'est une possibilité. Mais on notera que nous ne sommes pas dans ce cas de figure. En effet, la tolérance zéro est d'application pour les drogues illégales, mais pas pour l'alcool, alors que ce dernier, comme l'ont montré les résultats des études consultées, est de très loin le premier responsable des morts au volant en Europe. Or, dans le cas belge, les peines encourues pour conduite sous influence de drogues illicites sont bien plus lourdes que celles encourues pour ivresse au volant. Ainsi, la conduite sous imprégnation alcoolique donne lieu à une amende allant de 137,5 à 2.750 euros, entre 0,5 et 0,8g d'alcool par litre de sang (rappelons qu'une consommation égale ou supérieure à 0,5g par litre de sang est considérée légalement comme invalidante pour la conduite automobile). Pour les autres drogues, et singulièrement le cannabis, pour des taux à la limite du décelable[17], l'amende encourue est directement de 1.100 à 11.000 euros. Entre l'alcool et les psychotropes illégaux, le législateur opte donc pour une politique « deux poids, deux mesures », à la fois pour en évaluer la dangerosité, ce qui est une première

15. Cela devrait d'ailleurs inciter les responsables publics à réfléchir à la responsabilité des prescripteurs (corps médical) ou des fournisseurs (pharmaciens) dans l'information de leurs clients.
16. Ludovic Henrard. Communication personnelle.
17. En effet, les seuils de positivité des différents tests (salive, urine, sang) ne sont pas des seuils de tolérance (comme il en existe pour l'alcool) au-delà desquels il a été estimé qu'il est dangereux de conduire: ce sont les seuils de détectabilité en-dessous desquels on ne peut déclarer scientifiquement être en présence de la drogue recherchée. Donc, si la substance est détectée, fût-ce en quantité infime, la personne sera verbalisée. Des personnes qui consomment du cannabis en soirée sans prendre le volant risquent donc fortement d'être contrôlées positivement lors d'un test salivaire effectué en journée le lendemain ou même dans les jours qui suivent, en raison de la présence résiduelle de THC dans l'organisme. Cela consacre aussi la condamnation, par exemple, du « cannabis passif », puisqu'on pourra être contrôlé positif en ayant inhalé sans le vouloir (voire même sans le savoir) la fumée de cannabis exhalée par une personne présente dans la même pièce ou dans la même soirée.

fois injuste, *et* pour punir les contrevenants, ce qui l'est une deuxième fois ! Il faut souligner à ce sujet qu'en ce qui concerne les drogues illégales testées sur la route, en cas de récidive dans les trois ans, le conducteur s'expose à une peine de prison allant d'un mois à deux ans. Il serait donc théoriquement possible d'aller en prison entre un mois et deux ans pour avoir inhalé deux fois du cannabis involontairement !

Mettre autrui, et soi-même, en danger sur la route suite à la consommation de psychotropes est, *dans le discours,* considéré (à raison) comme grave, mais nettement plus grave pour les consommateurs (mêmes passifs, involontaires, et en quantités infimes, ainsi que pour les consommateurs modérés) de drogues illicites que pour les consommateurs d'alcool. Et encore devrait-on reformuler comme ceci : conduire en étant *positif* aux « drogues », même de manière quasi indétectable et sans être forcément en état d'intoxication avéré, est plus grave (et plus lourdement punissable) que de conduire en ayant *abusé* de l'alcool, ce qui est pourtant, en l'état actuel des consommations et des connaissances scientifiques, plus dangereux et, hélas, beaucoup plus fréquent.

Plus-value de la loi belge pour la sécurité routière

Il nous semble que pour être efficace en termes de sécurité routière, le législateur aurait pu prévoir des seuils de dangerosité des drogues légales (benzodiazépines, notamment…) et illégales en termes de conduite, et exonérer le cannabisme passif, pour peu qu'il donne lieu à des taux se révélant en-dessous du seuil de dangerosité prédéfini. [18].

En l'absence d'une telle option, on ne peut donc imaginer le gain pour la sécurité routière belge que comme très marginal, puisque, on l'a vu, l'implication des drogues illicites dans les accidents de la route est elle-même très marginale par rapport à l'alcool. En effet, rappelons-nous que selon l'étude de l'OFDT menée sur tous les conducteurs impliqués dans un accident mortel en France d'octobre 2001 à septembre 2003, si la prévalence cannabique (2,9%) estimée dans la population des conducteurs était comparable à celle de l'alcool (2,7%)[19], seuls 2,5% des accidents mortels furent estimés attribuables au cannabis, contre 28,6% à l'alcool (Costes & Martineau, 2005). C'est plus qu'un facteur 10 ! Autre facteur à prendre en compte pour l'efficacité d'une campagne de sécurité routière : parmi les conducteurs testés lors de cette étude qui se révélèrent positifs au cannabis, 42% présentaient une alcoolémie illégale. Ceux-là ne représentent donc pas une population dont la tolérance zéro au cannabis aurait supprimé l'incapacité à conduire sans danger.

Tous ces facteurs nous font penser que, si le but d'une baisse des accidents de la route est louable, il risque cependant dans ce cas précis d'être manqué.

18. Bien qu'à notre connaissance, aucune politique de « tolérance zéro » de tous les psychotropes au volant n'ait encore fait l'objet d'une évaluation d'impact dans l'Union Européenne, ce qui serait pourtant un outil très éclairant pour les politiques à mener !
19. La Belgique, on l'a dit, ne dispose pas d'une telle enquête. Cela dit, à titre indicatif, on peut se pencher sur l'évolution de la consommation de cannabis en population générale depuis cette période. On notera ainsi que l'usage « récent » de cannabis (au moins une fois au cours des trente derniers jours) recensé par l'enquête de santé par interview 2004 révélait un taux de 6,7% pour les 15-24 ans, de 8,3% pour les 25-34 ans et de 1,2% pour les 35-44 ans. Ces proportions passent, pour la levée 2008 de la même enquête, respectivement à 6,5%, 7% et 1,8%. On le voit, la tendance est à la baisse pour les 15-24 et les 25-34 ans et à la hausse pour les 35-44 ans, restant cependant chez ces derniers à un niveau fort bas (1,8%). Sauf à dire que toute la consommation s'est concentrée chez les « conducteurs circulant » entre ces deux dates, on ne voit pas comment la consommation de ces derniers aurait explosé entre-temps.

A minima, il nous semble qu'il eût été profitable de déterminer des seuils de dangerosité pour le cannabis et les opiacés, drogues pour lesquelles « l'altération de la capacité de conduite semble liée à la dose consommée », ce qui ne semble pas être le cas pour les autres drogues illégales (mais bien pour l'alcool éthylique, bien sûr).

Il faut savoir que selon la même publication de l'OEDT, d'autres facteurs interviennent également et viennent compliquer les calculs, comme la tolérance aux effets du produit ou la polyconsommation (raison pour laquelle, « en France, les conducteurs qui associent stupéfiants et alcool sont plus sévèrement sanctionnés »). (Hugues, 2009)

Gain en termes de « guerre à la drogue » ?

Aucun. Il est précisé dans la loi sur les tests salivaires que les résultats des tests ne peuvent servir à un autre but, à une autre procédure légale que celle liée à la police de la circulation. Si par hasard cette loi était, plus qu'une mesure de sécurité routière, une simple excroissance de la guerre à la drogue, elle manquerait donc également son but. D'autant que, comme nous avons déjà pu le développer dans ces pages, appliquer une politique plus (ou moins) répressive n'influence pas le volume des consommations.

1.4.3. Evaluation des dispositifs de santé en Communauté française ; tables rondes assuétudes et préparation d'un PCO.

1.4.3.1. Evaluation des dispositifs de santé en Communauté française.[20]

La ministre Fadila Laanan, en charge de la Santé en Communauté française, a lancé un projet d'évaluation des dispositifs de santé actifs sur ce territoire, des politiques, programmes et projets développés par ceux-ci. Un appel à projets en ce sens a été lancé, afin qu'un organisme indépendant puisse être chargé de cette mission. L'appel a finalement été remporté par un consortium constitué des opérateurs 'Perspective Consulting' et 'Effisciences'. L'évaluation de l'ensemble du dispositif (Services Communautaires de Promotion de la Santé ; Plan Quinquennal ; Plan Communautaire Opérationnel – et lien entre ce dernier et le plan quinquennal -, dispositions légales et réglementaires, etc.) a débuté en septembre et doit se conclure au printemps 2011. Six points en particulier doivent être adoptés par les évaluateurs : la cohérence des compétences en matière de santé; la transparence et la lisibilité des dispositifs; la transversalité dans l'exercice des compétences; l'organisation et les structures ; la pertinence des moyens opérationnels et enfin, les procédures d'accompagnement et d'évaluation.

Au terme de ce processus, le dispositif entier doit bénéficier de plus de transparence et de lisibilité, améliorer son fonctionnement et assurer un mode de pilotage et de suivi permanents.

1.4.3.2. Tables rondes sur les assuétudes, préparation d'un PCO

Dans sa déclaration de politique communautaire 2009-2014, le gouvernement de la Communauté française a annoncé une gestion renforcée de la problématique des assuétudes. Dans ce cadre, sous la houlette de la Ministre Laanan, en charge de la Santé en Communauté

20. Source principale : Education Santé (2010), disponible sur : http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1328 , consulté pour la dernière fois le 31 mars 2011

française, et en collaboration avec les gouvernements wallon et bruxellois, une table ronde sur les assuétudes a été organisée le 21 mai 2010 au Parlement de la Communauté française.

Table ronde sur les assuétudes, 21 mai 2010, parlement de la communauté française

Les participants (experts, responsables de terrain, élus, services de médecine scolaire, etc.), furent invités à prendre part à cinq ateliers, soit : la prévention, la réduction des risques, le tabac, l'alcool et enfin les drogues illégales.

Cette table ronde visait à dégager un état des lieux des points forts et des faiblesses du système et à repérer les besoins non couverts à l'heure actuelle, ainsi qu'à recueillir les propositions d'amélioration du dispositif. Notamment, il était prévu de passer en revue les 76 recommandations du « rapport du collège d'experts préalable à un plan concerté en matière d'assuétudes » commandé par les gouvernements de la Communauté française, de la Région wallonne et de la Région bruxelloise (Collège d'experts en assuétudes, 2005), et de comparer ces recommandations avec les besoins et manques dégagés par les intervenants durant la table ronde.

Outre les intervenants du secteur assuétudes, l'ouverture à une concertation avec d'autres secteurs également concernés par cette problématique était prônée (aide à la jeunesse notamment).

Les ambitieux objectifs affichés pour la table ronde n'ont pu être rencontrés que partiellement. En voici quelques éléments d'explication :

En premier lieu, les participants aux ateliers n'ont pas toujours fait la différence entre le dispositif dans son ensemble et les projets dans leurs particularités. Une vue globale trop partielle en est résulté. Par ailleurs, quant à l'articulation entre secteurs, certains représentants de secteurs non spécialisés mais en première ligne de certaines consommations n'étaient pas ou peu représentés. Il en va ainsi des directions d'écoles, des éducateurs, des familles, des gérants de lieux festifs, etc.

Par ailleurs, la comparaison entre les besoins globaux dégagés (trop partiellement, on l'a vu), et les 76 recommandations du « Collège d'experts » n'a pu être réalisée, en partie à cause de ces constats trop particularistes issus de la table ronde, mais aussi à cause de la méthodologie retenue pour la journée, qui ne prévoyait pas une présentation approfondie de ces recommandations, et du bien compréhensible manque de maîtrise de cette longue liste par les participants.

Malgré ces réserves, les actes de cette table ronde proposent quand même certains points forts et points faibles du dispositif actuel, qui semblent s'être dégagés :

Points forts

- **Une diversité et une complémentarité de compétences des acteurs dans le cadre d'une approche globale et intégrée.** Cette diversité de compétences permettrait ainsi d'aborder le consommateur dans sa globalité, sans se focaliser uniquement sur le produit ou la personne, mais en tenant largement compte du contexte et de l'action sur l'environnement, ainsi que du sens à donner au comportement, sans stigmatisation et sans recherche de boucs émissaires. Le décret de promotion de la santé est vu, dans cette optique, comme un sérieux soutien, dans la mesure où il permet cette approche globale

de la personne. Ce type d'approche favoriserait l'adhésion du public (usagers) mais également des partenaires locaux (maisons de jeunes, plannings…), dans la mesure où ils partagent les mêmes valeurs citoyennes.

- **La reconnaissance politique d'approches spécifiques ou de services.** Celle-ci apparaît comme une des garanties de qualité des interventions, puisqu'elle favorise à la fois la continuité, la spécificité des approches et la concertation.

- **Continuité.** L'agrément des services par les pouvoirs subsidiants, assorti d'un système d'évaluation permanente, favorise la continuité des interventions.

- **Approches spécifiques.** La reconnaissance favorise l'émergence d'approches spécifiques comme la réduction des risques, qui s'adresse soit à un public festif globalement non dépendant, permettant de juguler le dérapage vers les consommations incontrôlées, soit à un public dépendant fortement marginalisé peu touché par des interventions plus traditionnelles. (En revanche, le secteur de la prévention de la dépendance au tabac souligne une forme de recul de sa reconnaissance, causée par la banalisation du produit !).

- **Concertation.** Reconnus ou non, les réseaux de concertation, parfois intersectorielle, permettraient la mise en commun de dynamiques et de ressources qui se soutiennent et s'additionnent. Cela a été mis en avant notamment à propos des concertations entre compétences de santé et d'enseignement au niveau des Points d'Appui Assuétudes (PAA). C'est vrai également pour les réseaux d'intervenants spécifiques (Réduction des risques) ; mais encore à des niveaux plus locaux, où des concertations ont parfois été établies par des acteurs qui ont ainsi organisé la complémentarité de leurs actions, et souhaiteraient voir ces concertations reconnues ; c'est vrai enfin au niveau de certains projets en cours de réalisation, qui ont œuvré à un certain décloisonnement permettant des actions concertées tant de manière interne (entre « clinique » et « prévention » notamment), mais aussi externe (entre Aide à la Jeunesse et assuétudes, par exemple).

Points faibles

- **Un manque de cohérence dû à l'éclatement des compétences institutionnelles.** Celui-ci implique tous les niveaux de pouvoir (fédéral, entités fédérées, parfois même provincial). Il rend difficile le développement de la politique des drogues comme « globale et systémique ». De plus, il maintient une ambigüité quant aux compétences respectives, notamment de par la multiplicité des intervenants en milieu scolaire (intervenants spécialisés du champ des assuétudes, police, parfois même intérêts privés comme les alcooliers), tout en ne levant pas le flou sur certains chevauchements (notamment entre promotion de la santé et interventions sécuritaires).

- **Un cloisonnement difficile à dépasser.** Certaines interventions nécessiteraient de dépasser la logique territoriale et sectorielle (testing de pilules, raccompagnement à domicile des usagers…). Il est difficile de les appliquer de manière optimale en l'absence d'une vraie politique interministérielle. Les partenariats vantés plus haut sont souvent difficiles à mettre en place en pratique, à cause de « cultures » sectorielles et de logiques diverses liées aux multiples modes de financements , qui ne créent pas toujours

d'emblée la confiance. Ces clivages se retrouveraient d'ailleurs au niveau politique lui-même. On peut ainsi se trouver face à un organisateur de festival qui, se voyant proposer un projet de réduction des risques, hésitera à l'appliquer si la sphère policière ne marque pas son accord.

- **Les conséquences dommageables des mécanismes de financement sur la qualité des services.**

  - **La multiplicité des sources de financement peu coordonnées** peut entraîner des lacunes dans la politique de la prévention. L'absence de coordination entre les sources de financement entraînerait selon les acteurs certaines inadéquations, soit que des disciplines soient sous-financées, soit qu'on assiste au contraire à un saupoudrage et à des chevauchements.

  - **La multiplicité des sources de financement fragilise les organismes de prévention.** En effet, plusieurs petits financements au lieu d'un financement structurel unique sont autant de sources qui peuvent se tarir, et pour lesquelles il faut maîtriser des procédures d'agrément coûteuses en temps et en énergie.

  - **La multiplicité des sources de financement jointe au mécanisme de financement par projet** introduit de la concurrence et une iniquité entre les organismes. Ainsi, les grandes institutions, susceptibles de dégager plus facilement du temps et du savoir-faire face à des procédures lourdes et complexes, seraient favorisées par rapport aux petites institutions, dont le temps et les ressources sont plus précieuses.

  - **Les financements ponctuels par projet favorisent la discontinuité des services et l'instabilité des équipes.** La discontinuité du financement « par projets » crée de l'insécurité d'emploi et un gros roulement (« turn-over ») des travailleurs au sein des équipes, ne favorisant pas non plus la continuité des services aux usagers (difficulté d'assurer la continuité des dossiers de manière satisfaisante). C'est pourquoi les acteurs ont évoqué la possibilité d'un financement par service pour favoriser la continuité de leurs actions, tout en dénonçant par ailleurs un financement global trop maigre des projets de promotion de la santé en matière d'assuétudes.

- **Les manques de visibilité et de communication.** Le manque de visibilité est surtout pointé pour des projets de promotion de la santé hors des assuétudes aux produits illicites : le tabagisme notamment. Ceux-ci, moins « forts », plus banalisés, bénéficieraient d'une visibilité moindre. Est pointée encore une fois l'étroitesse des budgets, en regard des budgets alloués à la prévention « sécuritaire » ou à la prévention « médicalisée ». Enfin, en termes de communication, les acteurs de réduction des risques déplorent que les politiques, les medias et l'opinion publique véhiculent une image erronée de ces actions (« incitantes » à la consommation), alors que les praticiens de terrain en mesurent toute l'utilité et… la mesure.

- **Trop peu de lieux de coordination et d'échanges entre les professionnels du champ.** L'absence ou l'arrêt du financement de coordinations communautaires morcèle et déforce certaines stratégies (réduction des risques – suppression du réseau « drogues risquer moins ») ou thématiques (alcool – multiplicité de petites interventions non coordonnées).

- **L'absence de demande ou de compréhension des objectifs de prévention par le public cible et par les relais non spécialisés.**

  - **Du côté de la population.** Il existe apparemment une difficulté à faire passer la complexité d'interventions visant à promouvoir la santé en agissant sur des facteurs multiples, par rapport à des interventions plus limitées et focalisées sur le symptôme (approche « pasteurienne »).

  - **Du côté des acteurs généralistes, relais potentiels dans les milieux de vie.** Là aussi, l'utilité de la continuité, d'un travail de fond effectué avec des adultes-relais, est peu perçue par rapport au désir d'interventions plus ponctuelles et centrées sur des situations d'urgence. Il en irait de même des politiques, qui peinent à adopter un « regard éloigné » et à ne pas être très « réactifs » par rapport à des situations qui inquiètent leur électorat. Même les lieux festifs, avec leurs changements de direction et l'important turn-over des travailleurs, est difficile à sensibiliser à cette course de fond qu'est la promotion de la santé.

- **La question de l'évaluation reste un sujet de préoccupation.** L'impact et la qualité des actions gagneraient à être évalués. Mais la mise en place d'une évaluation resterait problématique pour trois raisons : « volatilité » du public jeune, difficile à maintenir dans un processus d'évaluation ; difficulté à s'entendre entre acteurs sur une méthodologie commune ; et difficulté à évaluer un impact « sur l'humain ».

- **La divergence d'intérêts entre le secteur marchand et le non-marchand.** Celle-ci se manifeste dans la difficulté pour les responsables de milieux festifs à trouver un intérêt commercial dans les actions de promotion de la santé, mais aussi dans l'incohérence qu'il y a à confier des missions de prévention aux alcooliers ou au jury d'éthique publicitaire (presque exclusivement composé des publicitaires eux-mêmes).

Perspectives

- **Les menaces, opportunités et besoins émergents**

  - **Menaces**
    - *Menaces liées aux modes de vie des usagers et aux représentations de la population.* Le mode de vie des usagers est affecté par la situation sociale générale (dégradation des conditions de vie et du lien social). Les représentations, quant à elles, affectent certains groupes systématiquement associés, à tort, à certaines consommations (les jeunes et l'alcool notamment, quand l'OMS rappelle qu'outre les adolescents existent aussi deux autres groupes à risques : les jeunes adultes sans emploi et les travailleurs vieillissants).
    - *Menaces liées à l'insuffisance et/ou à l'incohérence des décisions politiques.* Le morcellement des compétences rend difficile pour les décideurs eux-mêmes d'identifier qui est responsable de tel ou tel type d'intervention. Par ailleurs, un rééquilibrage des financements des différentes compétences serait nécessaire (entre sécuritaire et promotion de la santé notamment). Un rééquilibrage légal devrait l'accompagner (définition d'un cadre plus clair pour la réduction des risques, notamment en termes de testing et donc de

transport de substances). Par ailleurs, l'influence de lobbies privés (alcool, tabac) pèserait sur la recherche d'une politique cohérente en matière d'assuétudes.

- ***Menaces liées à l'insuffisance ou à la rupture des financements.*** En l'absence de stabilité des financements, les projets s'essoufflent et les équipes se découragent et deviennent elles-mêmes instables. Par ailleurs, le contexte de concurrence qui en résulte n'est pas propice au développement d'interventions complémentaires et efficaces. Enfin la crédibilité des projets serait mise à mal par leur inscription dans une trop courte durée. Celle dernière devrait être de cinq ans au moins.

- **Opportunités et besoins émergents**
  - La possibilité de développer des actions qui ont du sens en termes de prévention, dans le cadre des plans de cohésion sociale des communes et du PST3 (plan stratégique territorial de la Région wallonne).
  - Nécessité et possibilité de favoriser des approches bien argumentées qui emportent l'adhésion du public et favorisent les partenariats intersectoriels.
  - La réduction de la charge financière de l'associatif, par le développement limité et bien balisé de partenariats avec des institutions publiques ou commerciales (exemples: test en laboratoire des nouvelles drogues de synthèse, production du stérifix).
  - Projet de formation qualifiante en assuétudes, porté par plusieurs associations, à l'intention d'acteurs généralistes (médecins, assistants sociaux, juristes, etc.).
  - Nécessité de se former à l'intervention dans le milieu de l'école primaire, « client » émergent des interventions de prévention en matière d'assuétudes.

Pistes

- **Renforcer le dispositif de promotion de la santé, le valoriser et rendre ses actions plus visibles, afin de mieux en exploiter les points forts.**

  - **Créer des espaces, des lieux d'expression, au plus proche des milieux de vie.** Aller dans les quartiers, dans les écoles, à la rencontre des jeunes et des familles notamment, afin de créer une dynamique large, non exclusivement centrée sur le produit, proche de l'action communautaire, qui va viser à une approche globale du cadre de vie, qui doit être dans son ensemble maintenu (ou amené) « en santé ».

  - **Ne pas pour autant négliger certaines stratégies plus spécifiques.** Exemples : retarder l'âge de la première consommation (d'alcool, notamment); développer des actions spécifiques de prévention primaire du tabagisme ; développer des actions de réduction des risques lorsque la prévention primaire est dépassée.

  - **Développer pour ce faire des stratégies de communication qui mobilisent relais médiatiques et politiques.** Exemples : développer des campagnes saisonnières ciblées en matière de réduction des risques ; œuvrer à transformer les représentations individuelles et collectives autour des consommations d'alcool et des jeunes.

- **Obtenir un engagement du politique en faveur de la durabilité et du décloisonnement des interventions.**

  - Accroître la couverture géographique (prévention dans les milieux de vie).

- Améliorer la cohérence interministérielle pour favoriser l'intersectorialité des interventions.

- Des cofinancements de projets et des comités d'accompagnement transversaux seraient des pistes pour atteindre cet objectif.

- Construire les dispositifs et les pratiques sur la durée. Des agréments à durée indéterminée, assortis d'une évaluation et d'un contrat de confiance permettraient d'installer les projets, de les évaluer et éventuellement de les réorienter, tout en maintenant du personnel expérimenté dans les équipes.

- Accorder une reconnaissance légale aux services et un soutien à la standardisation des pratiques. Cette reconnaissance légale des pratiques est particulièrement demandée par la réduction des risques, de même que des moyens matériels pour promouvoir des standards de qualité de ses actions.

- **Renforcer la formation et l'accompagnement des acteurs de première ligne.** Les acteurs généralistes de première ligne gagneraient à être formés en nombre plus important, dans leurs cursus de base, à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à une première approche des assuétudes et à la réduction des risques. Plus de dispositifs d'accompagnement (concertations) doivent être prévus à cet effet, pour ne pas laisser trop seuls ces acteurs généralistes (enseignants, éducateurs, directions d'écoles…).

- **Soutenir la concertation et la construction de partenariats.** Libérer des moyens pour approfondir certaines questions spécifiques (politiques en matière de tabac et leur efficacité, réduction des risques appliquée au tabac, addiction au jeu).

Table ronde sur les assuétudes, 28 mai 2010, Parlement wallon

Faisant suite et visant la cohérence avec la table ronde organisée par la ministre en charge de la santé en Communauté française, son homologue en Région wallonne, Madame Eliane Tillieux, a organisé, dans la foulée, cette deuxième table ronde sur les assuétudes dont l'objectif principal était de présenter un état des lieux des pratiques développées en Région wallonne en matière d'assuétudes, et notamment, ici aussi, les freins et les leviers rencontrés.

Plus spécifiquement, trois objectifs étaient visés : rappeler les domaines de compétences de chaque pouvoir subsidiant et améliorer la cohérence de leur répartition ; intégrer la problématique des assuétudes dans la politique régionale, notamment en ce qui concerne les subsides ; enfin arriver à une politique concertée en matière d'assuétudes entre la Communauté française et la Région wallonne.

Dans ce but, quatre ateliers ont été organisés, ainsi qu'un bilan du PST3 et de deux recherches (les ateliers étaient les suivants : Cyberdépendance et Traitements de substitution aux opiacés).Ce fut l'occasion pour les travailleurs de terrain, experts, administrations, chercheurs et politiques, de croiser leurs expériences respectives. L'ensemble des

présentations furent mises en perspective avec les recommandations du Collège d'experts de 2005.

Que ce soit au cours des diverses introductions (notamment par monsieur Benoît De CLERCK, président du Collège des experts), ou dans les conclusions des travaux, les points de convergence suivants peuvent être relevés avec la table ronde de la Communauté française :

- **Transversalité dans les interventions et les secteurs.**
  L'approche transversale et de réseau fut largement présentée comme souhaitable pour améliorer la cohérence dans la gestion des assuétudes et ce, notamment, en réaction à un découpage parfois ressenti comme artificiel et contre-productif entre prévention, soins et accompagnement et réduction des risques. Arriver, au terme de la réflexion entamée, à une véritable politique globale, intégrée et concertée, sous forme d'un plan stratégique concerté entre les entités fédérées concernées, fut également un des éléments dégagés des débats.

- **Besoin corollaire de clarification des compétences, des missions et des champs d'action.**
  A côté de ce besoin de décloisonnement coexiste un besoin un peu antinomique de précision des « identités », au travers des compétences, des missions assumées et de leurs champs d'action. Ainsi, la superposition des compétences que l'on observe parfois entre des domaines comme la prévention des assuétudes, la réduction des risques, mais aussi la répression de la criminalité ou encore la prévention sécuritaire des nuisances liées aux drogues, met à mal une image claire des rôles et missions de chacun, que les acteurs semblent appeler de leurs vœux, en dépit du souci de transversalité. Cette clarification semble également souhaitée par certains entre la prévention et le secteur des soins, mais également spécifiquement entre la prévention et la réduction des risques, la dernière se sentant parfois l'objet de critiques entretenues par la confusion des genres.

- **Pérennisation des projets par une inscription dans le long terme et la continuité.**
  La récente avancée légale en ce sens a été pointée, avec la constitution de réseaux et l'agrément des services spécialisés et des SSM, venant d'un régime de subventionnement facultatif plus précaire. Les coordinations de réseaux sont cependant moins bien soutenues, puisque leurs subsides se font attendre, ce qui menacerait l'avenir de certaines.

  La pérennisation d'autres projets, ponctuels ou à durée déterminée aujourd'hui, fut également souhaitée, notamment la transformation en moyens structurels des actuels moyens « PST3 ».

- **Promotion de lieux de concertation.** L'évolution du cadre réglementaire entre les pouvoirs subsidiants et les associations a également permis la création, en assuétudes comme en santé mentale, de deux cellules au sein desquelles se concertent l'administration, les représentants du cabinet et les acteurs de terrain. Y sont discutés les politiques et les projets à développer, ainsi que les difficultés rencontrées sur le terrain et des pistes pour les résoudre.

Pour ce qui est de l'offre aux usagers, davantage de complémentarité et d'articulation entre les offres ont été souhaitées et, pour soutenir ce processus, l'émergence de concertations cliniques au sein des réseaux, et leur nécessaire subsidiation.

- **Statut de la prévention.** Il a été répété ici, comme en Communauté française, que le cadre dans lequel devait s'inscrire la gestion des assuétudes était celui de la promotion de la santé, soit une approche qui prend en compte l'ensemble des déterminants de santé de l'individu, bien au-delà de ses consommations, et qui vise à lui fournir les moyens de contrôler lui-même sa santé et de l'améliorer.

- **Statut de la réduction des risques.** Il a été répété ici également que l'amélioration de la légitimité de la réduction des risques passait par une amélioration des outils juridiques qui la déterminent et l'encadrent. Ceci pour assurer un cadre qui permette de développer des initiatives innovantes. Tel ne fut pas le cas, faute de ce type de clarté justement, pour les projets de testing ou le projet de délivrance d'héroïne contrôlée. Il en ira de même des initiatives futures telles les lieux de consommation protégés, qui ont pourtant fait leurs preuves à l'étranger et sont encouragés par les experts.

Après ces deux premières tables rondes, toujours dans l'optique de dégager une synergie entre les différents pouvoirs organisateurs, dans le cadre d'une stratégie globale et intégrée, une troisième table ronde a été programmée le 10 juin 2011. Celle-ci est censée clôturer les travaux entrepris. En vue de celle-ci et en continuité avec la concertation initiée, des groupes de travail ont été créés, auxquels ont été invités des représentants du terrain pour nourrir la réflexion. Un premier groupe de travail se concentre sur le sujet de la formation; un deuxième sur la définition des concepts; un troisième, composé de représentants des cabinets et des administrations, travaille sur l'harmonisation des procédures administratives en cas de subsides accordés par plusieurs pouvoirs organisateurs (PO) ; enfin, un quatrième groupe est composé de représentants politiques responsables des assuétudes pour les entités fédérées (un peu sur le modèle de la Cellule Politique de Santé en matière de Drogues) et se penche sur le sujet de… la politique des drogues. Les résultats de ces premiers groupes de travail seront présentés lors de la troisième table ronde assuétudes.

1.4.3.3. Elaboration de « stratégies concertées » en matière d'assuétudes en Communauté française, en vue de la rédaction d'un PCO.

Enfin, il faut signaler qu'un des objectifs de la première table ronde était de prévoir le devenir des programmes de lutte contre les assuétudes financés par la Communauté française. En ce sens, suite au constat de l'éclatement et du cloisonnement des acteurs et des compétences, qui empêche trop souvent de trouver un consensus sur des logiques d'interventions partagées (ce qui a pu, notamment, retarder l'incarnation des recommandations du Collège d'experts de 2005 en un PCO), la Communauté française a décidé d'initier un processus de concertation au sein du secteur des assuétudes, qui s'incarnerait dans un PCO à l'échéance de deux ans (soit à la fin de l'année 2012). Le cabinet de la Ministre Laanan a déterminé que ce processus prendrait la forme de « stratégies concertées » en matière d'assuétudes ; des moyens et du personnel ont été engagés, et le pilotage de cette concertation, pour ce qui concerne la Communauté française, a été confié à Eurotox.

1.4.4. Où en est la prévention des assuétudes dans les écoles en Communauté française ?

Les demandes de formations d'adultes-relais du monde enseignant, ou d'interventions ponctuelles thématiques et ciblées, dans l'enceinte de l'école même, sont en baisse. Rappelons à ce sujet que l'Institut de formation en cours de carrière (IFC) gère à présent les formations obligatoires du personnel enseignant, et propose dans ce domaine un catalogue de formations agréées par lui, même si elles sont élaborées et délivrées par des organismes spécialisés (notamment en matière d'assuétudes).

Cependant, il faut savoir que les indicateurs d'intérêt pour la thématique « drogues » dans les écoles sont en baisse. En effet : en plus des formations « non-agréées » d'adultes-relais, et des demandes d'interventions ponctuelles (journées de sensibilisation des élèves dans les classes), la « tension » qui entourait ce sujet jusqu'il y a peu semble également disparaître des thèmes abordés par l'IFC, puisque la thématique « drogues » a carrément disparu depuis deux « saisons » de l'ensemble des sujets pour lesquels les institutions spécialisées peuvent faire agréer des formations auprès de cet organisme. Dès lors, les formations agréées le sont dans d'autres domaines, et les assuétudes peuvent y être abordées si elles servent l'objet de la formation, mais pas comme sujet central de celle-ci.

Qu'en tirer comme conclusion quant au phénomène des drogues à l'école ? N'y a-t-il plus de consommation, ou moins, dans les murs de l'école ? D'après les derniers résultats d'enquêtes (ESPAD, HBSC), il semble que ce n'est pas le cas. Cela suggère donc plutôt que la gestion du phénomène serait en train de changer. Soit les « problèmes » sont réglés de manière plus disciplinaire, soit une partie des consommations (cannabis) est perçue comme plus anodine qu'auparavant et fait davantage l'objet d'un « laisser faire » que par le passé. Dans les deux cas, on peut regretter que la vision intégrée que peut apporter la promotion de la santé recule ainsi à l'arrière-plan par rapport à des visions plus parcellaires des consommations, ou à une absence de vision s'il s'agit de fermer les yeux…

On notera par ailleurs que le programme MEGA de la police est toujours en cours dans les écoles, aux dernières nouvelles, et qu'il ne semble toujours pas qu'il ait fait l'objet d'une évaluation que l'on pourrait consulter.

On notera toutefois certaines demandes de formation spécifiques émanent des centres PSE, ce qui est un signal positif. Ce signal est toutefois à évaluer sur le moyen terme, les PSE étant des acteurs relativement jeunes du champ scolaire, et qui peinent parfois à se faire connaître/reconnaître des autres acteurs.

Ne passons pas à côté des « points d'appui assuétudes », dont nous signalions la première auto-évaluation dans notre précédent rapport. Une enquête a été diligentée par le CLPS de Bruxelles, sur les regards et les besoins des acteurs du milieu scolaire (enseignants, éducateurs, CPMS, CPSE) quant aux comportements à risques des élèves. La méthode de collecte choisie fut celle d'entretiens semi-directifs individuels et collectifs, afin d'explorer notamment les pratiques et les représentations sociales. Des résultats partiels de cette enquête ont été publiés dans le périodique « Bruxelles-Santé » (Bocquet & Werbrouck 2010). En voici quelques uns, basés sur les trois premières questions de l'enquête. Celle-ci est sous presse, et paraîtra au printemps 2011. Ces trois premières questions étaient libellées comme suit : 1) En tant qu'acteur scolaire, qu'est-ce qu'un

«comportement à risque» chez les jeunes ? (objectif: identifier les représentations des acteurs scolaires par rapport à ce qu'ils considèrent à risque dans les comportements des jeunes à savoir ce qu'il faut prendre en compte et ce qu'ils voient, imaginent des comportements des jeunes) ; 2) Comment l'école réagit-elle face aux comportements à risques ? Comment les gère-t-elle ? Quelle est la politique en matière de gestion des risques dans votre école ? (objectif: identifier les différentes mesures et tentatives de solutions prises et mises en place par l'école quant aux comportements à risques des jeunes.) et 3) Avez-vous des attentes et/ou des besoins pour aborder, gérer, prendre en compte ces comportements ? (objectif: identifier les attentes et les besoins des acteurs scolaires concernant les comportements à risque des jeunes)[21].

Perception des comportements à risque

La perception des comportements à risques adoptés par certains élèves semble varier en fonction de la position professionnelle de celui qui les observe.

Les enseignants et les directeurs.

Les comportements à risques sont perçus par eux en lien avec l'impact qu'ils peuvent avoir sur la scolarité de tous et sur la gestion des classes. Sont citées: les consommations d'alcool, de cannabis, mais aussi les consommations «sans produits» d'Internet et de gsm…

Les enseignants interrogés citent en premier lieu la consommation d'alcool comme comportement à risque observé. Ce qui les préoccupe dans ce comportement, c'est le danger de dépendance et les effets sur la santé des jeunes consommateurs. Vient ensuite le cannabis, qui préoccupe surtout pour ses effets sur la scolarité, sur les comportements (réactions disproportionnées, parfois violentes), et parfois mis en lien avec le décrochage scolaire. Enfin, Internet (jeux…) et le gsm ne sont pas en reste, puisque les enseignants considèrent que les élèves peuvent difficilement s'en passer, ce qu'ils attribuent à l'éducation parentale, et qui engendrerait fatigue, manque de concentration et repli sur soi.

Les directeurs, quant à eux, citent plutôt le «décrochage scolaire» comme premier comportement à risque, ne citant la consommation de cannabis que comme corollaire essentiellement lié à ce dernier.

Les éducateurs, les agents PMS et les infirmières PSE

Ceux-ci sont moins focalisés sur les produits consommés, et placent les comportements à risque davantage dans un tableau plus global, tenant compte de l'âge, du contexte, d'un profil psychologique, etc. Interrogés spécifiquement sur les assuétudes, ils citent l'alcool comme première consommation à risque.

Les PMS et PSE proposeraient même plutôt un travail avec les adultes qu'avec les enfants, qui ne feraient qu'adopter des comportements typiques de l'adolescence.

Gestion de ces comportements à risques

Une gestion au cas par cas

Tous les acteurs interrogés semblent s'accorder à dire qu'aucune gestion «standardisée» de ces questions n'est applicable, qu'il faut prendre des mesures au cas par cas. Cependant, il semblerait

21. Catherine Vegairginsky, communication personnelle.

que peu d'actions réellement préventives soient menées, qu'on n'intervienne qu'à la survenue d'une consommation vraiment ostensible ou problématique, ce que déploreraient les centres PMS, qui rencontrent certains de ces jeunes qui ne comprennent pas en quoi leur consommation serait problématique.

Un système de règles informelles

Bien qu'un règlement interne existe dans tous les cas et soit connu de tous, il apparaît qu'un système de règles informelles prévaut. Ainsi, en cas de consommation, en fonction de l'ampleur/de la lourdeur de celle-ci, seront prévenus et impliqués, dans l'ordre : les éducateurs, puis les intervenants PMS/PSE, et enfin les directions. Par ailleurs, en ce qui concerne le trafic ou le « don », ceux-ci sont toujours considérés comme plus graves, et entraînent le plus souvent un renvoi.

Attentes et/ou besoins des acteurs scolaires

Les enseignants et directeurs interrogés éprouvent majoritairement un sentiment d'impuissance face à ces phénomènes. Ils se sentent à la fois démunis devant le « diagnostic » à poser : un élève a-t-il vraiment consommé, et quoi ?, et devant la réaction immédiate à adopter. Cependant, paradoxalement, ils ne semblent pas demandeurs d'une formation spécifique pour pouvoir réagir.

Les directions, quant à elles, sont surtout en recherche du « bon interlocuteur ». Elles perçoivent l'offre comme relativement morcelée et difficile à évaluer. Elles sont demandeuses d'un interlocuteur unique qui, en fonction de la teneur du dossier, les orienterait vers l'intervenant adéquat. Parfois, faute d'une vision claire de l'offre, elles font appel à la police, même si elles déclarent vouloir aider en plus de sanctionner.

2. Situation épidémiologique et tendances

2.1. La prévalence des usages de drogues

Nous présenterons successivement des données sur la prévalence de l'usage de drogues dans la population générale et dans la population scolaire. Les données relatives à certains groupes spécifiques tels que le milieu festif, les usagers rencontrés « en rue », etc., seront traitées dans le chapitre 3 du présent rapport, celui-là étant consacré à l'éclairage de la situation épidémiologique à partir des données indicatives issues des activités de terrain.

Les études évoquées seront introduites sous forme du tableau récapitulatif suivant :

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

Ces différentes rubriques sont remplies dans la mesure du possible, mais il arrive que certaines données ne soient pas disponibles.

2.1.1. L'usage de drogues dans la population générale

Les enquêtes menées auprès d'échantillons de la population générale permettent d'estimer l'ampleur et le mode de consommation des différentes drogues sur l'ensemble des habitants d'un territoire donné à un moment donné. On peut ainsi estimer la prévalence de la consommation, les types de produits consommés, leur disponibilité, ainsi que le profil des groupes concernés (âge, sexe, …). Actuellement, en Belgique, les seules données disponibles sur la consommation de drogues dans la population générale proviennent de l'enquête de santé par interview (HIS) réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique. Comme il s'agit d'une enquête de santé en population générale, le nombre de questions sur les drogues est limité, comme nous le verrons ci-dessous.

En 2008 l'Institute for Social Drug research (ISD) de l'Université de Gand a mené une étude de faisabilité de la réalisation d'une enquête récurrente « alcool-drogues » dans la population générale, en collaboration avec le centre de recherche CELLO de l'université d'Anvers (Decorte et al, 2008). L'étude présente une comparaison détaillée de méthodes utilisées dans les enquêtes de prévalence dans différents pays européens, ainsi que l'évaluation des forces, des restrictions, des conditions préalables et des coûts de ces études. Elle présente trois scénarios possibles pour la réalisation d'une enquête en population générale, en tenant compte du contexte culturel et social et des spécificités liées à la Belgique. Nous espérons vivement que cette enquête permettra d'améliorer et de systématiser la récolte de données épidémiologiques en la matière.

2.1.1.1. Enquête de santé par interview dans la population générale adulte

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

Année de collecte de données	**2008**
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Etude de l'état de santé de la population belge
Population cible	Population générale*
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire (stratifié et par grappe)
Echantillon d'étude	6.792 pour le volet sur les « drogues illicites» (11.254 au total)
Taux de réponse	55%
Couverture	Belgique
Distribution d'âge	15 à 64 ans pour le volet « drogues »
Instrument d'investigation	Interview en face-à-face et questionnaire**

* *Le volet sur les drogues illicites n'a toutefois été administré qu'aux personnes âgées de 15 à 64 ans.*

** *En raison de leur caractère sensible ou intime, les réponses aux questions sur l'usage d'alcool et de drogues (notamment) ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire remis à chaque participant après l'interview.*

Bien que cette enquête s'adresse à toutes les personnes qui résident dans le pays (sans restriction de nationalité ou de statut légal), il est probable que les statistiques produites au moyen de cette enquête sous-estiment la prévalence réelle de l'usage de cannabis et des autres drogues illicites, parce qu'elles ne s'appliquent pas, de par leur méthodologie, aux personnes marginalisées

(incarcérées, institutionnalisées, sans domicile fixe, etc.), qui en sont pourtant probablement les plus grands consommateurs (notamment en milieu carcéral). En outre, en 2008, environ 32% des ménages contactés ont refusé de participer à cette enquête, ce qui a d'ailleurs quelque peu inquiété les responsables de l'enquête[22]. Même si ces ménages ont ensuite été « remplacés » par d'autres ménages sur base de trois critères qu'ils ont en commun (la localisation géographique, la taille du ménage, et l'âge de ses membres), on ne peut exclure qu'une certaine proportion des ménages ayant refusé d'y participer ont pris cette décision par choix de ne pas divulguer certains comportements (en l'occurrence la consommation de drogues illicites) ou par peur que l'anonymat de l'enquête soit transgressé. En outre, les critères utilisés pour remplacer les ménages non-participants ne suffisent pas à maintenir la représentativité de l'échantillon en cas de refus plus fréquent de certaines catégories de ménages.

Résultats à l'échelle nationale

Tableau 7 : Evolution de la prévalence de la consommation de cannabis dans la population belge âgée de 15 à 64 ans. Enquête HIS 2008.

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

Comme on peut le constater dans le tableau 7, la dernière enquête HIS (voir Gisle, 2010) montre qu'en 2008, la **prévalence sur la vie de l'usage de cannabis** (au moins une consommation au cours de la vie) est de 14,2% dans la population belge âgée de 15 à 64 ans. On assiste ainsi à une augmentation progressive de l'expérimentation de cette substance dans la population générale, puisque l'expérimentation est passée de 10,7% en 2001

22. Voir http://www.lavenir.net/article/detail.aspx?articleid=196453

à 13% en 2004 et finalement 14,2% en 2008. A nouveau en 2008, la prévalence sur la vie est plus importante chez les hommes (17,8%) que chez les femmes (10,7%), et elle est également plus importante à mesure que le niveau d'instruction des personnes interrogées augmente (Primaire/sans diplôme : 8,1% ; secondaire inférieur : 11,1% ; secondaire supérieur : 12,8% ; enseignement supérieur : 16,8%). La prévalence d'usage de cannabis sur la vie augmente également en fonction du degré d'urbanisation (zone rurale : 11,6% ; zone semi-urbaine : 12% ; zone urbaine : 17%), et elle diffère, comme nous le verrons plus loin, en fonction des régions.

On peut également constater dans le tableau précédent que la prévalence d'usage de cannabis sur la vie est actuellement plus marquée au sein de la tranche d'âge des 25-34 ans (29,9%) ainsi que, dans une moindre mesure, au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans (21,1%). Finalement, l'âge moyen de la première expérimentation de cannabis est de 18,9 ans (contre 19,2 ans en 2004).

En ce qui concerne la prévalence de l'**usage récent de cannabis** (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois), on constate qu'elle est quasiment identique à celle observée en 2004, puisqu'elle est passée de 5% à 5,1%. Comme pour la prévalence d'usage sur la vie, l'usage récent est plus fréquent chez les hommes (7,1%) que chez les femmes (3,1%). Les tranches d'âge les plus concernées par l'usage récent de cannabis sont les 15-24 ans (11,8%) et les 25-34 ans (10,4%). Alors que l'on observait des variations importantes de la prévalence d'usage de cannabis *sur la vie* en fonction du niveau d'instruction des personnes interrogées, il apparaît que la prévalence de *l'usage récent* est sensiblement équivalente quel que soit le niveau d'instruction, quoiqu'elle soit un peu plus basse pour les personnes sans diplôme ou n'ayant atteint que le niveau primaire (Primaire/sans diplôme : 3,5% ; secondaire inférieur : 5,3% ; secondaire supérieur : 4,7% ; enseignement supérieur : 5,3%). Finalement, comme cela était constaté pour la prévalence d'usage sur la vie, la prévalence de l'usage récent de cannabis augmente en fonction du degré d'urbanisation (zone rurale : 3,7% ; zone semi-urbaine : 4,7% ; zone urbaine : 6,2%), et elle diffère à nouveau, comme nous le verrons plus loin, en fonction des régions.

En ce qui concerne la prévalence de l'**usage actuel de cannabis** (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours), cette enquête montre que 3,1% de la population belge aurait consommé du cannabis durant les 30 derniers jours précédant l'enquête, ce qui constitue une légère augmentation par rapport à 2001 (2,7%) et 2004 (2,8%). L'usage actuel est également plus marqué chez les hommes (4,4%) que chez les femmes (1,9%), et concerne principalement les 25-34 ans (7%) ainsi que les 15-24 ans (6,5%). Comme ce fut le cas pour l'usage récent, la prévalence de l'usage actuel de cannabis est assez semblable quel que soit le niveau d'instruction, quoiqu'à nouveau plus basse pour les personnes sans diplôme ou n'ayant atteint que le niveau primaire (Primaire/sans diplôme : 1% ; secondaire inférieur : 3,5% ; secondaire supérieur : 2,9% ; enseignement supérieur : 3,3%). Comme cela était constaté pour les prévalences d'usage sur la vie et d'usage récent, la prévalence de l'usage actuel de cannabis augmente en fonction du degré d'urbanisation (zone rurale : 2% ; zone semi-urbaine : 2,7% ; zone urbaine : 4%), et elle diffère à nouveau, comme nous le verrons plus loin, en fonction des régions. Finalement, en ce qui concerne la *fréquence* de consommation de cannabis chez les 3,1% d'« usagers actuels », la plupart d'entre eux (47,3%) ont déclaré en avoir consommé durant 1 à 3 jours au cours de mois précédent l'enquête, 16,2% durant 4 à 9 jours, 6,8% durant 10 à 19 jours, et 29,8% durant 20 jours ou plus.

Tableau 8 : Prévalence de consommation des autres drogues illicites dans la population belge âgée de 15 à 64 ans. Enquête HIS 2008.

	2008
Prévalence vie	3,8%
15-24 ans	4,6%
25-34 ans	9,2%
35-44 ans	3,8%
45-54 ans	1,0%
55-64 ans	1,1%
Prévalence 12 derniers mois	1,5%
15-24 ans	2,8%
25-34 ans	3,5%
35-44 ans	1,2%
45-54 ans	0,3%
55-64 ans	0,2%
Cocaïne 12 derniers mois	0,9%
Amphétamines/Ecstasy 12 derniers mois	0,9%
Opiacés 12 derniers mois	0,2%
Autre produit 12 derniers mois	0,3%

Comme on peut le constater dans le tableau 8, la **prévalence sur la vie** d'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis est de 3,8% dans la population belge âgée de 15 à 64 ans. L'expérimentation sur la vie de ces autres drogues illicites est plus fréquente chez les hommes (5,2%) que chez les femmes (2,5%). Les tranches d'âge les plus concernées sont celles des 25-34 ans (9,2%) et, dans une moindre mesure, des 15-24 ans (4,6%). La prévalence sur la vie de l'usage d'une autre drogue illicite varie quelque peu en fonction du niveau d'instruction (Primaire/sans diplôme : 2,7% ; secondaire inférieur : 3% ; secondaire supérieur : 4,8% ; enseignement supérieur : 3,6%). Enfin, elle augmente en fonction du degré d'urbanisation (zone rurale : 2,6% ; zone semi-urbaine : 3,7% ; zone urbaine : 4,7%), et est plus fréquente en Région bruxelloise (6%) qu'en Région wallonne (3,5%) et en Région flamande (3,7%).

En ce qui concerne la **prévalence de l'usage récent** (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois) d'une autre drogue illicite que le cannabis, elle concerne en 2008 1,5% de la population belge âgée de 15 à 64 ans. L'usage récent d'une autre drogue illicite est plus fréquent chez les hommes (2,2%) que chez les femmes (0,9%), et les tranches d'âge les plus concernées sont celles des 25-34 ans (3,5%) et, dans une moindre mesure, des 15-24 ans (2,8%). Comme pour la prévalence sur la vie, la prévalence de l'usage récent d'une autre drogue illicite augmente légèrement en fonction du niveau d'instruction (Primaire/sans diplôme : 0,8% ; secondaire inférieur : 0,7% ; secondaire supérieur : 1,7% ; enseignement supérieur : 1,8%). En revanche, contrairement à ce que l'on observait pour la prévalence sur la vie, la prévalence de l'usage récent de drogues illicites autres que le cannabis varie peu en fonction du degré d'urbanisation (zone rurale : 1,2% ; zone semi-urbaine : 1,7% ; zone urbaine : 1,7%).

Si l'on envisage l'usage récent par produit, il apparaît que ces autres drogues illicites (cocaïne, amphétamines/ecstasy, opiacés, autres produits) ont chacune été consommées par moins de 1% de la population belge au cours des 12 derniers mois. La consommation récente de ces produits est à nouveau plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, ainsi que chez les personnes âgées de 15 à 34 ans. L'influence du niveau d'instruction et de la zone d'habitation est plus ténue, probablement en raison de la petitesse de l'échantillon de consommateurs de chacune de ces substances.

Résultats à l'échelle régionale

Si on envisage les résultats de cette enquête par région (voir tableau 9), il apparaît que l'expérimentation de cannabis est plus élevée en région bruxelloise (23,3%) que dans les deux autres régions du pays (13%). Ces différences entre régions, également observables aux niveaux des autres indicateurs de consommation (prévalences de l'usage récent et de l'usage actuel), sont apparemment en lien avec le caractère exclusivement urbain de la Région bruxelloise. En effet, lorsque l'on compare la consommation de cannabis entre la Région bruxelloise et les grandes villes de Wallonie et de Flandre, les prévalences de consommation sont sensiblement équivalentes. Rappelons qu'au niveau national, les indicateurs de consommation de cannabis apparaissaient déjà comme plus élevés dans les zones urbaines que dans les zones rurales ou semi-urbaines. Néanmoins, mentionner qu'il y a plus de consommation de cannabis en milieu urbain qu'en milieu rural est une observation et non une explication. Un examen attentif des données bruxelloises montre que la consommation de cannabis plus marquée en région bruxelloise peut s'expliquer en partie (mais pas totalement) par le fait qu'il y a davantage de consommateurs (sur la vie, au cours des 12 derniers mois et durant les 30 derniers jours) parmi les personnes de plus de 34 ans que dans les deux autres régions du pays. Il conviendrait néanmoins d'identifier plus précisément les déterminants de la plus haute prévalence de consommation de cannabis en milieu urbain (plus grande accessibilité/proximité du produit, influence de la culture urbaine, etc.).

En ce qui concerne les différences de genre observées au niveau des indicateurs de consommation du cannabis, elles sont sensiblement équivalentes au sein des trois régions du pays. Les différences liées à l'âge des répondants sont aussi assez semblables au sein des trois régions en ce qui concerne la prévalence d'usage sur la vie, la prévalence d'usage au cours des 12 derniers mois et la prévalence d'usage durant les 30 derniers jours, hormis la plus grande proportion de consommateurs de plus de 34 ans en Région bruxelloise. L'âge moyen de la première consommation de cannabis est quasiment le même dans les trois régions du pays : 19,2 ans en Région bruxelloise, 18,7 ans en Région wallonne, et 19 ans en Région flamande. De même, la fréquence de consommation parmi les usagers actuels de cannabis est sensiblement la même dans les trois régions : par exemple, on observe que 38,1% des usagers actuels bruxellois ont consommé du cannabis 10 jours ou plus au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête, contre 35,7% en Région wallonne et 36,4% en Région flamande.

Comme on peut le constater dans le tableau 10, les prévalences de consommation sur la vie et au cours des 12 derniers mois des autres drogues illicites sont également plus marquées en Région bruxelloise que dans les deux autres régions du pays. A nouveau, cette différence peut « s'expliquer » par le caractère exclusivement urbain de la Région bruxelloise, puisque lorsque l'on compare ces indicateurs entre la Région bruxelloise et les grandes villes de Wallonie et de Flandre, les prévalences de consommation sont sensiblement équivalentes, voir même légèrement plus importantes dans ces dernières. A nouveau, il serait intéressant de comprendre plus finement le rôle du milieu urbain sur la consommation de ces produits.

Tableau 9 : Prévalence de la consommation de cannabis par région en 2008. Enquête HIS 2008.

	Région wallonne	Région bruxelloise	Région flamande
Prévalence vie	13,2%	23,3%	13,3%
15-24 ans	20,6%	26,8%	20,6%
25-34 ans	28,4%	32,7%	30,1%
35-44 ans	11,4%	22,6%	11%
45-54 ans	5,7%	19,4%	5,7%
55-64 ans	2,4%	9,0%	2,9%
Prévalence 12 derniers mois	4,9%	8,7%	4,6%
15-24 ans	10,7%	15,3%	11,9%
25-34 ans	10,2%	13,2%	9,9%
35-44 ans	3,3%	8,6%	2,6%
45-54 ans	0,8%	3,3%	0,3%
55-64 ans	1,4%	0,5%	0,8%
Prévalence 30 derniers jours	2,7%	6,5%	2,7%
15-24 ans	5,5%	10,2%	6,5%
25-34 ans	6,3%	9,9%	6,8%
35-44 ans	1,1%	6,9%	1,4%
45-54 ans	0,7%	2,4%	0,3%
55-64 ans	1,2%	0,5%	0,3%

Tableau 10 : Prévalence de consommation des autres drogues illicites par région en 2008. Enquête HIS 2008.

	Région wallonne	Région bruxelloise	Région flamande
Prévalence vie	3,5%	6,0%	3,7%
15-24 ans	4,2%	4,4%	4,8%
25-34 ans	7,4%	9,2%	10,1%
35-44 ans	3,7%	8,7%	3,0%
45-54 ans	1,5%	2,9%	0,6%
55-64 ans	0,9%	1,3%	1,1%
Prévalence 12 derniers mois	1,3%	2,2%	1,6%
15-24 ans	2,3%	3,2%	3,0%
25-34 ans	2,7%	3,3%	4,1%
35-44 ans	0,9%	2,5%	1,2%
45-54 ans	0,7%	0,9%	0,0%
55-64 ans	0,3%	0,3%	0,2%

Conclusions

Globalement, les résultats de cette enquête suggèrent une légère augmentation dans le temps des indicateurs de consommation de cannabis. Néanmoins, lorsque les résultats bruts sont standardisés de manière à rendre la composition de la population homogène d'une année à l'autre au niveau de l'âge et du sexe des répondants, il apparaît que ces indicateurs sont restés stables par rapport à l'année 2004[23].

L'expérimentation, l'usage récent et l'usage actuel de cannabis sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes ainsi qu'en milieu urbain (et a fortiori en Région bruxelloise par rapport aux deux autres régions du pays). Ces indicateurs de consommation sont également plus élevés dans les tranches d'âge les plus jeunes (15-24 ans et surtout 25-34 ans). Parmi les personnes ayant consommé du cannabis durant les 30 jours précédant l'enquête, environ 37% en ont consommé durant 10 jours ou plus. On gardera toutefois à l'esprit que les résultats de cette enquête ne peuvent pas directement être exploités pour estimer l'usage problématique de cannabis, notamment parce que cette enquête ne renseigne pas véritablement sur les volumes consommés mais plutôt sur le nombre de jours où le produit a été consommé[24].

En ce qui concerne les autres drogues illicites, leur consommation touche apparemment peu de personnes en Belgique (3,8% pour la prévalence sur la vie ; 1,5% pour la prévalence sur les 12 derniers mois). Elle est toutefois plus fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural ou semi-urbain (et a fortiori plus fréquente dans la Région bruxelloise que dans les deux autres régions du pays). Mais rappelons que la consommation de ces produits est certainement sous-estimée, notamment en raison du fait que les personnes marginalisées (incarcérées, institutionnalisées, sans domicile fixe, etc.) ne sont pas représentées dans cette enquête.

2.1.1.2 Ligne téléphonique et autres contacts enregistrés par Infor-Drogues

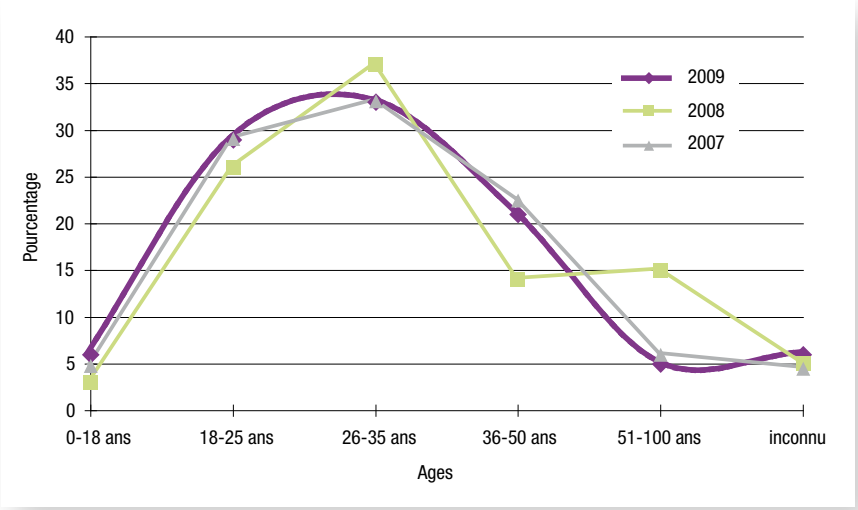
«***INFOR-DROGUES***» est la ligne téléphonique francophone d'information et d'aide en matière de drogues créée en 1971. Depuis 1989, cette ligne est accessible 24h/24, et ce durant toute l'année. L'appel n'est pas gratuit mais depuis novembre 2000, le coût de l'appel est le même peu importe l'endroit de Belgique d'où il émane. Les contacts enregistrés par Infor-Drogues le sont en énorme majorité par téléphone, mais comprennent aussi des demandes écrites ou formulées lors d'une visite dans les locaux de l'organisation.

Depuis 2005, Infor-Drogues a mis en place un service «d'e-permanence». Celui-ci permet aux utilisateurs de poser des questions, de manière tout à fait confidentielle, et de recevoir des réponses via le site Internet de l'association. Les responsables du service traitent les questions et produisent une réponse dans un délai maximum de 72 heures. Un total de 315 courriels ont été reçus au cours de l'année 2009. Ces courriels représentent un total de près de 560 demandes identifiées, qui sont le fait de 225 personnes (lesquelles peuvent bien sûr être l'auteur de plusieurs demandes). Cette fréquence, à peu près stable depuis 2007, s'approche d'un courriel par jour. Toutes les demandes adressées en 2009 ont été traitées dans le délai de 72 heures annoncé.

23. Pour plus de détails en rapport aux résultats standardisés, nous renvoyons le lecteur au rapport complet de cette enquête, disponible à l'adresse suivante : http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/crospfr/hisfr/his08fr/r2/6.l%27usage%20de%20drogues%20illicites_r2.pdf
24. Pour une discussion sur l'estimation de la dépendance et de l'usage problématique en Belgique, nous renvoyons le lecteur à un article que nous avons rédigé à ce propos pour le périodique «Santé en Communauté Française» (voir Hogge, 2010), qui est disponible à l'adresse suivante : http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Sante_en_Communaute_francaise/Bull_DGS_5.pdf

Un des objectifs de l'e-permanence était de rencontrer un public un peu différent de celui qui parvient à Infor-Drogues par les autres canaux. Objectif réalisé une fois encore en 2009 : 67 % des courriels furent le fait de personnes âgées de 35 ans ou moins, tandis que près de 34 % émanaient de personnes de 25 ans ou moins. Les personnes qui utilisent ce type de service restent donc en majorité des personnes plus jeunes que celles qui font usage de la ligne téléphonique. Les courriels sont aussi davantage le fait de consommateurs (42,5% en 2009, pour 53% en 2008).

Figure 3 : Age du public du service d'e-permanence pour les années 2007, 2008 et 2009 (pourcentage).



Source : Infor-Drogues

Parmi les produits évoqués, le cannabis reste une fois encore le premier produit (34,9% des courriels en 2009, pour 32 % en 2008), suivi par la cocaïne/crack (19,7%).

A signaler enfin que 40% des courriels qui parviennent à l'e-permanence expriment dans un premier temps une demande d'information. Or, le site web d'Infor-Drogues est précisément conçu comme un site d'information, ce qui fait conclure les responsables que l'information fournie par le site n'a pas suffi à ces personnes, qui ont souhaité aller plus loin en « incarnant » cette information dans une relation avec un intervenant, fonction remplie par l'e-permanence.

En ce qui concerne **la ligne téléphonique**, Infor-Drogues choisit à dessein de comptabiliser les produits « évoqués » plutôt que déclarés comme étant « consommés ». En effet, la majorité des contacts ont lieu avec des personnes se déclarant non-consommatrices. Il est donc logique et plus pertinent de parler de produits évoqués plutôt que « consommés », ce qui permet par ailleurs d'identifier les produits qui suscitent le plus de questions au sein de la population.

En 2009, il y a eu 3.381 produits évoqués lors des contacts, ce qui est légèrement inférieur à ce que l'on observait en 2008. Le tableau 11 détaille les différents produits évoqués lors de contacts pour la période comprise entre 2004 et 2009.

Tableau 11 : Produits évoqués lors des contacts avec Infor-Drogues, 2004-2009.

Produits	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Cannabis	1.978	39%	1.659	37%	1.438	34%	1.353	34%	1.205	35%	1110	33%
Cocaïne	721	14%	682	15%	742	18%	737	19%	665	19%	606	18%
Alcool	484	9%	483	11%	474	11%	480	12%	422	12%	526	16%
Héroïne	437	9%	382	9%	347	8%	300	8%	323	9%	351	10%
Médicaments	344	7%	276	6%	270	6%	236	6%	199	6%	202	6%
Méthadone	236	5%	250	6%	226	5%	196	5%	185	5%	178	5%
X.T.C.	322	6%	190	4%	190	4%	139	4%	6	0%	61	2%
Crack	137	3%	149	3%	179	4%	226	6%	166	5%	97	3%
Tabac	130	3%	106	2%	133	3%	89	2%	63	2%	52	2%
Amphétamines	135	3%	102	2%	112	3%	93	2%	73	2%	77	2%
L.S.D.	82	2%	39	1%	49	1%	44	1%	30	1%	38	1%
Solvants	39	1%	29	1%	25	1%	32	1%	67	2%	23	1%
Autres	89	2%	104	2%	55	1%	30	1%	63	2%	60	2%
	5.134	**100%**	**4.451**	**100%**	**4.240**	**100%**	**3.955**	**100%**	**3.460**	**100%**	**3.381**	**100%**

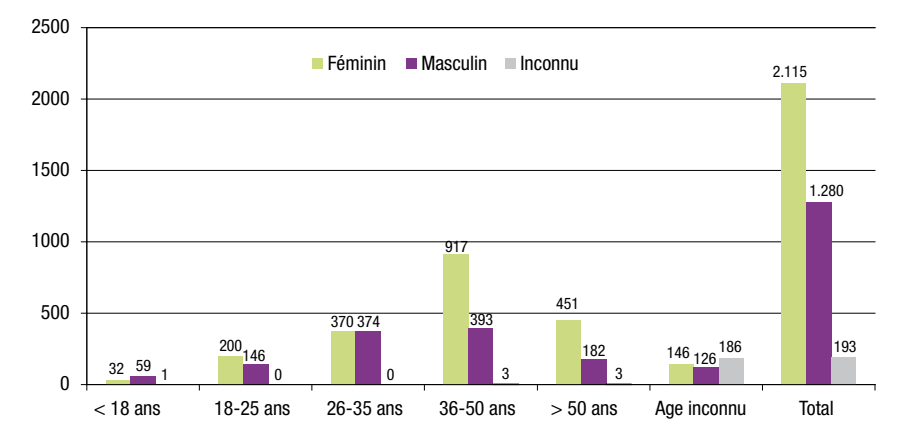
Source : Infor-Drogues

Comme chaque année, le cannabis vient en tête des évocations avec 33%. Si en 2008, les évocations de tous les produits montraient une diminution (sauf héroïne et solvants), 2009 semble plus contrastée. Notamment, les solvants, qui avaient bénéficié d'un effet médiatique important via les incidents dus au gaz de briquet, chutent en 2009. L'ecstasy revient en force après une chute l'an passé, tandis que deux faits sont à remarquer : le retour des évocations du LSD, pourtant à l'arrière-plan depuis des années, et surtout de l'alcool, dont les évocations ont grimpé de 24%. La campagne « IDA » pourrait expliquer ce gain d'intérêt pour l'alcool. Enfin, les évocations d'héroïne continuent à augmenter, comme en 2008 : +9% pour l'année 2009 !

Pour ce qui est du sexe des appelants, les femmes sont toujours plus représentées dans ces contacts, avec près de 60% des appels en 2009. Cette surreprésentation est encore plus largement marquée au niveau des tranches « 36 – 50 ans » et « + de 50 ans ». En revanche, contrairement aux années précédentes, la mixité est quasi parfaite pour les 26-35 ans. Les femmes sont généralement des mères ou des conjointes qui appellent pour obtenir des informations, des conseils pour leurs fils ou leur conjoint.

Les contacts avec les moins de 18 ans pourraient paraître décevants, mais il faut se rappeler la difficulté qu'il y a chez ce public à se percevoir comme « en demande » et à franchir le pas d'une relation de soutien, toutes raisons qui rendent plus pertinent, comme on l'a vu, le dispositif d'e-permanence.

Figure 4 : Ligne téléphonique d'Infor-Drogues. Age et sexe des appelants, 2009.



Source : Infor-Drogues

Quel est le type de public qui contacte Infor-Drogues? Le tableau suivant donne un aperçu général du type de personnes qui font appel à la ligne téléphonique depuis 2004. Les pourcentages d'appels des usagers et de l'entourage sont toujours les plus importants avec respectivement 27 % et 44 %, soit, ensemble, 71% des appelants !

Tableau 12 : Catégories de public qui contactent Infor-Drogues, 2004-2009.

	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	% 2008/09
Usagers	1.258	22%	1.154	23%	1.099	26%	1.004	24%	952	24%	963	27%	1%
Entourage	2.501	44%	2.174	43%	1.960	46%	1.824	44%	1.717	44%	1.571	44%	-9%
Professionnels	686	12%	603	12%	482	11%	548	13%	515	13%	415	12%	-19%
Étudiants	474	8%	354	7%	276	6%	260	6%	251	6%	215	6%	-14%
Autres	656	11%	630	13%	389	9%	465	11%	386	10%	317	9%	-18%
Inconnu	164	3%	116	2%	62	1%	59	1%	78	2%	115	3%	47%
Total	**5.739**	**100%**	**5.031**	**100%**	**4.268**	**100%**	**4.160**	**100%**	**3.899**	**100%**	**3.596**	**100%**	

Source : Infor-Drogues

2.1.2. L'usage de drogues chez les jeunes

2.1.2.1. Enquête sur le comportement de santé des jeunes scolarisés en Communauté française[25]. Enquête HBSC 2006.

L'enquête internationale «Health Behaviour in School-aged Children» (www.hbsc.org) est réalisée à l'échelle de la Communauté française tous les deux ou quatre ans, depuis 1985, par l'Unité de Promotion et d'Education Santé (PROMES). Il s'agit d'une étude élaborée en partenariat avec le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé.

25. Favresse et al., 2008.

Les objectifs de l'enquête sont de mieux appréhender la santé et le bien être des jeunes, leur comportement de santé ainsi que le contexte social dans lequel ils évoluent. Un volet assuétudes (tabac, alcool, drogues et multimédias) est également abordé.

Les résultats présentés ci-dessous correspondent au volet « assuétudes » de la huitième enquête, effectuée en 2006 (les résultats préliminaires de l'enquête avaient été publiés dans notre rapport précédent)

Année de collecte de données	2006
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	
Population cible	Elèves entre la 5e primaire et la 6e secondaire.
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire stratifié
Echantillon d'étude	11.860 élèves
Taux de réponse	48%
Couverture	Elèves de la Communauté française
Distribution d'âge	10 à 19 ans
Instrument d'investigation	Questionnaire auto-administré

Méthodes

Population

L'enquête se concentre sur les élèves allant de la cinquième primaire à la sixième secondaire. Un total de 83 écoles primaires et 65 écoles secondaires ont participé à l'enquête, ce qui correspond à un taux de participation de 48 %. 11.860 élèves ont participé et 11.817 questionnaires ont été retenus pour l'encodage.

Echantillonnage

L'enquête a été effectuée sur un échantillon représentatif d'élèves de la Communauté française (échantillon aléatoire stratifié proportionnellement à la répartition de la population scolaire par province et réseau d'enseignement). Il s'agit d'un échantillon à deux degrés (un tirage des écoles et un tirage des classes)

Questionnaire

L'enquête repose sur un questionnaire auto-administré validé au niveau international et communautaire. Pour l'enquête 2006, plusieurs versions du questionnaire ont été utilisées :

- Un questionnaire pour les classes primaires, qui ne reprend pas les questions relatives aux relations sexuelles et aux drogues illicites.
- Un questionnaire pour les jeunes de la première à la cinquième secondaire du réseau de l'enseignement catholique, qui ne reprend pas les questions en relation avec les rapports sexuels.
- Un questionnaire complet pour les élèves de sixième secondaire.

Résultats

Alcool

Les résultats de l'étude montrent que parmi les jeunes scolarisés, l'expérimentation et l'usage régulier d'alcool ont tendance à se stabiliser depuis 1994. Cette tendance est particulièrement

observée dans les deux dernières années de l'enseignement primaire. Pour ce qui est de la consommation plus problématique (mesurée par la variable « ivre plus d'une fois au cours de la vie »), on constate son augmentation parmi les jeunes de l'enseignement secondaire. Elle est légèrement plus fréquente parmi les élèves de l'enseignement technique et professionnel que parmi ceux de l'enseignement général.

Tabac

Parmi les jeunes de l'enseignement secondaire âgés de 13 à 18 ans, 77% déclarent être non-fumeurs, 13,9% déclarent être des fumeurs quotidiens, 4,1% avoir une consommation hebdomadaire et 5,0% une consommation moindre qu'hebdomadaire.

Parmi les élèves de secondaire, tant pour l'expérimentation que pour l'usage quotidien, la consommation est similaire indépendamment des sexes. Par contre les jeunes des filières techniques et professionnelles restent plus nombreux à fumer que les jeunes de l'enseignement général.

On observe une diminution de l'expérimentation du tabac (depuis les année 90) chez les élèves de 5e et 6e primaire, ainsi que de la consommation quotidienne de tabac.

Cannabis

Le cannabis reste la substance illicite la plus consommée parmi les jeunes en Belgique, puisqu'elle a déjà été expérimentée par 28% des jeunes de 12-20 ans interrogés (ce qui est toutefois stable par rapport aux deux enquêtes précédentes). Pour ce qui est de la consommation chez les jeunes (12-20 ans) au cours de la dernière année, l'enquête montre que 79,1% se déclarent non consommateurs, 6,2% se déclarent expérimentateurs (1 ou 2 fois), 9,4% comme usagers moyen (3 à 39 fois) et 5,3% déclarent un usage fréquent (40 fois ou plus). Ainsi, cette enquête révèle que 20,9% des jeunes scolarisés de 12 à 20 ans ont déjà consommé au moins une fois du cannabis au cours de l'année précédant le passage de l'enquête.

En ce qui concerne l'expérimentation, les résultats illustrent qu'elle est plus importante chez les garçons que les filles, qu'elle se développe avec l'âge et qu'elle est plus importante dans l'enseignement technique et professionnel que parmi les élèves de l'enseignement général.

Pour ce qui est de la consommation régulière au sein des élèves du secondaire, l'étude montre que les garçons ont deux fois plus de risques que les filles d'avoir une consommation de cannabis au moins hebdomadaire, et trois fois plus de risque d'en avoir une consommation quotidienne.

Ecstasy

En 2006, seulement 2,9% des jeunes âgés de 12 à 20 ans rapporte avoir déjà consommé de l'ecstasy. Plus précisément, 1,5% se déclarent comme expérimentateurs, 1,0% comme usagers moyen (3 à 39 fois par an) et 0,4% comme usagers fréquents (40 fois ou plus).

L'expérimentation au cours de la vie est peu fréquente parmi les jeunes de 12-20 ans de l'enseignement secondaire. Ils sont 3,8% à rapporter cette expérimentation en 2006. Il y a une diminution de l'expérimentation au cours de la vie depuis 1998. L'expérimentation est plus importante chez les garçons que chez les filles, et plus importante chez les jeunes des filières professionnelles et techniques que chez les élèves de l'enseignement secondaire.

2.1.3. L'usage de drogues en prison

Dans le cadre d'un monitoring des risques sanitaires liés à l'usage de drogues en prison, une enquête a été menée dans toutes les prisons belges durant les mois de mars et avril 2008 afin d'évaluer, chez les détenus, la prévalence de l'usage de drogues ainsi que des comportements à risques pouvant être liés à cet usage (voir Todts, Glibert, Van Malderen, Saliez, Hogge & Van Huyck, 2009)[26]. Durant cette période, dix pour cent des détenus incarcérés en Belgique ont été interrogés par questionnaire.

Année de collecte de données	2008
Type d'étude	Monitoring
Objet primaire	Prévalence de l'usage de drogues et des comportements à risques en prison
Population cible	Population carcérale
Méthode d'échantillonnage	Echantillonnage en grappe
Échantillon de l'étude	10% de la population carcérale belge (n=1078)
Taux de réponse	71,9% (prisons flamandes) et 86,5% (prisons francophones)
Couverture	32 prisons belges
Distribution d'âge	Voir Tableau 14
Instrument d'investigation	Questionnaire anonyme auto-administré

2.1.3.1. La population carcérale

Au 25 février 2008, la population carcérale belge comptait 9804 détenus incarcérés dans les 32 prisons belges (on comptait en fait 10443 détenus en prenant en compte les détenus sous surveillance électronique ainsi que ceux en détention limitée, ou encore hospitalisés en dehors de la prison). Les femmes, qui sont réparties dans les huit prisons disposant d'une section pour femmes, représentaient 5% de la population carcérale totale en 2008.

Les détenus incarcérés à cette période peuvent principalement être répartis en trois catégories sur base du statut de leur détention : les prévenus (36,4%), les condamnés (52,7%), et les internés (i.e. défense sociale[27] ; 10%). En 2008, plus de la moitié des détenus (51,74%) avaient un âge compris entre 21 et 35 ans. L'autre moitié se composait d'une importante proportion de détenus âgés de 36 ans ou plus (42,82%) et d'une petite minorité de détenus âgés de moins de 21 ans (5%). Près de deux tiers des détenus incarcérés (65,3%) ont déjà séjourné au moins une fois en prison avant leur présente incarcération. Comme on peut le constater dans le tableau 13, 30,6% des détenus incarcérés au 25/02/2008 l'étaient en tout ou en partie pour faits de drogues (possession, usage et/ou trafic).

26 Des analyses supplémentaires ont été effectuées par l'équipe de Modus Vivendi sur les données de cette enquête. Ces analyses, qui sont partiellement reprises dans le présent rapport, ont été effectuées après un nettoyage supplémentaire de la base de données, qui a été réalisé sur base de nouveaux critères. Ce nettoyage supplémentaire explique pourquoi de très légères différences existent parfois entre les résultats rapportés ici et ceux mentionnés dans le rapport officiel de cette enquête.

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

Tableau 13 : Raison de la détention actuelle de la population carcérale au 25/02/2008

Raison de la détention	N (%) de la population carcérale au 25/02/2008
Exclusivement fait de drogues	1112 (11,3%)
Fait de drogues et autres	1892 (19,3%)
Pas de fait de drogues	6800 (69,4%)
Total	**9804 (100%)**

2.1.3.2. Echantillon d'étude et conditions de passation

L'échantillon de cette étude se composait d'un peu plus de 10% de la population carcérale belge enregistrée en février 2008. Les 32 prisons belges ont participé à cette étude, et on observe une répartition équivalente des répondants entre les deux régions linguistiques, de sorte que cet échantillon peut être considéré comme représentatif de la population carcérale belge. Les résultats de l'enquête peuvent ainsi être généralisés à l'ensemble de cette population[28].

L'échantillon (n=1078) est constitué de 95% d'hommes. La majorité des détenus (55%) était en situation de condamnation, mais on comptait également 32% de prévenus et 11% d'internés, et la plupart (68%) avait déjà séjourné au moins une fois en prison avant la présente incarcération. Environ un tiers des détenus (32,7%) était incarcéré au moment de l'enquête en tout ou en partie pour faits de drogues. La distribution des âges au sein de l'échantillon est sensiblement équivalente à celle constatée au sein de la population carcérale (voir tableau ci-dessous).

Généralement, le questionnaire était rempli par le détenu lui-même dans sa cellule en présence de l'enquêteur (afin que celui-ci puisse apporter certains éclaircissements si nécessaire), mais dans certains cas, la récolte de données s'est effectuée par interview ou de manière collective dans une salle rassemblant tous les détenus volontaires de la prison. Ce manque d'uniformité au niveau des conditions de passation est dû au fait que la récolte de données a été assurée par 26 enquêteurs différents (issus de 12 organisations associatives ou préventives différentes) et au fait qu'il a fallu s'adapter au « règlement » interne de la prison, ce qui constitue bien entendu un biais méthodologique. Les enquêteurs ont préalablement informé les détenus que l'anonymat des informations récoltées serait respecté et que les questionnaires ne parviendraient en aucun cas dans les mains de quelqu'un d'autre qu'eux-mêmes, mais la participation à cette enquête était libre.

2.1.3.3. La consommation de drogues illégales « au cours de la vie »

Environ 65% des détenus interrogés ont déclaré avoir consommé au moins une fois dans leur vie une ou plusieurs drogues autres que l'alcool et le tabac. Nous n'observons pas de différence de prévalence sur la vie entre les deux régions linguistiques (Chi^2=3.42 ; p>.05), ni entre les hommes et les femmes (Chi^2=.11 ; p>.1). En revanche, comme on peut le constater dans le tableau 14, on constate une diminution de la prévalence de consommation sur la vie en

28. On notera néanmoins comme seconde réserve méthodologique (pour la première, voir la note de bas de page précédente), le fait que nous ne connaissons pas le nombre de détenus ayant refusé de participer à l'enquête, ni leur répartition au sein de certains sous-groupe (femmes, prévenus, personnes incarcérées pour fait de drogues, etc.).

fonction de l'âge des détenus (Chi^2=81.51 ; p<.001). Autrement dit, les jeunes détenus déclarent davantage avoir déjà consommé une drogue autre que l'alcool que les détenus plus âgés.

Tableau 14 : Prévalence de consommation de drogues au cours de la vie selon la tranche d'âge des détenus.

		Consommateurs d'au moins 1 produit (hors alcool)	
Catégories d'âge	**N total**	**N**	**% par rapport à la catégorie d'âge**
Moins de 21 ans	58	49	84.5
21-25 ans	186	147	79
26-30 ans	212	158	74.5
31-35 ans	185	132	71.4
Plus de 35 ans	437	220	50.3
Total	1078	706	65.5

La prévalence d'usage de drogues au cours de la vie est plus importante parmi les personnes détenues en raison de faits liés aux drogues (Chi^2=93.94 ; p< 0.001), ainsi que chez les personnes ayant déjà été incarcérées auparavant, en particulier si elles ont été incarcérées à plusieurs reprises (Chi^2=103.1 ; p<.001). Cette dernière donnée peut être interprétée de deux manières qui ne sont pas mutuellement exclusives : 1) la prison est un lieu d'initiation à l'usage de drogues ; 2) les usagers de drogues ont tendance à être incarcérés à plusieurs reprises.

Lorsque l'on envisage la prévalence de consommation sur la vie par produit (voir tableau 15), on constate que le cannabis est la substance qui a le plus souvent été expérimentée au sein de la population carcérale (58,3% des détenus interrogés en ont déjà consommé), suivi par la cocaïne (42,9%). Les amphétamines, l'ecstasy, l'héroïne et les benzodiazépines ont déjà été expérimentés par environ un quart des détenus interrogés.

Tableau 15 : Prévalence de consommation au cours de la vie par produit

	Echantillon total (N=1078)		Consommateurs d'au moins 1 produit (N=706)
Produits	**n**	**%**	**%**
Cannabis	628	58.3	89
Cocaïne/crack	462	42.9	65.4
Amphétamines/speed	317	29.4	44.9
XTC	309	28.7	43.8
Héroïne	301	27.9	42.6
Benzodiazepines	264	24.5	37.4
LSD/champignons	215	19.9	30.5
Méthadone/Subutex	177	16.4	25.1
Autre	60	5.6	8.5
Préparations artisanales	46	4.3	6.5

Des comparaisons supplémentaires montrent l'existence de certaines différences de genre au niveau de la prévalence de consommation sur la vie de certains produits. Ainsi, les femmes incarcérées déclarent davantage que les hommes avoir déjà consommé de l'héroïne (Chi^2=5.56 ; p=.02) et, dans une moindre mesure, de la méthadone ou du Subutex en provenance du marché noir (Chi^2=3.08 ; p=.08). Pour les autres produits, on n'observe pas de différences de consommation entre les hommes et les femmes.

On constate également certaines variations entre les deux régions linguistiques : ainsi, la prévalence de consommation d'héroïne et de méthadone/Subutex sur la vie est plus importante chez les détenus incarcérés dans les prisons francophones que dans les prisons flamandes (Chi^2=5.86 ; p=.015 et Chi^2=12.84 ; p<.001, respectivement pour ces deux produits), alors que l'inverse est constaté pour les amphétamines (Chi^2=35.39 ; p<.001) et l'ecstasy (Chi^2=22.69 ; p<.001).

2.1.3.4. La consommation de drogues en prison[29]

Environ 36% des détenus interrogés ont déclaré avoir déjà consommé une ou plusieurs drogues (à l'exception de l'alcool) au marché noir en prison, ce qui correspond à 55% des personnes ayant déclaré avoir déjà consommé au moins une fois dans leur vie un produit autre que l'alcool. Nous n'observons pas de différence de prévalence de consommation en prison entre les prisons francophones et flamandes (Chi^2=.13 ; p>.1), ni entre les hommes et les femmes (Chi^2=.11 ; p>.1). En revanche, comme l'indique le tableau 16, on observe une diminution de la prévalence de consommation en prison en fonction de l'âge (Chi^2=55.39 ; p<.001), similaire à celle qu'on observait pour la prévalence de consommation au cours de la vie.

Néanmoins, le nombre de produits consommés en moyenne ne subit pas la même diminution avec l'âge que la prévalence de consommation en prison, puisque les différences entre classes d'âge au niveau du nombre moyen de produits consommés ne sont pas de grande amplitude et ne sont pas statistiquement significatives [F(4,380)=0.8 ; p>.1]. Autrement dit, il y a plus de consommateurs chez les détenus jeunes que chez les plus âgés, mais le nombre de produits consommés en prison reste le même quel que soit la tranche d'âge envisagée.

Tableau 16 : Prévalence de consommation de drogues en prison selon la tranche d'âge des détenus

		Consommateurs d'au moins 1 produit (hors alcool)		Moyenne, minimum et maximum de produits consommés en prison
Catégories d'âge	N total	N	% par rapport à la catégorie d'âge	
Moins de 21 ans	58	33	56.9	2,15 (1-8)
21-25 ans	186	89	47.8	2,18 (1-7)
26-30 ans	212	89	42	2,37 (1-9)
31-35 ans	185	70	37.8	2 (1-7)
Plus de 35 ans	437	105	24	2,43 (1-9)
Total	1078	386	35.8	2,26 (1-9)

29. Cette enquête ne s'intéresse pour l'instant qu'à la prévalence de l'usage de drogues en prison, de sorte que nous n'avons aucune information sur la fréquence d'usage des différents produits ni sur la prévalence de l'usage problématique en prison. Cela a pour conséquence que les détenus qui ont consommé à une seule occasion un produit ne peuvent être distingués de ceux qui consomment ce même produit de manière régulière.

Lorsque l'on envisage la prévalence de consommation en prison par produit, on constate (voir tableau 17) également que le cannabis est la substance la plus citée (31,9% des détenus en ont déjà consommé en prison). L'héroïne et les benzodiazépines ont déjà été consommés en prison par près de 12% des détenus, suivi de la cocaïne (8,6%). Les autres substances sont citées de manière beaucoup plus marginale.

On n'observe pas de différences de genre au niveau de la prévalence de consommation en prison de ces différents produits. En revanche, on constate certaines différences régionales: ainsi, la prévalence de consommation de cocaïne est proportionnellement plus importante dans les prisons flamandes que francophones (Chi^2=4.82 ; p=.03), tout comme la prévalence de consommation d'amphétamines (Chi^2=44.64 ; p<.001) et d'ecstasy (Chi^2=14.28 ; p<.001). Nous n'avons pas d'explication à donner à cette observation, mais on se souviendra que la prévalence de consommation d'amphétamines et d'ecstasy au cours de la vie est également plus importante parmi les détenus des prisons flamandes que parmi ceux des prisons francophones. Nous ne pouvons toutefois pas mettre en correspondance ces données avec celles de la dernière Enquête nationale de santé par interview puisque la prévalence de consommation pour ces produits n'y a pas été différenciée en fonction de ces deux communautés linguistiques.

Tableau 17 : Prévalence de consommation de drogues en prison par produit

	Echantillon total (N=1078)		Consommateurs d'au moins 1 produit en prison (N=386)
Produits	**n**	**%**	**%**
Cannabis	344	31.9	87.5
Cocaïne/crack	93	8.6	23.7
Amphétamines/speed	58	5.4	14.8
XTC	40	3.7	10.2
Héroïne	125	11 .6	31.8
Benzodiazepines	122	11.3	31
LSD/champignons	16	1.5	4.1
Méthadone/Subutex	51	4.7	13
Autre	10	0.9	2.5
Préparations artisanales	10	0.9	2.5

Parmi les détenus ayant déclaré avoir consommé au moins un produit en prison (n=393), les raisons principalement évoquées pour justifier cet usage sont, par ordre d'importance : se relaxer (65,1%), oublier les problèmes (50,5%), par ennui (29.4%), pour réduire son agressivité (25%), pour le fun (22,8%), ou encore par habitude de consommer des drogues (18.4%). On notera que les détenus ont rarement mentionné avoir été influencés par leurs co-détenus, que ce soit pour se sentir appartenir à un groupe (2.5%) ou de manière plus coercitive (2.5%).

Finalement, plus d'un détenu sur quatre (29.3%) déclare avoir rencontré des problèmes avec un détenu usager de drogues (vol, menaces physiques, pression pour donner de l'argent ou des effets personnels…) lors de leur détention actuelle, ce pourcentage atteignant 40% pour les détenus ayant déclaré avoir consommé au moins un produit en prison. En outre, toujours durant l'actuel séjour en prison, 11% de tous les détenus (ce qui correspond à 17% des usagers

d'au moins un produit en prison) ont déclaré avoir été victimes de violence liée au trafic de drogues.

2.1.3.5. Le début de consommation en prison

Démarrer l'usage de certains produits en prison n'est pas rare et peut être motivé par différentes raisons, probablement équivalentes à celles qui motivent l'usage de drogues en prison en général (voir plus haut). En 2008, 13.4% des détenus interrogés ont déclaré avoir commencé à consommer au moins un produit en prison (ce qui représente 37% des consommateurs de drogues en prison)[30]. Les produits les plus consommés pour la première fois en prison sont, par ordre d'importance, l'héroïne (5,7% des détenus), les benzodiazépines et le cannabis (4,5%), la cocaïne (2,2%) et les opiacés substitutifs (2%). Notons toutefois que tous les détenus ayant consommé de nouveaux produits en prison avaient au moins une fois déjà consommé un autre produit que l'alcool en dehors de la prison. En outre, ils ont rarement mentionné avoir été influencés dans cette démarche par leurs co-détenus, que ce soit pour se sentir appartenir à un groupe (5.6%) ou de manière plus coercitive (5.6%).

Tableau 18 : Premier usage de produits en prison

	Echantillon total (N=1078)		Consommateurs d'au moins 1 produit en prison (N=386)	Initiation à au moins 1 produit en prison (N=144)
	N	%	%	%
Initiation à au moins 1 produit en prison	144	13.4	37.3	\
Cannabis	49	4.5	12.7	34
Cocaïne/crack	24	2.2	6.2	16.7
Amphétamines/speed	14	1.3	3.6	9.7
XTC	15	1.5	3.9	10.4
Héroïne	61	5.7	15.8	42.4
Benzodiazepines	48	4.5	12.4	33.3
LSD/champignons	10	0.9	2.6	6.9
Méthadone/Subutex	22	2	5.7	15.3
Autre	7	0.6	1.8	4.9
Préparations artisanales	7	0.6	1.8	4.9

Une analyse supplémentaire révèle que la durée de l'actuelle détention influence significativement le fait d'avoir ou non consommé pour la première fois au moins un produit en prison (Chi^2=31.12 ; p<.001). Ainsi, les détenus dont le séjour actuel en prison est inférieur à 1 an sont 9,1% à avoir « découvert » au moins un produit en prison, contre 13,9% des détenus ayant séjourné entre 1 et 3 ans, et 24% des détenus ayant séjourné plus de 3 ans. Même si la prison semble donc être, sur base de ces résultats, toxicomanogène, n'oublions pas que nous n'avons aucun renseignement sur la fréquence d'usage des produits. A noter aussi que ce n'est peut-être

30. On notera néanmoins que ces chiffres sont à considérer avec prudence et sont probablement sous-estimés en raison du nombre important de non réponses à cette question parmi les détenus ayant déjà consommé au moins une fois dans leur vie une drogue autre que l'alcool (taux de non réponse : 55%).

pas l'enfermement en tant que tel qui pousse certains détenus à découvrir de nouveau(x) produit(s), mais probablement davantage les conditions de cette détention.

2.1.3.6. Comportements à risques liés à l'usage de drogues

Dettes consécutives à l'usage de drogues

Il n'est pas rare que certains détenus contractent des dettes en raison de l'usage de drogues en prison, et qu'ils éprouvent des difficultés à les épurer. Ainsi, en 2008, 19% des détenus ayant consommé au moins un produit lors de leur présente incarcération ont déjà éprouvé des difficultés à payer les dettes contractées à cause de l'usage de drogues. Parmi les détenus ayant contracté une dette en prison, 12% ont été victimes d'une vengeance de la part de leur créancier, et 6% ont eu recours au deal de drogues afin de pouvoir s'en acquitter.

Overdose, demande d'aide et traitement de substitution

Parmi les détenus ayant déclaré avoir consommé au moins un produit en prison, 5.6% ont mentionné avoir fait une overdose durant leur détention actuelle (ce qui représente 2% de l'ensemble des détenus). Environ 22% des détenus consommateurs en prison ont consulté un membre du service médical (médecin, infirmier, etc.) et 14.5% un membre du service psychosocial en raison de leur consommation. En outre, environ 10% se sont tournés vers des services d'aide extérieurs à la prison.

L'enquête révèle également qu'au moment de leur arrestation, 10% des détenus suivaient un traitement de substitution à la méthadone ou au Subutex, et que 4,5% suivaient un autre type de traitement. Parmi les détenus qui suivaient un traitement de substitution à leur arrivée en prison, moins de la moitié (41,7%) ont poursuivi leur traitement en prison ; 24,1% ont progressivement arrêté le traitement après quelques semaines ; 18,5% ont été contraints d'interrompre le traitement sous avis médical et 14,8% ont spontanément arrêté ce traitement. Enfin, 12% des détenus consommateurs de drogues en prison mentionnent y avoir reçu une prescription de méthadone ou de Subutex, et 11% une autre médication de la part d'un médecin consulté en prison.

Comportement d'injection et partage de matériel usagé

Environ 14,5% (n=156) des détenus interrogés ont déclaré s'être injecté de la drogue au moins une fois dans leur vie (ce qui représente 22% des détenus ayant déjà consommé au moins une fois un produit autre que l'alcool au cours de la vie). Parmi ces personnes ayant eu recours à l'injection, 49% (n=76) y ont eu recours durant le mois précédant leur incarcération, et 22.6% (n=35) ont déjà partagé leur matériel d'injection en dehors de la prison.

L'enquête révèle également que 33 détenus ont eu recours à l'injection de drogues alors qu'ils étaient en prison, ce qui représente 3% de l'ensemble des détenus interrogés et 4.7% des détenus ayant déjà consommé de la drogue au cours de leur vie. L'injection y est bien entendu pratiquée clandestinement, et donc bien souvent à l'aide de seringues récupérées dans les poubelles de l'infirmerie, voire même avec des seringues bricolées (fabriquées avec un stylo, etc.), qui sont bien souvent partagées et réutilisées à plusieurs reprises vu leur rareté. Ce constat est d'application pour les autres ustensiles nécessaires à l'injection (cuillère, filtre, etc.).

Les prises de risques liés à l'injection sont ainsi maximisées en milieu carcéral en raison de la non-disponibilité du matériel, et ce indépendamment de la connaissance des risques liés au partage de matériel d'injection. Ainsi, 12 détenus (1.1% de l'échantillon total) ont avoué avoir partagé leur

matériel lors de leur dernière injection en prison, et seulement 14 détenus ont désinfecté leur matériel lors de leur dernière injection[31] (soit 42% des détenus ayant déjà eu recours à l'injection en prison !). Pourtant, les 12 détenus qui ont pris le risque de partager du matériel d'injection connaissaient tous les dangers de contraction du VIH qui y sont liés, et ils étaient 9 sur 12 à connaître également les risques liés au partage du matériel d'injection autre que les seringues (cuillère, eau, coton, etc.). Plus généralement, il est tout de même préoccupant de constater que 9,3% des détenus interrogés ignorent les risques de contamination au VIH en cas de partage de seringues, et que 32,9% ignorent ces mêmes risques en cas de partage de matériel d'injection.

Tatouage et piercing

Au total, 11% des détenus ont eu recours au tatouage et/ou au piercing en prison durant la présente incarcération. Ces pratiques ne sont actuellement pas autorisées et se font donc avec du matériel de fortune et dans des conditions d'hygiène (mais aussi de stress) parfois préoccupantes, car potentiellement contaminantes (VIH, hépatites, abcès …) et susceptibles d'occasionner des lésions plus ou moins graves (problème de cicatrisation, nécrose tissulaire, …). En 2008, près de 10% des détenus interrogés ont eu recours au tatouage et 3,4% au piercing durant leur présente incarcération.

Rapports sexuels en échange d'argent et rapport sexuels non protégés

En 2008, moins de 1% des détenus interrogés (n=6) ont déclaré avoir donné ou reçu de l'argent en échange de relations sexuelles durant leur détention actuelle. En outre, 5,3% des détenus interrogés ont déclaré avoir eu des rapports sexuels durant cette période en dehors des visites dans l'intimité (autrement dit et supposément, avec un autre détenu ou un membre du personnel). Près de la moitié de ces détenus (48%) n'ont jamais utilisé de préservatif lors de ces rapports ; 36% y ont eu parfois recours et 16% en ont utilisé systématiquement. Il n'y a toutefois pas de lien entre la non-utilisation du préservatif et d'autres variables telles que l'âge, le sexe, le nombre de détentions au cours de la vie, la connaissance des facteurs de risque sexuels et le fait d'avoir eu des rapports sexuels en échange d'argent. Néanmoins, cette enquête montre par ailleurs que 6,8% des détenus ignorent les risques de contamination au VIH en cas de rapport sexuel non protégé, tandis que 35,6% les ignorent en cas de fellation non protégée. En outre, elle révèle que près de la moitié des personnes interrogées ignorent pouvoir demander un préservatif au service médical, et que près d'un détenu sur cinq pense qu'il n'y a pas de préservatif disponible à l'infirmerie.

Partage de brosse à dents ou de rasoir

Cette enquête révèle également que 4,5% des détenus interrogés ont déjà partagé leur brosse à dents ou leur rasoir avec un autre détenu au cours de leur détention. L'enquête révèle également qu'un quart des détenus ne savent pas que ce type de partage comporte des risques concernant le VIH. Néanmoins, il n'y a pas de lien entre ce comportement à risques et le fait de savoir ou non que ce partage comporte des risques d'infection au VIH.

2.1.3.7. Test de dépistage VIH/SIDA et hépatites en dehors et en prison

Comme on peut le constater dans le tableau 19, quasiment la moitié des détenus interrogés (48,3%) ont déclaré avoir déjà effectué un test de dépistage du VIH/SIDA et quasiment 39,3% un test de dépistage des hépatites en dehors de la prison. En prison, un peu moins d'un tiers des détenus (31,6%) y a déjà effectué un test de dépistage du VIH/SIDA et 28,9% un test de dépistage des hépatites. Les résultats de ces tests tels que rapportés par les détenus révèlent que,

31. Rappelons que la désinfection du matériel usagé est une pratique qui diminue mais n'exclu pas les risques de contamination. Elle est toutefois vivement souhaitable en cas d'utilisation de matériel usagé.

pour le VIH/SIDA, 1,8% des détenus testés (dans et/ou en dehors de la prison) seraient infectés, contre 14% pour les hépatites.

Tableau 19 : Prévalence du dépistage VIH/SIDA et des hépatites ainsi que résultats des tests réalisés dans et hors de la prison

	n	%
Testé pour le VIH en dehors de la prison (n=1063)		
Non	550	51,7
Oui	513	48,3
Testé pour le VIH en prison (n=1061)		
Non	726	68,4
Oui	335	31,6
Résultat du test VIH réalisé en dehors de la prison (n=513, testés pour le VIH)		
Je ne suis pas infecté	488	95,1
Je suis infecté	8	1,6
Je ne sais pas	10	1,9
Non réponse	7	1,4
Résultat du test VIH réalisé en prison (n=335, testés pour le VIH)		
Je ne suis pas infecté	276	82,4
Je suis infecté	7	2,1
Je ne sais pas	39	11,6
Non réponse	13	3,9
Testé pour les hépatites en dehors de la prison (n=1054)		
Non	640	60,7
Oui	414	39,3
Testé pour les hépatites en prison (n=1049)		
Non	746	71,1
Oui	303	28,9
Résultat du test hépatites réalisé en dehors de la prison (n=414, testés pour les hépatites)		
Je ne suis pas infecté	320	77,3
Je suis infecté pour l'hépatite B	8	1,9
Je suis infecté pour l'hépatite C	46	11,1
Je suis infecté pour l'hépatite B et C	4	1
Je suis infecté mais je ne sais plus pour laquelle	3	0,7
Je ne sais pas	19	4,6
Non réponse	14	3,4
Résultat du test hépatites réalisé en prison (n=303, testés pour les hépatites)		
Je ne suis pas infecté	219	72,3
Je suis infecté pour l'hépatite B	8	2,6
Je suis infecté pour l'hépatite C	33	10,9
Je suis infecté pour l'hépatite B et C	1	0,3
Je suis infecté mais je ne sais plus pour laquelle	4	1,3
Je ne sais pas	24	7,9
Non réponse	14	4,6
Vaccination contre l'hépatite B (n=1043)		
Non	502	48,1
Oui	296	27,5
Je ne sais pas	245	22,7

2.1.3.8. Conclusions, limites de l'enquête et pistes d'action

Il apparaît clairement dans cette enquête que la consommation de drogues n'est pas arrêtée ni même freinée par les murs de la prison. En effet, plus d'un tiers des détenus interrogés ont déclaré avoir déjà consommé au moins une fois un produit autre que l'alcool au marché noir en prison. La prévalence de consommation de drogues en prison diminue avec l'âge des détenus, et le cannabis est de loin la substance la plus fréquemment citée, suivie par l'héroïne et les benzodiazépines. Les raisons avancées pour justifier cet usage sont multiples : relaxation, oubli des problèmes, ennui, baisse de l'agressivité, pour le fun, etc. En outre, environ 13% des détenus interrogés ont déclaré avoir commencé à consommer au moins un produit en prison (ce qui représente 37% des consommateurs de drogues en prison), pourcentage probablement sous-estimé en raison du taux important de non réponse à cette question. Les produits les plus « découverts » en prison sont, par ordre d'importance, l'héroïne, les benzodiazépines, le cannabis, la cocaïne et les opiacés substitutifs. Un fait important est que tous les détenus ayant consommé de nouveaux produits en prison avaient déjà consommé au moins une fois un autre produit autre que l'alcool en dehors de la prison. Néanmoins, plus la durée de leur détention est grande, plus ils sont susceptibles d'y avoir consommé de nouveaux produits. On retiendra néanmoins que cette enquête ne s'est penchée que sur la prévalence de consommation, sans prendre en compte la fréquence d'usage des différents produits, donnée qu'il serait intéressant de récolter dans l'avenir. Il est donc difficile de se faire une idée de la prévalence de la consommation problématique en prison.

En ce qui concerne les comportements à risques liés à l'usage de drogues, ceux-ci sont bien évidemment maximisés en prison en raison des conditions d'enfermement, de clandestinité exacerbée, et de l'absence de matériel stérile. Il apparaît ainsi que près de 6% des détenus ayant déjà consommé un produit en prison y ont déjà fait une overdose, et que 3% y ont déjà eu recours à l'injection. Il apparaît aussi que les prises de risques ne sont pas influencées par la connaissance que les détenus ont des risques liés au partage du matériel d'injection, certainement en raison des conditions peu favorables à la « mise en pratique » de ces connaissances.

Finalement, d'autres conduites à risques en terme de contraction de maladies infectieuses sont également fréquentes en prison, bien qu'elles ne soient pas directement liées à l'usage de drogues : le recours au tatouage ou au piercing, pratiqués dans des conditions d'hygiène inquiétantes, les rapports sexuels non protégés, ou encore le partage de brosse à dents ou de rasoir. Ce qui est à nouveau particulièrement préoccupant, c'est que la survenue de ces conduites à risques n'est généralement pas influencée par la connaissance des risques. Autrement dit, ces détenus connaissent les risques, mais décident de ne pas en tenir compte ou n'ont pas les moyens d'en tenir compte.

De manière à réduire les comportements à risques liés à l'usage de drogues en prison, il conviendrait donc certainement d'améliorer le travail de prévention auprès de l'ensemble des détenus, et pas seulement auprès des consommateurs par injection ni même des consommateurs de drogues. Mais ce travail de prévention ne peut assurément pas s'épanouir dans le contexte actuel, car l'idéal sanitaire[32] serait que les détenus ayant recours à l'injection puissent avoir accès à du matériel stérile (comme les intervenants en santé, mandatés par leurs ministères, tentent de le

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

proposer aux usagers en dehors de la prison), ce qui ne peut s'envisager sans une volonté politique qui, actuellement, fait défaut. De même, en ce qui concerne les risques liés au tatouage et au piercing, en raison de l'importance de ces pratiques en prison (et des risques associés), il pourrait être opportun d'y développer un service de tatouage/piercing ambulant, ou de former des détenus au tatouage sécuritaire. Des projets pilotes de tatouage sécuritaire en milieu carcéral ont déjà vu le jour au Canada mais ils n'existent pas actuellement en Belgique, bien que certaines associations (e.g. Modus Vivendi, certains Centres d'Action Laïque) défendent cette idée depuis un certain temps. Finalement, en ce qui concerne les risques liés aux rapports sexuels non protégés, il conviendrait également de rappeler plus régulièrement aux détenus les lieux d'accès aux préservatifs, d'en assurer la disponibilité, et de renforcer le travail de prévention concernant les risques liés à la non utilisation du préservatif.

Pour conclure, on se rappellera aussi que le taux de non-participation à l'enquête est d'environ 30% pour les prisons flamandes et de 15% pour les prisons francophones. Dans la mesure où l'on ne connaît rien des détenus ayant préféré ne pas y répondre, il n'est pas exclu que ceux-ci soient en fait majoritairement concernés par la problématique de la consommation de drogues en prison et des risques associés. Dans ce cas, les résultats de cette enquête sous-estimeraient donc la réalité. Une autre hypothèse pouvant également rendre compte d'une sous-estimation de la problématique est que certains détenus n'ont peut-être pas répondu honnêtement mais ont minimisé voire passé sous silence tout ce qui serait susceptible de leur porter préjudice, craignant un non-respect de l'anonymat de l'enquête. Le milieu carcéral est en effet certainement propice au développement de pensées et conduites ultra-défensives, voire paranoïaques.

2.2. Les conséquences sur la santé

2.2.1. Demande de traitement auprès des services spécialisés en toxicomanies : données issues de l'indicateur de la demande de traitement (TDI)

2.2.1.1. Contexte de recherche[33]

En Europe:

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

33. Informations disponibles sur le site de la Commission européenne {http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/information/fsj_drugs_information_fr.htm}, dernière consultation le 15/03/2011; des informations complémentaires sont également disponibles sur le site du Programme Drogues de l'Institut Scientifique de Santé Publique {http://www.iph.fgov.be/reitox/FR/progdrogues.htm}, dernière consultation le 15/03/2011.

Cinq indicateurs-clés font actuellement l'objet d'un travail:
- demandes de traitement chez les usagers de drogues ;
- décès liés aux drogues et mortalité chez les usagers de drogues ;
- maladies infectieuses liées à l'usage de drogues ;
- usage de drogues dans la population générale ;
- prévalence de l'« usage problématique » de drogues.

Parmi ces cinq indicateurs, l'indicateur de demande de traitement (appelé TDI, pour *Treatment demand indicator*) consiste à enregistrer, chaque année civile, les demandes de traitement relatives à un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale[34]. Il permet ainsi d'avoir une estimation du nombre et du profil des personnes ayant fait une telle demande auprès d'un centre spécialisé et ce, grâce à un système de récolte de données spécifiques composé d'une vingtaine de variables[35].

L'obligation de récolter les 5 indicateurs épidémiologiques est à nouveau notifiée dans le plan d'action drogues 2009-2012 de l'Union européenne (UE). Le cadre méthodologique et conceptuel ainsi que les variables en lien avec le TDI ont été initialement définis dans le protocole européen «Joint Pompidou Group - EMCDDA Treatment Demand Indicator Protocol version 2.0», accessible en ligne sur le site de l'OEDT[36]. L'OEDT envisage toutefois de modifier ce protocole TDI à partir de 2013 (ajout de nouvelles variables et modification des variables existantes).

En Belgique:
La Belgique a approuvé le plan drogue de l'UE et s'est ainsi engagée à récolter ces 5 indicateurs et à les renvoyer à l'UE. Cependant, le protocole européen a été « traduit » au niveau belge afin d'aboutir à des définitions et des instructions communes pour les différents systèmes de collecte répartis sur la Belgique. Il s'agit d'un protocole d'accord signé par tous les ministres de la santé publique, qui a été publié au Moniteur le 3 mai 2006. Une de ses particularités est qu'il mentionne explicitement que la Belgique doit intégrer dans cette récolte les demandes de traitement liées à l'alcool[37].

Les données belges des 5 indicateurs récoltées par les différents Sous-Points Focaux et les partenaires sont centralisées par l'Institut Scientifique de Santé publique (ISSP), qui officie en tant que Point Focal belge de l'OEDT, avant d'être envoyées à celui-ci.

Localement, au niveau d'Eurotox et du réseau de collecte des données :
Eurotox, en tant que Sous-Point Focal, a développé un système de collecte de données (une fiche papier) qui tente de couvrir un maximum de centres de traitement *(pour les détails de la couverture, voir chapitre 5)*. Mais nous travaillons également en collaboration avec deux autres systèmes de récolte opérationnels en Communauté française, à savoir:

34. Sont exclus de l'enregistrement les traitements pour des problèmes somatiques découlant de cet usage (hépatite alcoolique ou virale, abcès, HIV...). En outre, n'est comptabilisée que la dernière demande de traitement enregistrée sur une année civile pour une personne donnée.
35. La sélection de ces variables a été motivée par une importante étude scientifique européenne, dont les détails sont disponibles sur le site de l'OEDT {http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420}, dernière consultation le 15/03/2011.
36. Informations disponibles sur le site de l'OEDT {http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html}, dernière consultation le 15/03/2011.
37. Pour plus de détails sur l'implémentation du TDI en Belgique, voir le document suivant sur le site de l'ISSP {http://www.iph.fgov.be/reitox/Publications/TDIB03.pdf}, dernière consultation le 15/03/2011.

- la Coordination Drogues de Charleroi (depuis 1995), qui récolte le TDI dans la région de Charleroi à l'aide de l'enquête « Sentinelles » ;
- la Coordination Toxicomanies Bruxelles (CTB–ODB), qui récolte le TDI en région bruxelloise à l'aide d'un logiciel informatique baptisé Addibru.

Ainsi, en Communauté française, grâce à ces trois systèmes de collecte de données, le TDI est actuellement récolté dans différents types de centres : les centres de santé mentale spécialisés (ambulatoires) dépendant des entités fédérées, les structures spécialisées de prise en charge des problèmes liés aux drogues avec ou sans convention « INAMI » (structures résidentielles et ambulatoires), et enfin certains hôpitaux, habitations protégées et maisons de soins psychiatriques. Ne sont pas incluses actuellement dans la récolte les demandes de traitement introduites auprès de médecins généralistes ou de la plupart des centres non spécialisés.

2.2.1.2. Méthodes et moyens

Public cible:
L'OEDT exige l'enregistrement exclusif de la dernière demande de traitement introduite par une personne au cours de l'année civile.

Nous devons également être en mesure de distinguer les *admissions* des *premières demandes* enregistrées sur une année civile. Il importe de bien comprendre cette distinction car elle est centrale dans les analyses que nous allons présenter. En effet, la notion d'*admissions* renvoie aux personnes qui ont fait une demande de traitement dans l'année encourue et ce, qu'elles aient déjà fait ou non une demande de traitement les années précédentes. En revanche, la notion de *premières demandes* renvoie uniquement aux personnes sans antécédents thérapeutiques, et qui introduisent donc une demande de traitement de ce type pour la première fois de leur vie.

Définitions :

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

Type de centres
Il s'agit de centres qui accueillent des consommateurs de substances psychoactives afin de leur proposer un traitement. Les centres participant au recueil doivent être reconnus et financés par une autorité en tant que centre de traitement ayant une mission généraliste ou spécifique. Il peut en outre s'agir de structures médicales ou non médicales, publiques ou privées.

Type d'assuétudes
Les assuétudes prises en compte concernent tant les drogues licites qu'illicites, et comprennent donc l'alcool (spécificité belge) et les médicaments. Depuis peu, nous enregistrons

également les demandes de traitement pour une dépendance aux jeux de hasard ainsi que pour une cyberdépendance, mais celles-ci restent minoritaires et ne seront pas développées spécifiquement dans le présent rapport (en 2009, nous avons enregistré 24 demandes de traitement de ce type).

Prévalence et incidence

La notion de prévalence des traitements correspond ici au nombre total de patients en demande de traitement sur une année civile donnée. Nous ne sommes pas actuellement en mesure de pouvoir l'estimer, notamment parce que le protocole TDI ne prévoit que l'enregistrement des nouvelles demandes de traitement introduites sur une année civile (et non de l'ensemble des traitements en cours). La notion d'incidence correspond ici au nombre total de patients (sur une année civile) qui sont en demande de traitement pour la première fois de leur vie. Il s'agit en quelques sortes des « nouveaux cas » enregistrés sur une période donnée ou encore des patients primo-demandeurs.

Outils et moyens d'investigation :

Comme nous l'avons déjà signalé, les données ne sont pas récoltées avec le même support dans tous les types de centres. Les centres de la Région wallonne utilisent principalement la « fiche papier Eurotox ». Les centres bruxellois, dont les données sont centralisées par la CTB-ODB, utilisent le logiciel «Addibru », et les centres liés à la Coordination Drogues de Charleroi utilisent un questionnaire spécifique (enquête Sentinelles) couvrant également d'autres variables que celles recueillies dans le cadre du TDI.

La multiplicité des outils et systèmes de récolte a comme corollaire que les variables du protocole TDI ne sont pas toutes opérationnalisées de la même manière. Le rôle d'Eurotox est donc également de rendre les données les plus « harmonieuses » possibles en recodant voire croisant certaines d'entre elles afin d'obtenir, en définitive et dans la mesure du possible[38], les variables telles que demandées par l'OEDT[39].

Variables :

Les variables sont organisées en deux grands axes : i) les informations liées au service (nom de l'institution, unité, suite prévue), qui permettent de situer le contexte de l'offre de traitement et ii) les données concernant la demande de traitement.

Ce deuxième axe couvre 5 volets, à savoir :

- les caractéristiques socio-démographiques de l'usager de drogues : âge, sexe, nationalité, cohabitation, logement, niveau de scolarité, source principale de revenus ;
- les antécédents judiciaires : affaires judiciaires, incarcérations ;

38. Les systèmes d'enregistrement avec lesquels nous collaborons ne récoltent pas systématiquement l'ensemble des variables que nous récoltons par ailleurs, soit parce qu'elles ne sont pas officiellement inclues dans le protocole TDI (Eurotox proposant en effet certaines variables supplémentaires), soit pour des raisons philosophiques (refus idéologique de poser telle question aux usagers). Par conséquent, certaines des variables que nous allons présenter sont inévitablement assorties d'un nombre élevé de « non réponses ».
39. Eurotox avait ambitionné de créer un logiciel informatique afin de remplacer la récolte via formulaire papier. Par manque de budget, ce projet n'a toutefois pas pu être mené à terme. Nous collaborons actuellement avec la Région wallonne afin de pouvoir intégrer la récolte du TDI dans l'interface informatique de récolte de données épidémiologiques qui est actuellement en cours d'élaboration au sein de la Région wallonne. La mise au point de cet outil ayant pris du retard, la récolte du TDI se fera dans le courant de 2011 à l'aide de l'outil de récolte informatisé développé par la plateforme technique Ehealth à la demande de l'ISSP, et ce jusqu'à ce que l'outil développé par la Région wallonne soit opérationnel (pour plus de détails, voir chapitre 5).

- le profil de consommation au cours du dernier mois (produit(s) à l'origine de la demande, voie d'administration, âge de la première consommation, etc.) ;
- les antécédents thérapeutiques de l'usager: traitement antérieur, origine de la demande ;
- les risques liés à la consommation et les maladies infectieuses en lien avec l'usage de drogues: administration par injection, dépistage du VIH et résultat (+ date du test), dépistage des hépatites et résultats (+ date du test). Notons toutefois que les questions portant sur les dépistages et leurs résultats ne font pas parties du protocole TDI mais de l'indicateur épidémiologique « maladies infectieuses liées à l'usage de drogues ».

Biais et limites:

Limite générale

Les données collectées dans le cadre du TDI que nous allons rapporter ambitionnent de représenter de manière fiable les caractéristiques des patients pris en charge par les services de soins spécialisés en la matière en Communauté française. Toutefois, il convient d'être prudent lors de l'extrapolation des résultats pour plusieurs raisons. Premièrement, la couverture interne (nombre de « cas » enregistrés / nombre de « cas » traités) relative à cette collecte n'est pas parfaite, essentiellement en raison du manque de moyens des centres de prise en charge. Dès lors, nous pouvons raisonnablement supposer que les données récoltées sous-estiment le nombre réel de cas pris en charge par les centres, bien que nous ne soyons pas en mesure à l'heure actuelle de le quantifier. Deuxièmement, la couverture externe (nombre d'institutions participant au recueil / nombre total d'institutions de prise en charge des usagers de drogues) relative à la collecte du TDI n'est pas non plus parfaite, et les différents secteurs sont inégalement représentés (voir chapitre 5). Troisièmement, il n'est pas possible d'obtenir systématiquement des réponses des patients pour toutes les variables investiguées, d'une part en raison du caractère sensible de certaines d'entre-elles, et d'autre part parce que les données ne sont généralement pas encodées en compagnie du patient, mais plutôt complétées *a posteriori*, sur base des informations (parfois incomplètes à notre égard) récoltées par les intervenants et mentionnées dans le dossier du patient. Quatrièmement, nous ne disposons pas actuellement de la capacité technique d'éliminer les doublons d'enregistrement (les demandes multiples introduites par une même personne sur une année civile).

Pour les diverses raisons que nous venons d'évoquer, les données que nous allons présenter ci-après ne reflètent pas exhaustivement le public pris en charge par les centres de traitement des assuétudes en Communauté française. Néanmoins, nous pensons que le nombre de patients est suffisamment important et d'origines suffisamment diverses pour autoriser une caractérisation assez représentative de la population des usagers de drogues en demande de traitement en Communauté française de Belgique.

Nous conseillons finalement au lecteur de ne pas chercher à comparer les résultats d'une année à l'autre, parce que la couverture de la récolte du TDI est actuellement trop instable pour autoriser ce genre de comparaison. En effet, les différences observées d'une année à l'autre peuvent être dues au fait que ce ne sont jamais précisément les mêmes centres de traitements qui participent à la collecte chaque année. Afin d'étudier spécifiquement cette question de l'évolution des profils de patients au cours du temps, Eurotox publiera prochainement un dossier dans lequel nous analyserons les données TDI sur une dizaine d'années au sein de centres de traitement ayant systématiquement participé à cette récolte durant cette période.

2.2.1.3. Présentation et analyse des résultats

2.2.1.3/a. Remarques préliminaires

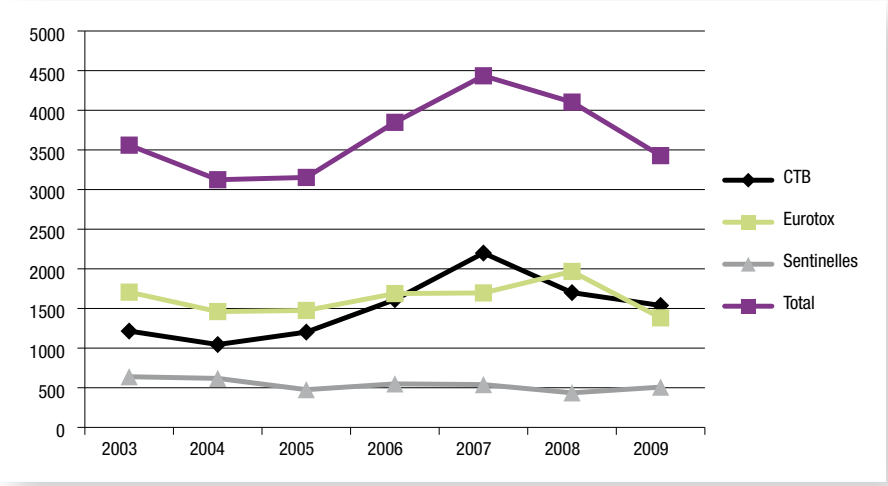
Par convention, nous ne rapporterons pour chaque variable que les pourcentages actifs, c'est-à-dire ceux qui correspondent aux personnes ayant donné une réponse à la variable correspondante. Le nombre de non réponses est toutefois systématiquement renseigné en dessous de chaque tableau, et ce à la fois pour les admissions et les premières demandes. Par facilité, lorsque nous décrirons les résultats d'une variable, nous parlerons de « l'ensemble des patients », de « l'ensemble des admissions » ou encore des « patients en demande de traitement », mais il faudra garder à l'esprit qu'il s'agit en fait de « l'ensemble des patients ayant répondu à la question ».

Nous nous sommes efforcés, dans la mesure du possible, de fournir systématiquement dans chaque figure les pourcentages pour chacune des années étudiées. Néanmoins, certaines figures ne se prêtaient pas à un rapport complet des pourcentages. Par conséquent, dans un certain nombre de figures, nous nous sommes limités à ne rapporter que ceux observés en 2009.

2.2.1.3/b. Evolution des demandes et de l'échantillon TDI

En 2008 et 2009, 4103 et 3428 nouvelles demandes de traitement (que nous nommerons « admissions », puisqu'elles comprennent des premières demandes mais aussi des demandes émanant de patients qui ont déjà effectué une demande par le passé) pour un problème d'abus ou de dépendance à une substance[40] ont été respectivement enregistrées en Communauté française. Comme on peut le remarquer sur la figure 5, alors qu'on observait, de manière générale, une augmentation du nombre d'enregistrements de 2005 à 2007, on assiste depuis lors à une diminution du nombre de demandes enregistrées. Toutefois, ces fluctuations ne reflètent pas forcément une augmentation ou une diminution du nombre de personnes introduisant une demande de traitement, car elles peuvent être dues aux changements annuels de la couverture au sein des différents systèmes de collecte.

Figure 5 : Evolution du nombre d'admissions par système de collecte, Communauté française, 2003-2009

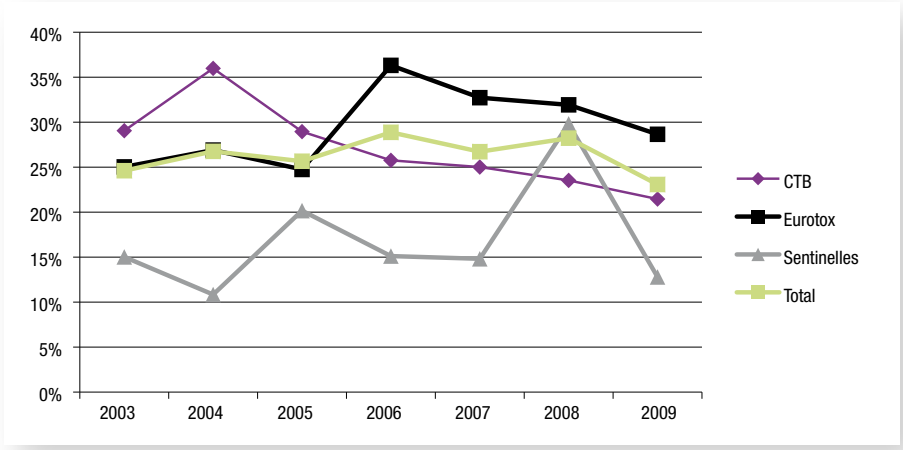


40. Pour rappel, dans notre système de collecte, nous enregistrons également les demandes de traitement pour problème d'alcool ainsi que pour un problème de jeu/pari pathologique. Nous parlerons toutefois de manière générique dans les pages qui suivent de problème d'abus ou de dépendance à une substance.

Tendances dans le groupe des premières demandes :
Le nombre de premières demandes a fluctué autour de 800-900 de 2003 à 2005, puis a subi une forte augmentation sur la période 2006-2008 (1111, 1185 et 1158, respectivement), principalement au niveau des systèmes de collecte de la CTB–ODB et d'Eurotox. En 2009, le nombre de premières demandes est sensiblement équivalent à celui observé en 2005 (791 demandes).

Dans la mesure où le nombre de premières demandes est directement proportionnel au nombre d'admissions, nous présentons dans la figure 6 le rapport (exprimé en pourcentage) entre le nombre de premières demandes et le nombre d'admissions, afin de neutraliser cette influence. On peut ainsi remarquer que le pourcentage global de premières demandes varie entre 23 et 29 pourcent sur l'ensemble de la période étudiée. On observe également d'importantes fluctuations au sein de chaque système de collecte. Ainsi, alors que le pourcentage des premières demandes enregistrées par Eurotox avoisinait les 25% de 2003 à 2005, il a fortement augmenté en 2006 (36%) pour progressivement redescendre jusqu'en 2009 (29%). Cette augmentation pourrait être due (en tout ou en partie) à l'amélioration du taux de réponses à la question permettant de savoir si le patient a déjà suivi un traitement antérieur (508 non réponses en 2005 contre 360 en 2007). A l'inverse, on observe une diminution progressive du pourcentage de premières demandes enregistrées par la CTB–ODB depuis 2004. Finalement, on peut remarquer que les pourcentages de premières demandes enregistrées par Sentinelles subissent des fluctuations en dents de scie. Ces pourcentages restent toutefois généralement inférieurs à ceux observés au sein des autres systèmes de récolte (Eurotox et CTB–ODB), ce qui suggère que les patients pris en charge dans la région de Charleroi sont plus « récidivistes » en termes de demandes de traitement.

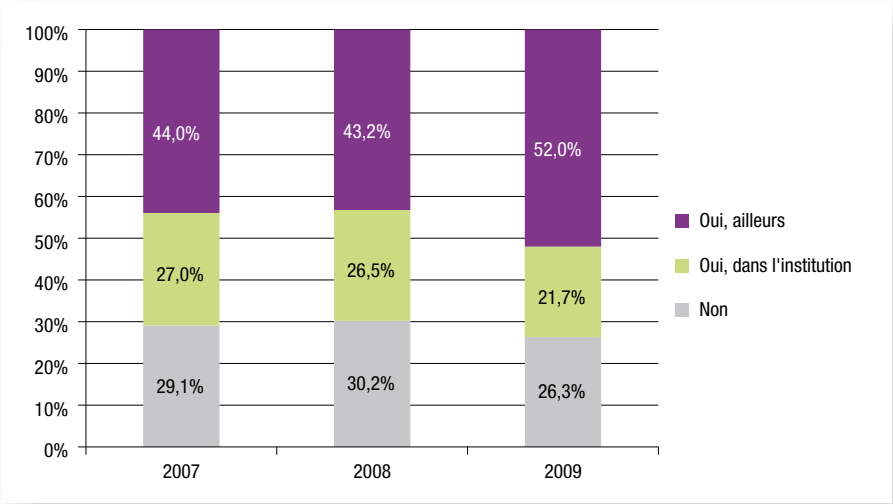
Figure 6 : Evolution des proportions de premières demandes de traitement au sein de chaque système de collecte, Communauté française, 2003-2009



2.2.1.3/c. Antécédents thérapeutiques

En 2009, un peu plus d'un quart (26,3%) des personnes ayant introduit une demande de traitement n'avaient pas d'antécédents thérapeutiques. Un peu moins d'une personne sur quatre (21,7%) s'est déjà adressée précédemment à la même institution pour introduire une demande de traitement similaire, et plus de la moitié (52%) des patients avaient déjà introduit par le passé une demande similaire dans une autre institution.

Figure 7 : Antécédents thérapeutiques des patients en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009

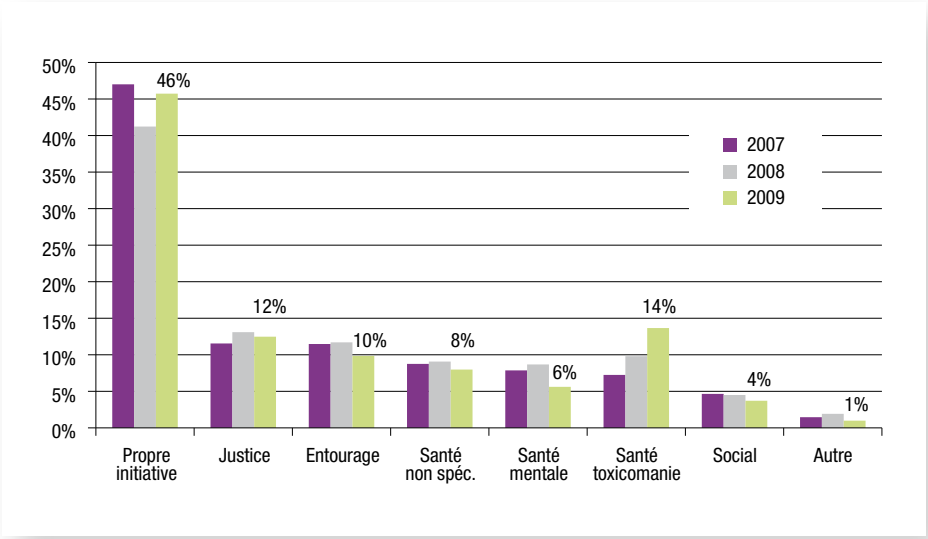


Nombre de non réponses = 2007 (360), 2008 (271), 2009 (423)

2.2.1.3/d. Origine de la demande de traitement

En 2009, près de la moitié des patients ont été admis sur base d'une initiative propre. Les admissions sur injonction de la justice atteignent 12%, et 10% des patients sont en demande de traitement par le fait de leur entourage. Les admissions en provenance du secteur de la santé varient de 14% à 8%, celles émanant du secteur santé toxicomanie étant plus fréquentes. Enfin, une petite minorité des patients sont en demande de traitement par le biais du secteur social ou par une autre porte d'entrée non répertoriée. De manière générale, l'origine des demandes de traitement a peu fluctué de 2007 à 2009, quoique l'on constate une augmentation progressive des demandes émanant du secteur santé toxicomanie.

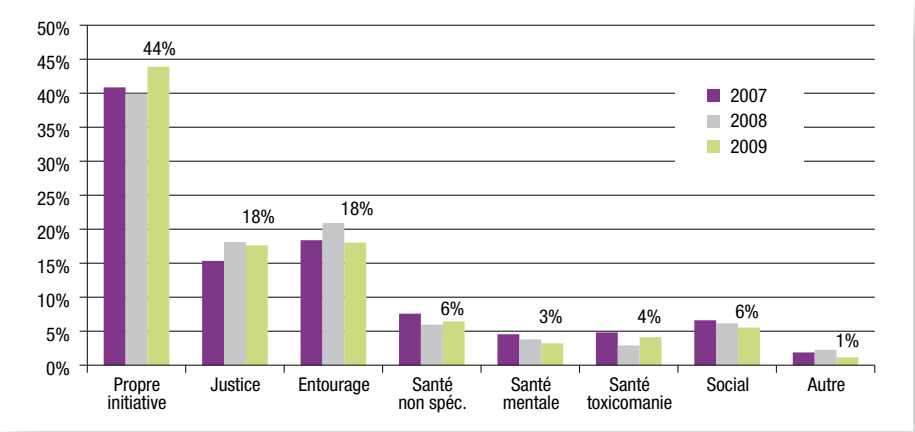
Figure 8 : Origine des demandes de traitement au sein des admissions, Communauté française, 2007-2009



Nombre de non réponses = 2007 (391), 2008 (300), 2009 (382)

Comme on peut le constater sur la figure suivante, la répartition de l'origine des demandes dans le groupe des premières demandes est sensiblement équivalente à celle observée pour l'ensemble des admissions. On note néanmoins que ces patients primo-demandeurs sont plus fréquemment en demande de traitement suite à l'intervention du secteur justice ou de l'entourage, et moins souvent par le biais du secteur santé (en particulier du secteur toxicomanie) et ce, quelle que soit l'année envisagée.

Figure 9 : Origine des demandes de traitement au sein des premières demandes, Communauté française, 2007-2009

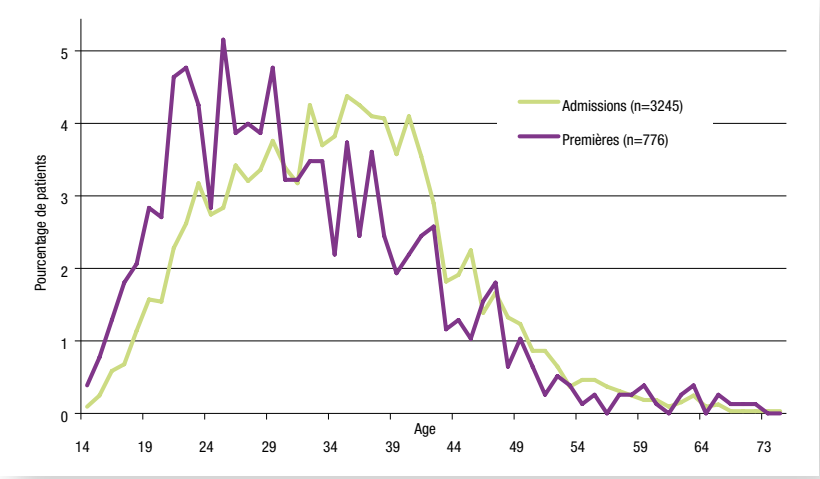


2.2.1.3/e. Caractéristiques socio-démographiques

L'âge

L'âge moyen de l'ensemble des patients admis en 2009 est de 34,3 ans (médiane = 34), et il varie par ailleurs de 14 à 76 ans (voir figure 10). L'âge moyen des patients en première demande de traitement est de trois ans plus petit que celui observé pour l'ensemble des admissions (31,3 ans ; médiane = 29,5), et il varie de 14 à 71 ans. Ces valeurs sont quasiment identiques à celles observées en 2007 et 2008.

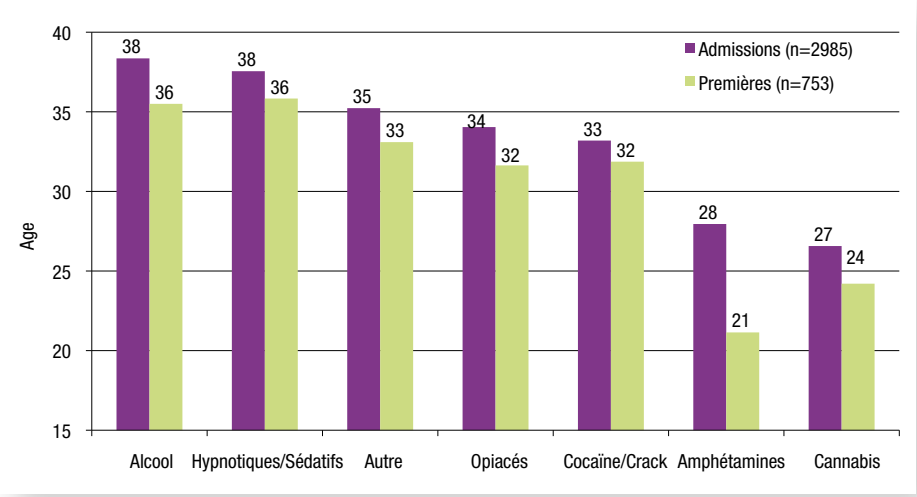
Figure 10 : Distribution des âges au sein des admissions et des premières demandes de traitement, Communauté française, 2009



Nombre de non réponses = 183 (admissions) et 15 (premières demandes)

On peut également constater dans la figure 11 que l'âge des patients varie significativement en fonction du type de produit à l'origine de la demande, et ce tant au sein des admissions (F=62.51 ; p<.001) que dans le groupe des premières demandes (F=22.31 ; p<.001).

Figure 11 : Moyenne d'âge par type de produits consommés au sein des admissions et des premières demandes de traitement, Communauté française, 2009



Nombre de non réponses = 443 (admissions) et 38 (premières demandes)
Note : 1) la catégorie « autre » comprend les hallucinogènes, les inhalants volatiles, les autres substances psychotropes non répertoriées et enfin les paris/jeux. 2) la catégorie « amphétamines » comprend également les demandes de traitement pour problème de consommation d'ecstasy.

Le sexe

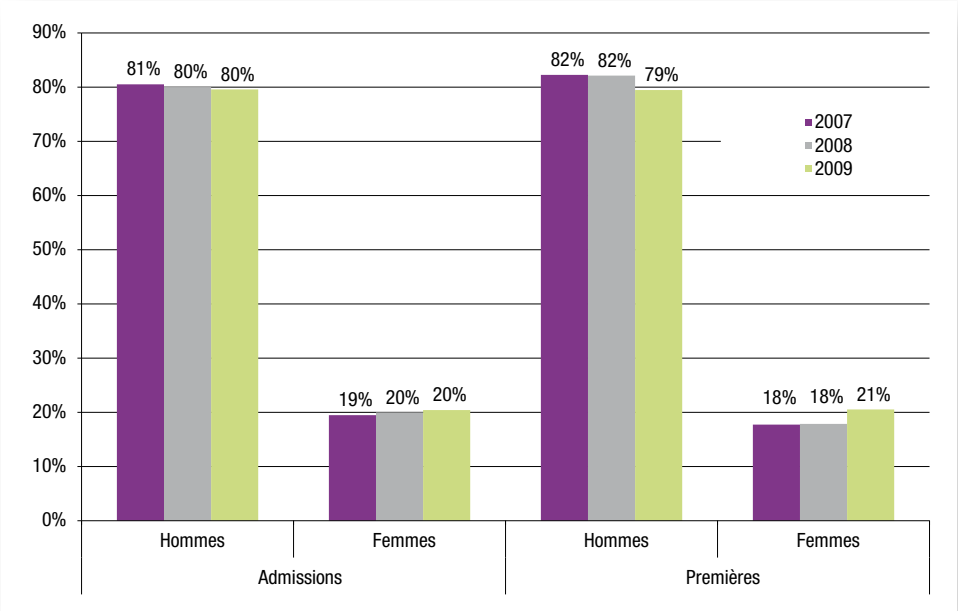
On peut constater dans la figure 12 que le ratio hommes/femmes au sein des admissions est d'environ 4 pour 1. Des valeurs sensiblement équivalentes sont observées dans le groupe des premières demandes de traitement. Ce ratio est quasiment identique à celui observé parmi l'ensemble des patients admis en demande de traitement en Europe (voir EMCDDA, 2009). Il ne nous est pas possible, à l'heure actuelle, d'estimer s'il y a ou non une différence de sexe au niveau de la probabilité de devoir un jour effectuer une demande de traitement en cas d'usage de drogues. Pour ce faire, il faudrait effectuer des études longitudinales, ou alors comparer le sexe ratio observé ici à ceux récoltés lors d'enquêtes de prévalence sur l'usage expérimental, occasionnel et régulier de drogues dans la population générale. Or, de telles enquêtes n'existent quasiment pas en Belgique[41].

Par ailleurs, nous avons constaté que le sexe ratio des patients admis en 2009 fluctue quelque peu en fonction du type de produits à l'origine de la demande (de 3,2 à 4,8). Ainsi, les produits occasionnant proportionnellement le plus de demandes de traitement de la part des femmes sont l'alcool (24% de femmes), les hypno-sédatifs (22% de femmes) et les amphétamines (21% de femmes). Le cannabis est quant à lui le produit qui est le moins à l'origine de demandes de traitement de la part des femmes (16%).

41. Les dernières enquêtes HBSC et HIS réalisées en Belgique suggèrent néanmoins que le sexe ratio varie d'une part en fonction du type de consommation (expérimentation, usage occasionnel, usage régulier), et d'autre part en fonction du type de produits et de l'âge des personnes interrogées. Malheureusement, l'influence de ces facteurs n'a pas été envisagée systématiquement et elle ne porte que sur certains produits, ce qui ne nous permet pas d'effectuer des comparaisons précises avec les données issues des demandes de traitement. Différentes données récoltées dans d'autres pays européens confirment toutefois que le sexe ratio observé dans les enquêtes de prévalence subit de pareilles variations (voir OEDT, 2006).

Un analyse supplémentaire montre finalement qu'en 2009, il y a proportionnellement plus de femmes dans les structures de soins ambulatoires (25,8%) que dans les MASS (20,8%) et les structures résidentielles (18,7%), cette différence étant statistiquement significative (Chi^2=9.04 ; p=.01). Cette différence est également observée en 2007 et 2008, à la différence près qu'en 2007, c'est dans les MASS que l'on compte le moins de femmes et non plus dans les structures résidentielles.

Figure 12 : Répartition des sexes au sein des admissions et des premières demandes de traitement, Communauté française, 2007-2009



Nombre de non réponses pour les admissions = 2007 (20), 2008 (18) et 2009 (93)
Nombre de non réponses pour les premières demandes = 2007 (1), 2008 (4) et 2009 (2)

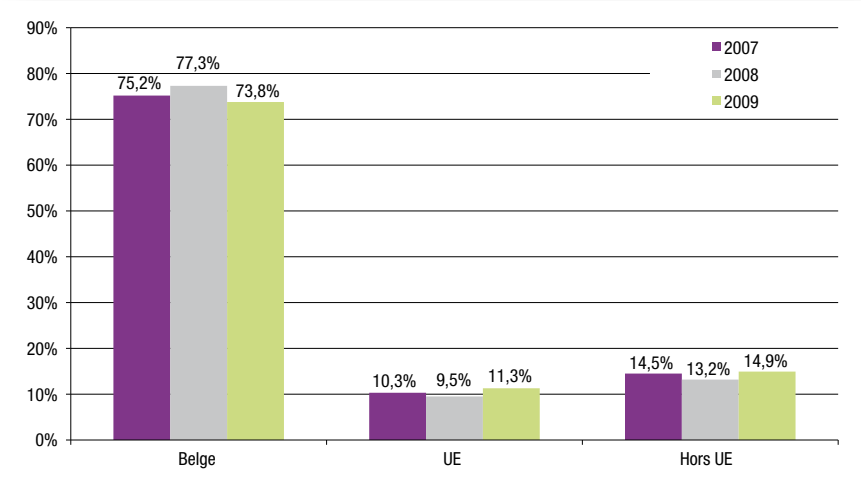
La nationalité

Parmi les patients admis de 2007 à 2009 dont la nationalité est connue, la majorité est d'origine belge (environ 75%), une petite proportion (environ 10%) d'origine non européenne (Hors UE), et une minorité (environ 14%) non belge mais originaire de l'Union européenne (UE). Cette répartition est quasiment équivalente à celle observée dans le groupe des premières demandes pour les trois années envisagées. Il ne nous est pas permis actuellement de déterminer si ce degré de représentation de patients d'origine non belge dans les structures de soins correspond à leur degré de représentation au niveau de la prévalence d'usage dans la population générale.

Le niveau de scolarité

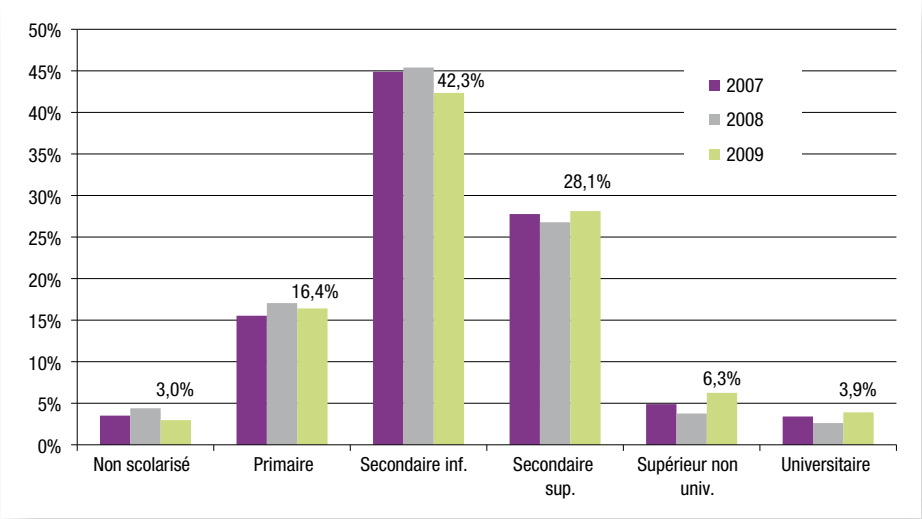
En 2009, environ 66% des demandeurs ayant renseigné leur degré de scolarité ne possèdent aucun diplôme ou ont terminé uniquement le niveau primaire ou secondaire inférieur. Les 34% restant ont au moins achevé le cycle d'études secondaires. Moins d'un demandeur sur 10 possède un diplôme de niveau supérieur ou universitaire. Ces pourcentages sont quasiment identiques à ceux observés en 2007 et 2008 ainsi que dans le groupe des premières demandes (quelle que soit l'année envisagée).

Figure 13 : Nationalité des patients admis en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009



Nombre de non réponses pour les admissions = 2007 (353), 2008 (380) et 2009 (408)

Figure 14 : Niveau de scolarité des patients admis en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009



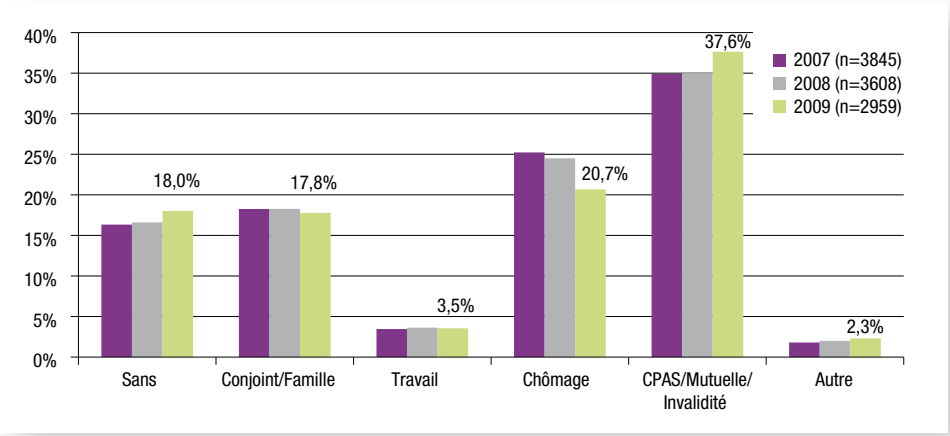
Nombre de non réponses = 2007 (1034), 2008 (917) et 2009 (962)

La ressource principale

En 2009, 18% des demandeurs déclaraient ne pas avoir de source de revenu. Un peu plus d'un tiers (37,6%) des demandeurs bénéficiait d'un revenu de remplacement (CPAS, mutuelle, invalidité), 20,7% étaient au chômage et 18% sont autonomes (travail régulier et/ou occasionnel). Enfin, toujours en 2009, 3,5% des demandeurs étaient financièrement dépendants d'un conjoint ou de la famille et 2,4% bénéficiaient d'une autre source de revenus que celles que nous venons de mentionner. Ces pourcentages sont assez semblables à ceux observés en 2007 et 2008.

Cette surreprésentation des demandeurs à faibles revenus (et peu scolarisés ; voir supra) est toutefois probablement surestimée en raison d'un biais de sélection : les personnes en situation d'abus ou de dépendance à une substance qui ont de meilleurs revenus ont probablement davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans un cabinet privé.

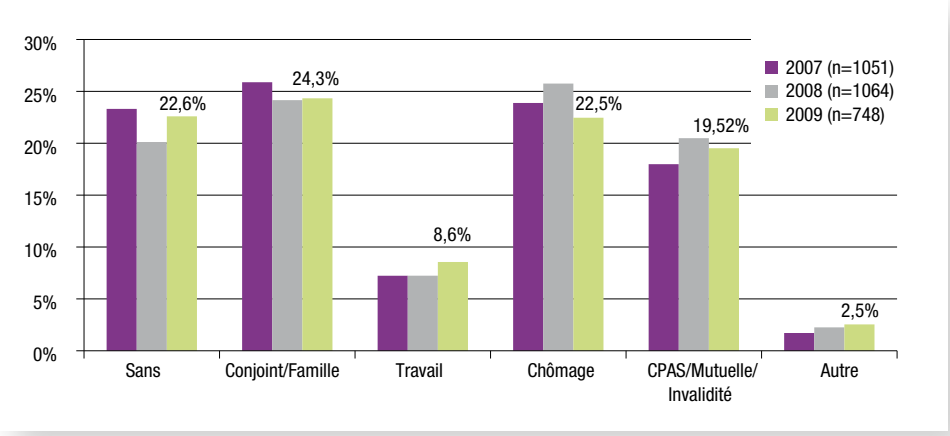
Figure 15 : Origine des revenus des patients admis en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009



Nombre de non réponses = 2007 (590), 2008 (495) et 2009 (469)

La répartition des sources de revenus est sensiblement différente dans le groupe des premières demandes de traitement. Ainsi, les proportions de patients sans revenu, ayant un travail rémunéré ou encore étant aidés financièrement par des parents ou le conjoint sont plus importantes que dans le groupe de toutes les admissions. En revanche, ces patients sont largement moins nombreux à bénéficier d'un revenu de remplacement. Une partie de ces différences peut s'expliquer par le fait que les patients primo-demandeurs sont généralement plus jeunes. En effet, un plus jeune âge augmente la probabilité de ne pas encore être intégré dans la vie active (cf. les catégories « sans revenu », « aidé par conjoint/famille »). En outre, pour les jeunes patients ayant un travail, on peut supposer que le fait de n'en être qu'à une première demande de traitement augmente la probabilité de ne pas perdre son emploi suite aux déboires occasionnés par l'addiction au produit (d'où la plus grande représentation des primo-demandeurs dans la catégorie « travail », et leur plus petite représentation dans la catégorie « CPAS/Mutuelle/Invalidité »). Ces pistes d'explication demanderaient bien entendu à être confirmées ultérieurement.

Figure 16 : Origine des revenus des patients en première demande de traitement, Communauté française, 2007-2009

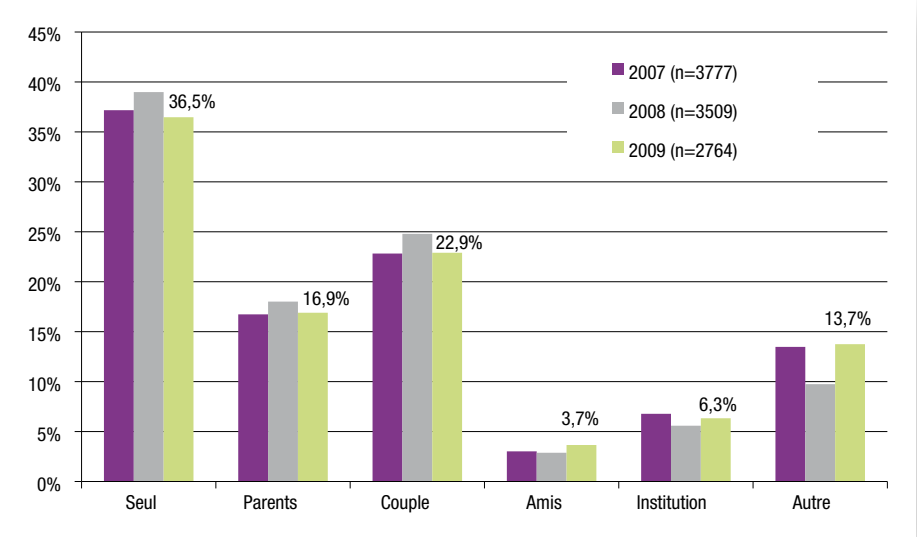


Nombre de non réponses = 2007 (134), 2008 (94) et 2009 (43)

Le mode de vie

En 2009, plus d'un tiers (36,5%) des demandeurs vivaient seuls un mois avant le début de leur traitement, 43,5% vivaient soit en couple, en famille ou avec des amis, et 20% vivaient soit en institution, en prison, en famille élargie ou dans une autre configuration que celles répertoriées (ces trois dernières possibilités étant regroupées dans la catégorie « autre »). Cette répartition est fort semblable à celles observées en 2007 et 2008. La répartition des premières demandes est sensiblement équivalente, si ce n'est que ces patients sont proportionnellement moins nombreux à vivre seuls et vivent plus fréquemment chez leurs parents (probablement en raison de leur plus jeune âge) et ce, quelle que soit l'année envisagée.

Figure 17 : Mode de vie des patients admis en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009



Nombre de non réponses = 2007 (658), 2008 (594) et 2009 (664).

Note : la catégorie « autre » comprend les personnes vivant en prison, en famille élargie ou dans une autre configuration que celles reprises ici.

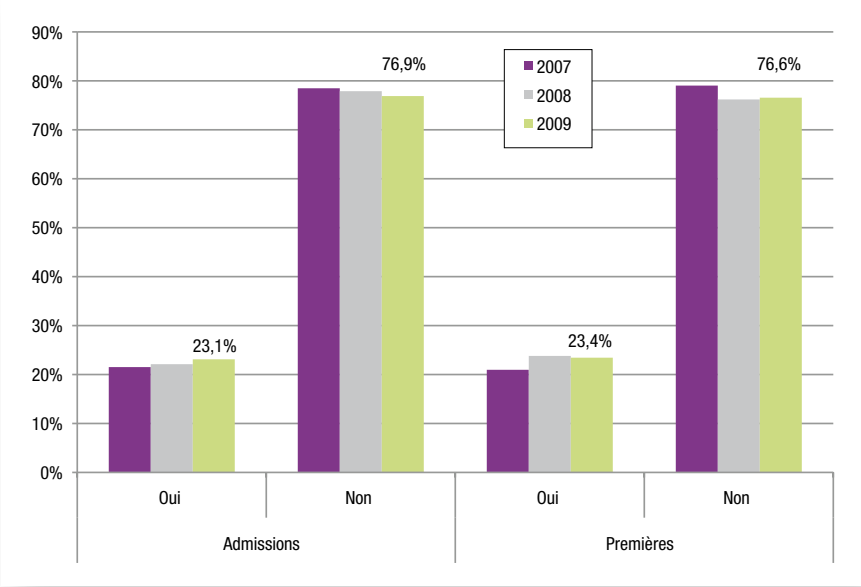
Les enfants

En 2009, parmi les demandeurs qui ont répondu à cette question, 23,1% vivent avec au moins un enfant. Cette proportion est d'ailleurs quasiment la même quelle que soit l'année envisagée ainsi que dans le groupe des premières demandes. A noter que le nombre anormalement élevé de non réponses pour cette variable s'explique par le fait que la CTB–ODB (données bruxelloises) ne la récolte pas.

Le lieu de vie

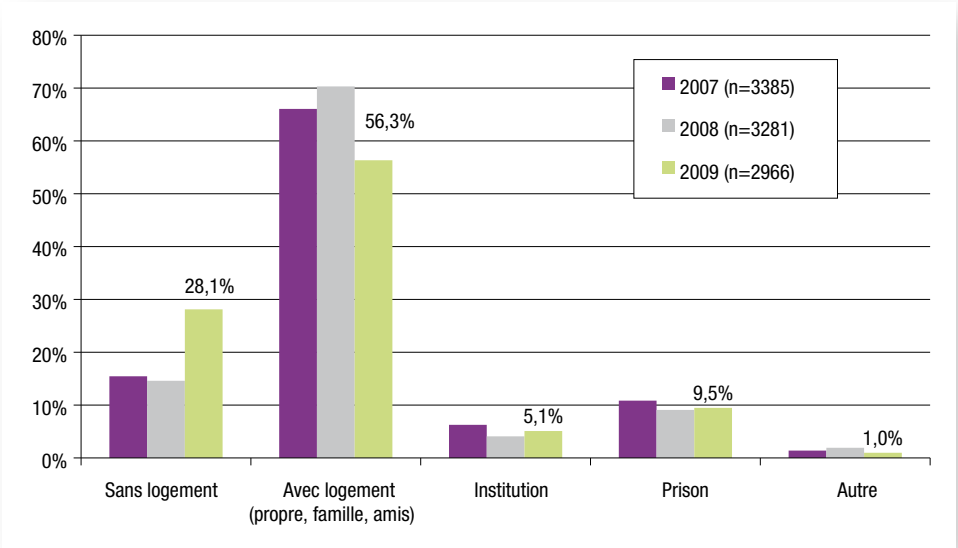
En 2009, près d'un tiers des patients dont on connaît le lieu de vie étaient sans logement ou logé en prison/institution avant d'introduire leur demande de traitement. On constate que le nombre de patients avec logement a fortement diminué de 2008 à 2009 (-14%), mais rappelons qu'il est difficile d'interpréter cette diminution dans la mesure où l'ensemble des centres qui participent à la récolte du TDI n'est jamais parfaitement identique d'une année à l'autre. Par exemple, il est possible que cette évolution puisse s'expliquer par une diminution du nombre de centres de bas seuil d'accès ayant participé à la récolte de 2008 à 2009.

Figure 18 : Répartition des admissions et des premières demandes en fonction du fait de vivre ou non avec un (des) enfant(s), Communauté française, 2007-2009



Nombre de non réponses pour les admissions = 2007 (2762), 2008 (2276) et 2009 (1814)
Nombre de non réponses pour les premières demandes = 2007 (689), 2008 (553) et 2009 (390)

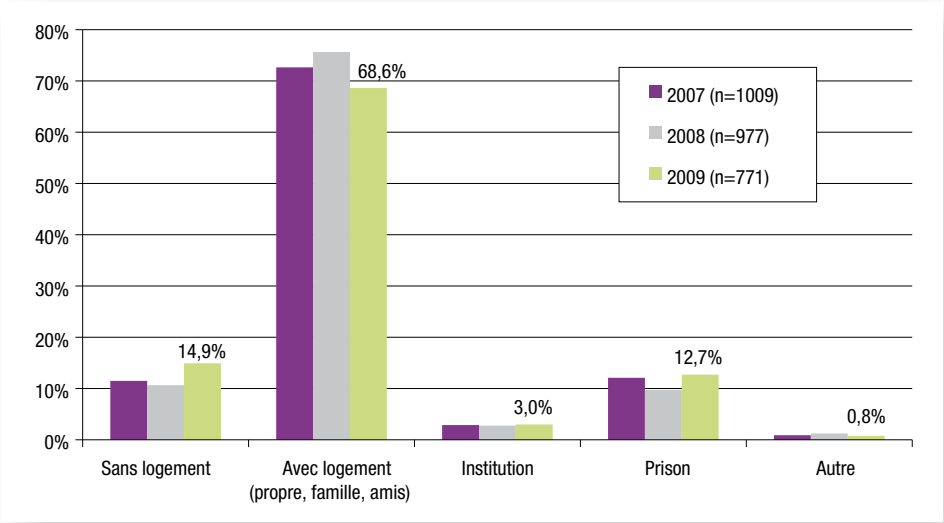
Figure 19 : Lieu de vie des patients admis en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009



Nombre de non réponses = 2007 (510), 2008 (325) et 2009 (458)

Comme on peut le voir dans la figure 20, les patients primo-demandeurs ont, plus que les autres, vécu dans un logement avant d'introduire leur demande de traitement. Par ailleurs, on constate qu'ils sont aussi plus enclins à avoir vécu en prison que ce que l'on observe pour l'ensemble des patients admis.

Figure 20 : Lieu de vie des patients en première demande de traitement, Communauté française, 2007-2009



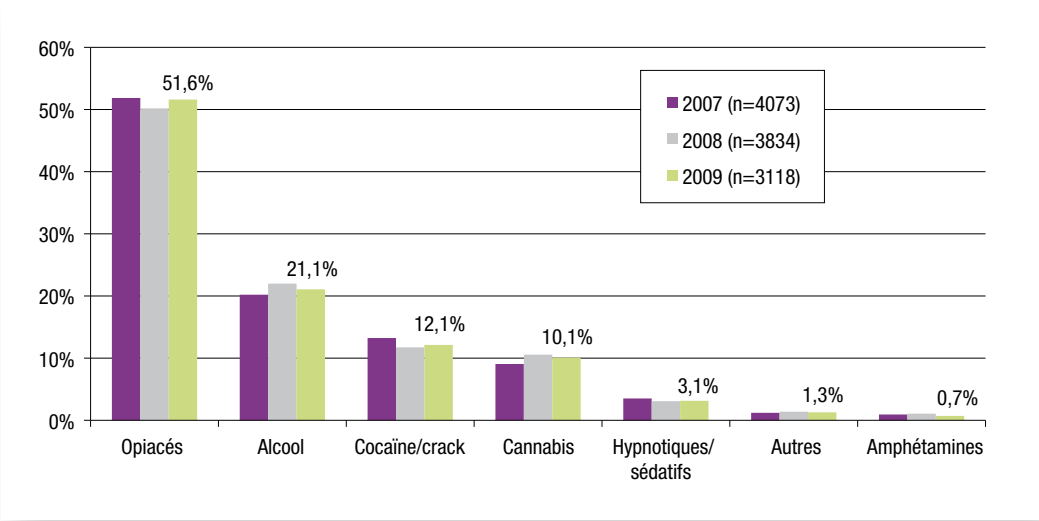
Nombre de non réponses = 2007 (96), 2008 (51) et 2009 (19)

2.2.1.3/f. Profils de consommation au sein des personnes admises en demande de traitement

Le produit principal

En 2009, les opiacés sont à l'origine d'un peu plus de la moitié des admissions (51,6%). L'alcool (21,1%), la cocaïne (12,1%) et le cannabis (10,1%) sont également à l'origine d'une partie non négligeable d'entre elles. Ces pourcentages sont sensiblement équivalents quelle que soit l'année envisagée.

Figure 21 : Produit principal mentionné par les patients admis en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009

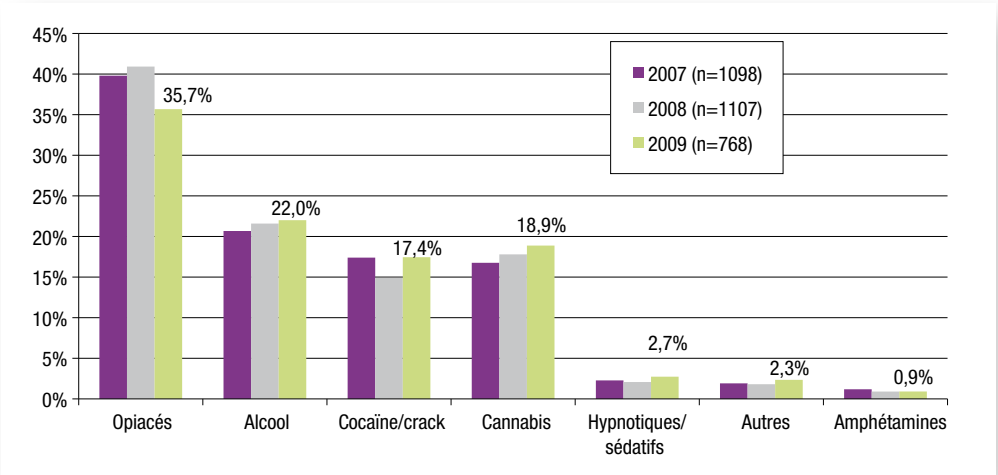


Nombre de non réponses = 2007 (362), 2008 (269) et 2009 (310)

Il convient de remarquer que ces données ne se superposent pas aux données de prévalence de consommation observées dans la population générale (ou même dans des groupes spécifiques ; voir 2.1 et chapitre 2) parce que tous ces produits n'ont pas le même potentiel addictif. De même, les conséquences psycho-médico-sociales de l'addiction à ces différents produits diffèrent. Pour donner un exemple concret, une personne aura plus de risques de développer une consommation abusive ou dépendante si elle consomme des opiacés que si elle consomme du cannabis, en raison de la manière différente dont ces deux substances agissent sur le cerveau et en bouleversent l'équilibre neurobiologique. De même, et toutes choses égales par ailleurs, une consommation abusive ou dépendante d'opiacés aura généralement des conséquences psycho-médico-sociales plus marquées qu'une consommation équivalente de cannabis, d'où la plus grande proportion de patients en demande de traitement pour consommation d'opiacés que pour consommation de cannabis.

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

Figure 22 : Produit principal mentionné par les patients admis en première demande de traitement, Communauté française, 2007-2009



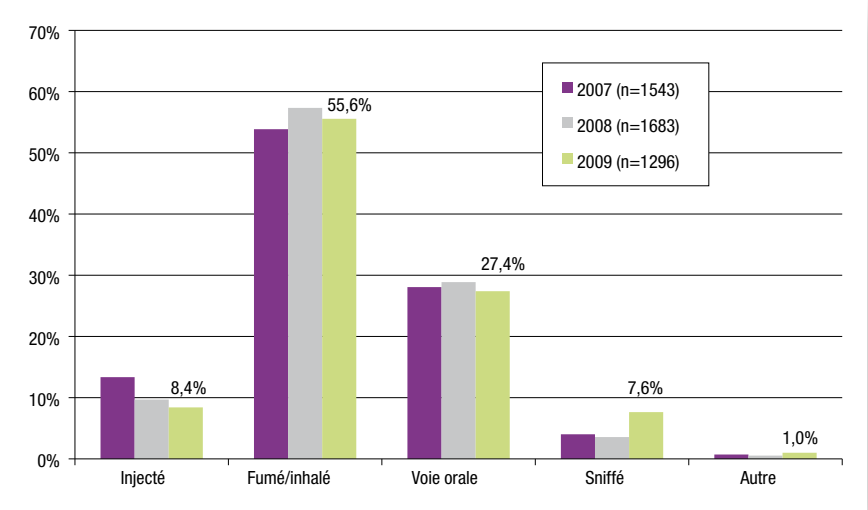
Nombre de non réponses = 2007 (87), 2008 (51) et 2009 (23)

MODE DE CONSOMMATION DU PRODUIT PRINCIPAL

En 2009, une majorité de patients (55,6%) dont le mode de consommation du produit principal est connu rapportent avoir recours à la fumette/inhalation pour consommer le produit à l'origine de la demande de traitement. La consommation par voie orale est le deuxième mode de consommation le plus souvent rapporté (27,4%), suivi de l'injection (8,4%) et enfin le sniff (7,6%). La répartition

de ces modes de consommation est assez similaire pour les deux années précédentes, quoique l'on constate en 2009 une légère baisse du recours à l'injection (surtout par rapport à 2007) et une augmentation du recours au sniff. A noter que le nombre anormalement élevé de non réponses pour cette variable s'explique par le fait que la CTB–ODB (données bruxelloises) ne la récolte pas.

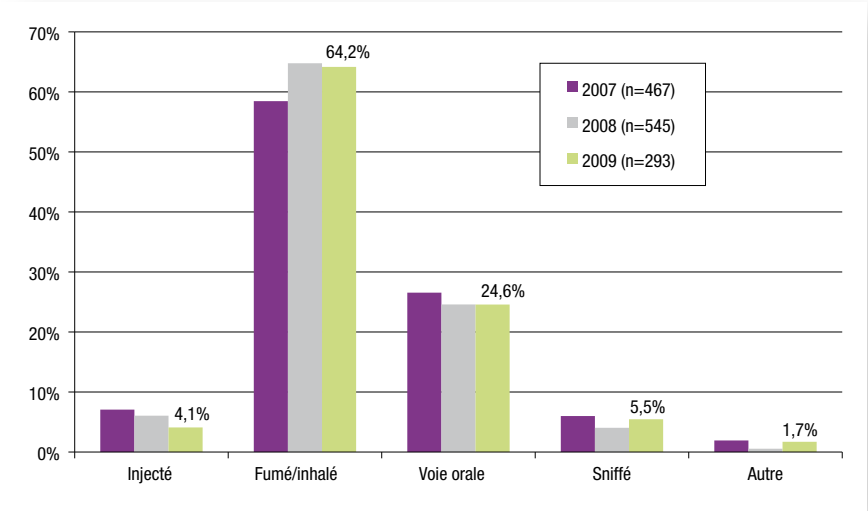
Figure 23 : Mode de consommation du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009



Nombre de non réponses = 2007 (2892), 2008 (2420) et 2009 (2132)

Comme on peut le voir dans la figure 24, la répartition de ces modes de consommation est légèrement différente dans le groupe des premières demandes : on constate surtout moins de recours à l'injection (-4,3%) et plus de recours à la consommation par voie orale (+8,6%).

Figure 24 : Mode de consommation du produit principal chez les patients en première demande de traitement, Communauté française, 2007-2009



Nombre de non réponses = 2007 (718), 2008 (613) et 2009 (498)

Finalement, rappelons que ces modes de consommation varient considérablement en fonction du type de produit consommé, comme on peut le constater sur le tableau 20.

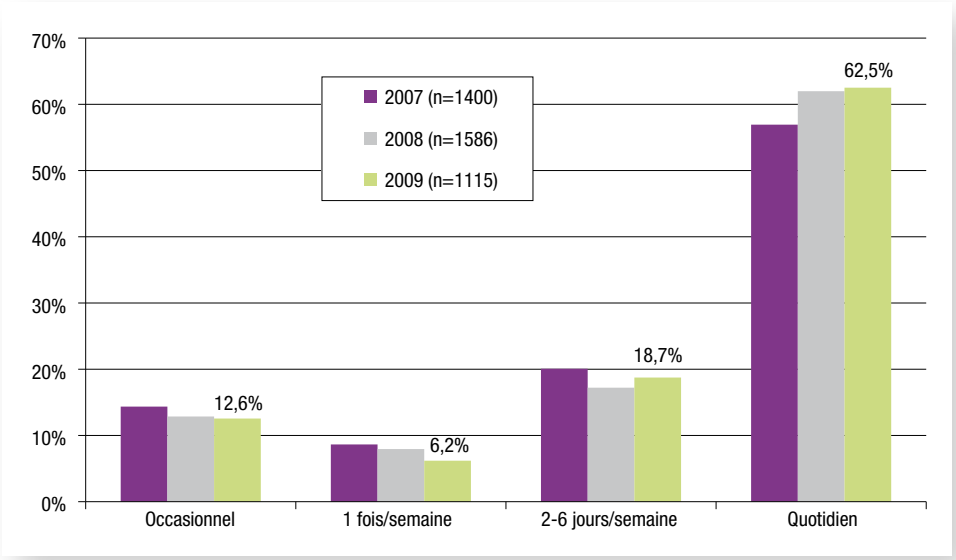
Tableau 20 : Répartition des modes de consommation par type de produit principal au sein des admissions (n=1296), Communauté française, 2009

	Injecté	Fumé/inhalé	Voie orale	Sniffé	Autre
Opiacés	12,9%	71,7%	6,2%	9,3%	/
Cocaïne/Crack	11,9%	61,9%	2,2%	23,9%	/
Amphétamines/XTC	14,3%	/	71,4%	14,3%	/
Hypnotiques/Sédatifs	/	7,7%	92,3%	/	/
Cannabis	/	96,9%	3,1%	/	/
Alcool	/	/	100,0%	/	/
Autre	/	18,8%	18,8%	/	62,5%

FRÉQUENCE DE CONSOMMATION DU PRODUIT PRINCIPAL

En ce qui concerne la fréquence de consommation du produit principal, on notera, de manière peu surprenante, qu'une grande majorité des demandeurs ont déclaré avoir une consommation quotidienne ou quasi quotidienne durant les 30 jours avant le début du traitement. Il existe toutefois une certaine proportion des demandeurs (12,6% en 2009) qui déclarent n'en avoir fait qu'un usage occasionnel. A nouveau, le nombre anormalement élevé de non réponses pour cette variable s'explique par le fait que la CTB–ODB (données bruxelloises) ne la récolte pas.

Figure 25 : Fréquence d'usage du produit principal au sein des admissions, Communauté française, 2007-2009

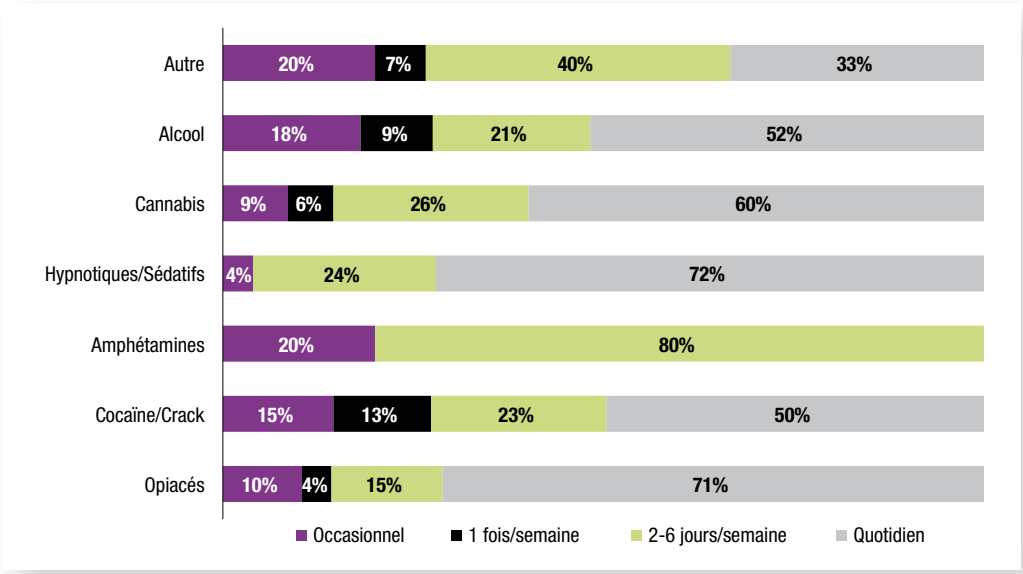


Nombre de non réponses = 2007 (3035), 2008 (2517) et 2009 (2313)

Afin de mieux comprendre ce qui peut amener des personnes ayant un usage occasionnel d'un produit (du moins 30 jours avant l'introduction de la demande) à entamer une demande de traitement pour un problème d'abus ou de dépendance à une substance, nous avons croisé la variable « fréquence d'usage » avec la variable « origine de la demande » pour les données récoltées en 2009. Il ressort de ces analyses que les patients dont l'usage du produit principal est déclaré occasionnel consultent moins fréquemment que les autres sur base de leur propre initiative (27% *versus* 47%). En revanche, ils consultent plus fréquemment sur base d'une injonction de la justice (36% *versus* 14%).

Finalement, nous avons également croisé la fréquence d'usage avec le type de produit principal pour les données 2009 (voir Figure 26). On peut ainsi remarquer que certains produits sont davantage associés à une consommation quotidienne que d'autres. Par exemple, les personnes en demande de traitement pour un problème de consommation d'hypnotiques/sédatifs ou d'opiacés en font très majoritairement un usage quotidien, alors que les personnes en demande suite à une consommation problématique d'amphétamines ont une fréquence d'usage moins élevée. Ces fluctuations peuvent probablement en grande partie s'expliquer par le fait que le pouvoir addictif peut varier d'une substance à l'autre, en particulier en ce qui concerne leur capacité à générer une dépendance physique (laquelle est en l'occurrence très marquée dans le cas des opiacés et des hypno-sédatifs, alors qu'elle est encore controversée dans le cas des amphétamines).

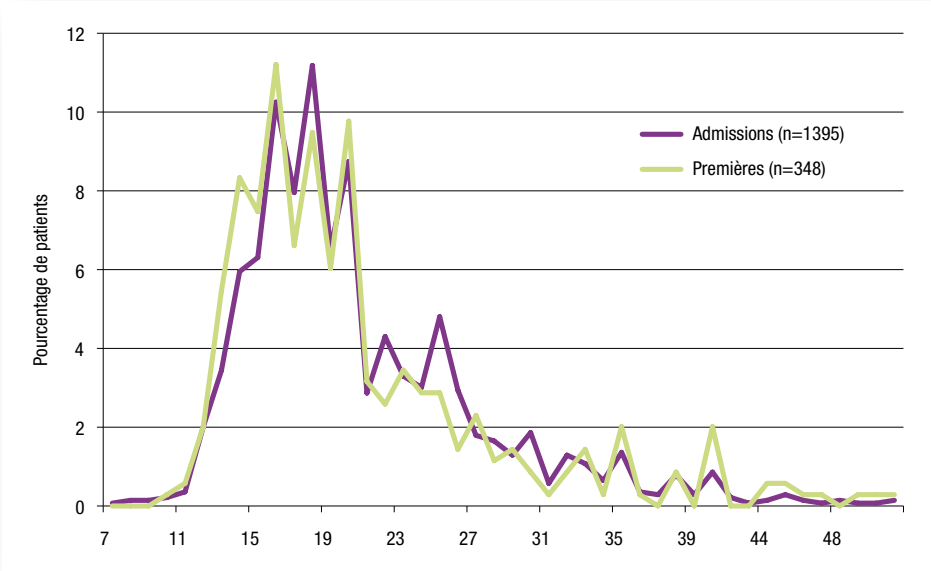
Figure 26 : Fréquence d'usage en fonction du type de produit principal au sein des admissions, Communauté française, 2009



L'âge du premier usage du produit principal

L'âge moyen du premier usage du produit principal dans le groupe des admissions est de 20,7 ans (l'âge médian étant de 19 ans). Ces valeurs sont quasi identiques à celles observées dans le groupe des premières demandes (âge moyen = 20,6 ans ; âge médian = 18 ans). On peut également remarquer sur la figure 27 que la distribution des âges du premier usage du produit principal est sensiblement la même dans les deux groupes.

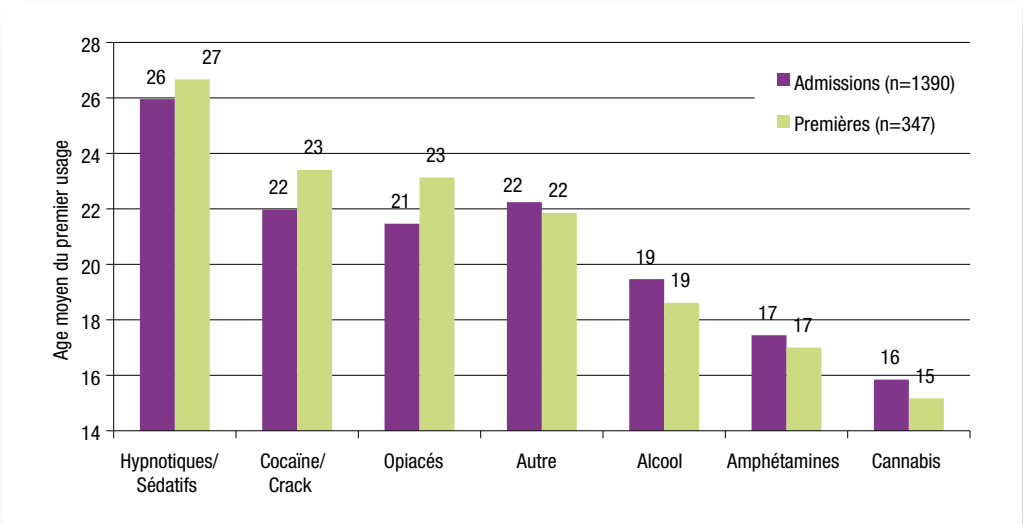
Figure 27 : Age du premier usage du produit principal au sein des admissions et des premières demandes de traitement, Communauté française, 2009



Nombre de non réponses = 2033 (admissions) et 443 (premières demandes)

Il nous semble néanmoins important de noter que l'âge du premier usage du produit principal diffère significativement en fonction du type de produit consommé, et ce tant pour l'ensemble des admissions (F=18.9 ; p<.001) que dans le groupe des premières demandes (F=13.2 ; p<.001). On notera principalement, comme on peut le constater sur la figure 28, que les patients admis pour un problème d'abus ou de dépendance au cannabis, aux amphétamines ou à l'alcool ont globalement initié leur consommation de ces produits plus précocement que les patients admis pour les autres substances.

Figure 28 : Répartition par type de produits de l'âge moyen du premier usage du produit principal au sein des admissions et des premières demandes, Communauté française, 2009



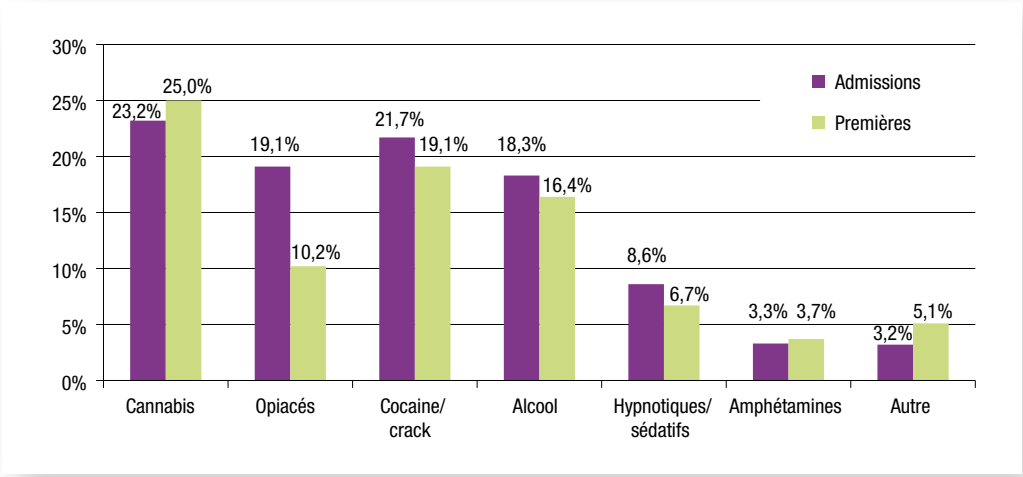
Les produits secondaires

Les produits secondaires sont les substances mentionnées par le patient comme contribuant de manière significative (mais secondaire) à la demande de traitement en cours. Un même patient peut donc mentionner plusieurs produits secondaires.

En 2009, plus de la moitié des patients admis (58,5%) ont mentionné au moins un produit secondaire. Cette proportion est quasi identique dans le groupe des premières demandes en 2009 (56,1%) ainsi que lors des années précédentes. Les produits le plus fréquemment mentionnés sont, par ordre d'importance, le cannabis, les opiacés, la cocaïne/crack, l'alcool, les hypno-sédatifs, les amphétamines, et la catégorie « autres » (qui reprend, pour rappel, les hallucinogènes, les inhalants volatiles, les autres substances psychotropes et enfin les paris/jeux).

La répartition des produits secondaires est assez similaire entre l'ensemble des admissions et les primo-demandeurs. Une différence apparaît toutefois : ces derniers sont proportionnellement moins nombreux à citer les opiacés comme produit secondaire.

Figure 29 : Produits secondaires mentionnés au sein des admissions et des premières demandes de traitement, Communauté française, 2009

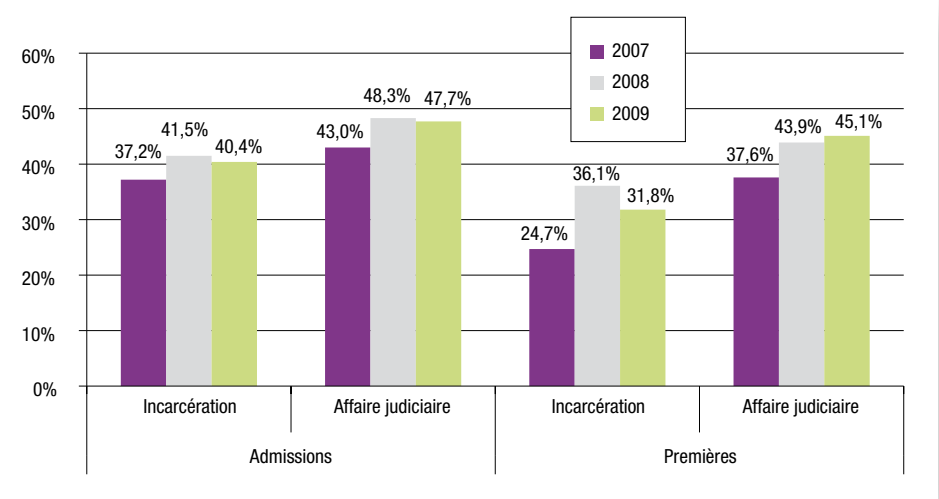


Nombre de patients mentionnant un produit secondaire en 2009: 2005 (admissions) et 444 (premières demandes)
Nombre de patients mentionnant deux produits secondaires : 1005 (admissions) et 181 (premières demandes)
Nombre de patients mentionnant trois produits secondaires ou plus: 574 (admissions) et 94 (premières demandes)

2.2.1.3/g. Antécédents judiciaires

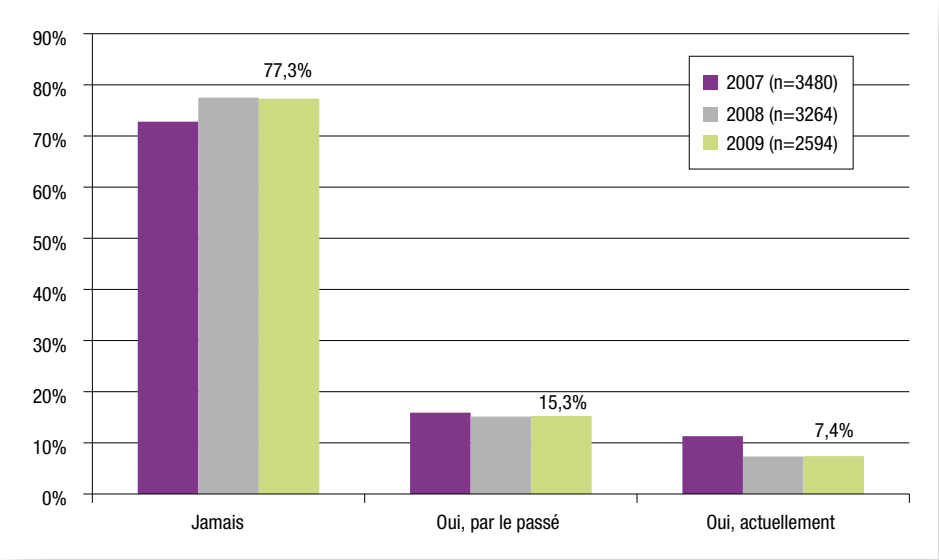
En 2009, 47,7% et 40,4% des demandeurs dont les antécédents judiciaires sont connus ont respectivement déjà été entendus par un juge ou un parquet (« affaire judiciaire »), ou ont déjà eu une expérience d'incarcération dans leur vie. Les patients primo-demandeurs présentent moins fréquemment d'antécédents judiciaires que ce que l'on observe sur l'ensemble des patients admis en demande de traitement, en particulier en ce qui concerne l'incarcération. Ainsi, si on réunit ces deux variables (non visible sur la figure 30) pour l'année 2009, le pourcentage de patients ayant un passé judiciaire est significativement moins élevé dans le groupe des premières demandes que dans le groupe des admissions (45,5% *versus* 54,5% ; $Chi^2=54.82$; $p<.001$).

Figure 30 : Antécédents judiciaires au sein des admissions et des premières demandes de traitement, Communauté française, 2007-2009



Nombre de non réponses pour la variable « incarcération » en 2009: 550 (admissions) et 71 (premières demandes)
Nombre de non réponses pour la variable « affaire judiciaire » en 2009: 524 (admissions) et 62 (premières demandes)

Figure 31 : Comportements d'injection au sein des admissions, Communauté française, 2007-2009



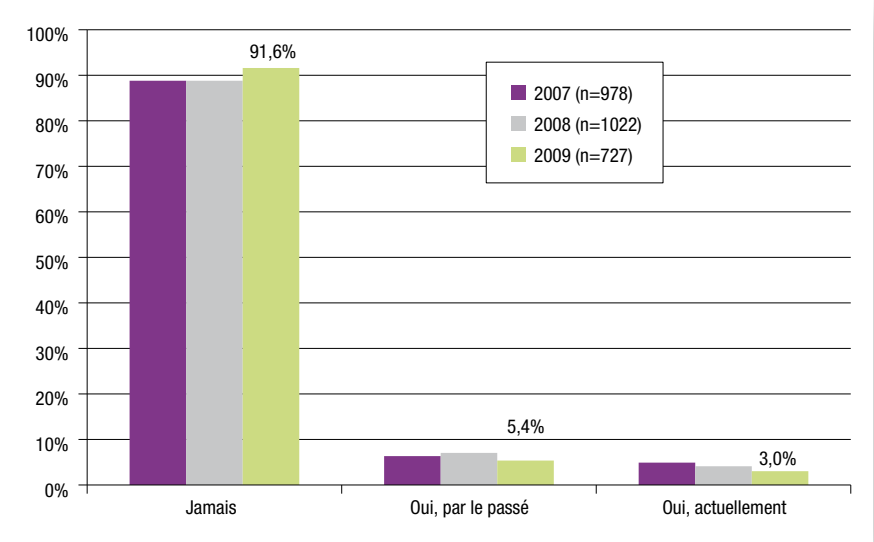
Nombre de non réponses = 2007 (955), 2008 (839) et 2009 (834)

2.2.1.3/h. Comportements d'injection

Nous avons pu voir au point 2.2.1.3/e que 8,4% des demandeurs et 4,1% des primo-demandeurs ayant mentionné leur mode de consommation du produit principal consomment ce produit par injection. Ces données ne reprennent toutefois qu'une partie des patients injecteurs, puisque certains patients peuvent avoir recours à l'injection uniquement pour consommer un produit secondaire. En outre, ces données ne nous renseignent pas la proportion de patients ayant eu recours à des comportements d'injection par le passé.

Sur les figures 31 et 32, nous rapportons la prévalence d'injection actuelle et passée parmi l'ensemble des admissions et des premières demandes enregistrées sur la période 2007-2009. En 2009, un peu moins d'un quart (22,7%) des patients ayant introduit une demande de traitement a déjà eu recours à des comportements d'injection, contre 8,4% des patients primo-demandeurs. Les comportements d'injection sont donc nettement moins fréquents parmi les patients primo-demandeurs, et ce quelle que soit l'année envisagée.

Figure 32 : Comportements d'injection au sein des premières demandes, Communauté française, 2007-2009



Nombre de non réponses = 2007 (207), 2008 (136) et 2009 (64)

2.2.1.3/i. Profils des « premières demandes » selon le produit principal consommé

Le tableau suivant présente de manière résumée une caractérisation des personnes qui ont adressé pour la première fois une demande de traitement en 2009. Nous les avons classées par type de produits consommés principalement, en ne ciblant que les types de produits les plus fréquemment à l'origine de la demande. Certaines des informations présentées dans ce tableau ont déjà été présentées précédemment, mais pas forcément sous l'angle du produit principal[42]. Nous n'en commenterons que quelques aspects marquants.

Les primo-demandeurs qui consomment du cannabis en produit principal sont en moyenne plus jeunes (24,2 ans) et ont initié leur consommation plus précocement (15,2 ans) que les autres demandeurs, tandis que les demandeurs ayant mentionné l'alcool en produit principal ont une moyenne d'âge plus élevée (35,5 ans).

Il ne semble pas y avoir de différence de genre importante selon le type de produit principal consommé, puisque le sexe ratio ne varie que modérément. En revanche, on constate des variations plus importantes en ce qui concerne la nationalité des demandeurs. Ainsi, les patients belges sont proportionnellement plus nombreux au sein de l'ensemble des patients primo-demandeurs dont le produit principal mentionné est le cannabis ou l'alcool.

42. On notera également que certaines variables ont été ici simplifiées ou recodées de manière à augmenter la lisibilité du tableau. En outre, la colonne « Total » porte sur l'ensemble des premières demandes et non uniquement sur la somme des patients primo-demandeurs ayant mentionné comme type de produit principal ceux qui sont repris dans le tableau.

Bien que la plupart des patients (entre 65,7% et 75,7%) vivent dans un logement stable, et ce quel que soit le type de produit principal mentionné, on constate tout de même qu'un quart à un tiers des patients (selon le produit principal mentionné) n'avaient pas de logement ou vivaient en institution ou en prison un mois avant l'introduction de la demande de traitement.

Tableau 21 : Profil des primo-demandeurs selon le type de produit principal consommé, Communauté française, 2009

	Total	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
n	791	274	134	145	169
% des premières demandes	\	34.6	16.9	18.3	21.4
Age					
Moyenne	31.3	31.6	31.9	24.2	35.5
Minimum	14	15	18	14	17
Maximum	71	62	67	53	65
Sexe					
Homme	79.5	81.8	76.7	85.5	77.5
Femme	20.5	18.2	23.3	14.5	22.5
Nationalité					
Belge	72.8	66.4	66.4	83.1	80.6
EU	8.8	10.6	9.2	7	9.7
Hors EU	18.4	23	24.4	9.9	9.7
Logement					
Sans	14.9	27.2	14.5	5.7	10
Avec	68.6	66	69.5	75.7	65.7
Institution	3	1.9	0	6.4	4.8
Prison	12.7	3.7	16	11.4	22.3
Scolarité					
Non scolarisé	3	5.4	2	0.8	3
Primaire	58.7	62.5	54	61.1	57.5
Secondaire	28.1	24.6	36	27	27.6
Supérieur	10.1	7,6	8	11.1	11.9
Source de revenu					
Sans	22.6	28.8	20.2	18	17.7
Travail	24.3	16.7	35.5	24.5	29.7
Conjoint/Famille	8.6	4.2	2.4	26.6	4.4
Chômage	22.5	26.1	21	16.5	23.4
Remplacement*	19.5	20.8	18.5	13.7	22.8
Affaire judiciaire	45.1	35.3	46.8	40.3	61.3
Expérience de prison	31.8	32.1	38	16.7	38.5
Age moyen de la 1ère consommation	20.6	23.1	23.4	15.2	18.6
Comportement d'injection (passé ou actuel)	8.4	18.6	6	0.7	1.9

**Revenus de remplacement : CPAS, mutuelle, allocation pour personnes handicapées.*

Les patients primo-demandeurs sont majoritairement peu scolarisés, mais on ne distingue pas de différences marquantes en fonction du produit principal mentionné, si ce n'est que les patients ayant mentionné un opiacé comme produit principal sont globalement un peu moins scolarisés que les autres.

En ce qui concerne les sources de revenus, on constate que les patients mentionnant les opiacés comme produit principal semblent économiquement moins actifs que les autres. Les patients mentionnant le cannabis comme produit principal sont davantage dépendants financièrement de leur famille, probablement en raison de leur plus jeune âge.

Finalement, et sans surprise, les comportements d'injection (actuels ou passés) sont plus fréquents chez les patients admis pour un problème lié aux opiacés que chez les autres patients.

2.2.2. La morbidité en rapport avec la consommation de drogues

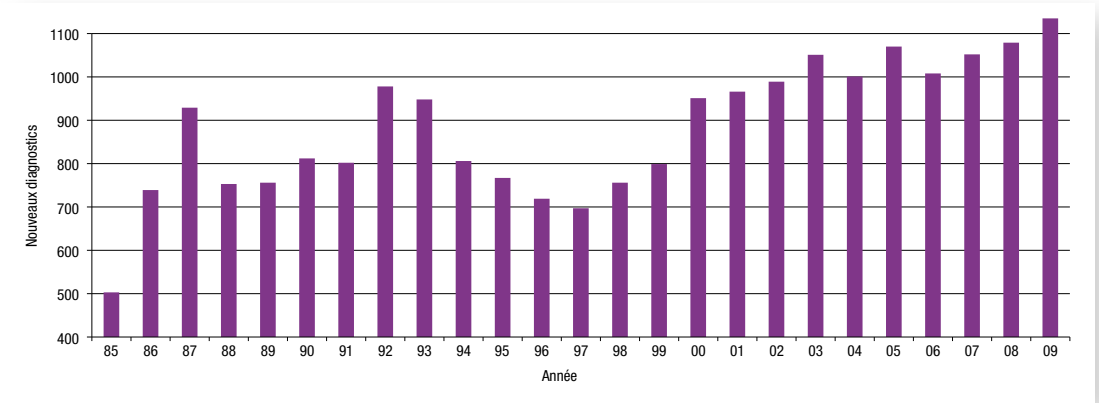
2.2.2.1. L'infection au VIH et aux hépatites B et C

A. Données issues du registre belge des cas séropositifs et des malades du SIDA

En Belgique, sept laboratoires de référence SIDA ont pour mission de réaliser des tests de confirmation sur les échantillons jugés séropositifs lors d'un test de dépistage préalable. Nous rapportons ici (voir Figure 33) le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH confirmés par les analyses réalisées dans ces laboratoires (voir Sasse, Verbrugge, Buziarsist, & Van Beckhoven, 2010).

Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2009, 23.438 personnes ont été diagnostiquées comme étant infectées par le VIH en Belgique. On peut constater qu'après avoir diminué régulièrement de 1992 à 1997, l'incidence de l'infection au VIH a fort augmenté au cours de la période 1997-2003 (+47%). Elle s'est ensuite relativement stabilisée de 2003 à 2009[43]. On notera néanmoins que la plus haute incidence depuis le début de l'épidémie a été observée en 2009, avec 1135 nouveaux cas diagnostiqués au cours de cette année.

Figure 33 : Evolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH : 1985-2009



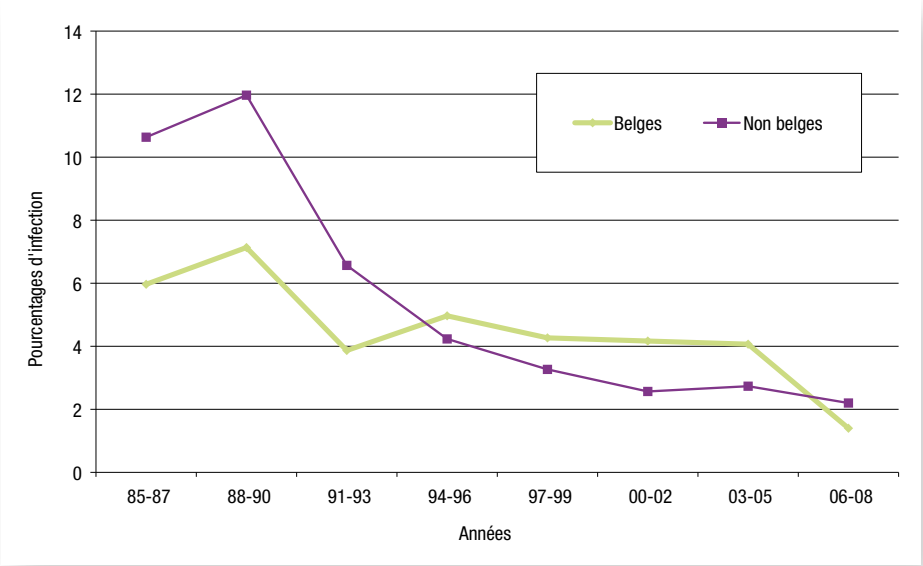
Source : Institut Scientifique de Santé Publique
Note : Pour 1985, il s'agit des cas recensés cette année-là ou antérieurement

43. Pour information, les chiffres absolus des diagnostics d'infection au VIH pour les huit dernières années sont de 951 (2000), 966 (2001), 989 (2002), 1051 (2003), 1001 (2004), 1070 (2005), 1008 (2006), 1052 (2007), 1079 (2008) et 1135 (2009). Il convient de noter ici que ces chiffres subissent chaque année une mise à jour rétroactive en raison de l'indentification tardive de doublons, c'est-à-dire de personnes ayant été erronément comptabilisées à deux reprises. La survenue de ces doublons est liée au fait que l'enregistrement est anonyme et que plusieurs tests de confirmation sont parfois réalisés pour un même patient, ce qui peut engendrer des erreurs de comptabilisation multiple d'un même patient. Cette remarque permet d'expliquer pourquoi certains chiffres rapportés dans le présent rapport ne sont pas toujours identiques à ceux présentés dans nos rapports précédents.

L'âge et le sexe ont pu être précisés pour environ 98,7% des patients diagnostiqués depuis le début de l'épidémie (ce qui correspond à 21.984 patients)[44]. Ces informations sociodémographiques nous enseignent que les diagnostics d'infection au VIH concernent environ 1,7 fois plus d'hommes que de femmes. Chez les hommes, du début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2008, les tranches d'âge les plus touchées sont les 30-34 ans (20,6%), les 35-39 ans (17,8%), et les 25-29 ans (17%), alors que chez les femmes il s'agit des 25-29 ans (24,7%), des 30-34 ans (20,9%) et des 20-24 ans (14,7%).

Entre 2003 et 2009, parmi les modes de transmission les plus fréquemment rapportés chez les patients pour lesquels ces informations ont pu être récoltées, on retrouve, par ordre d'importance, les rapports hétérosexuels (64,4%), les rapports homosexuels (29,2%) et l'injection de drogues par voie intraveineuse (2,3%, seule ou en combinaison avec des rapports homo ou bisexuels). L'importance de ces modes de transmission dans le développement de l'épidémie varie toutefois en fonction de la nationalité (belge *versus* non belges), de l'âge et du sexe des patients[45]. Les pourcentages d'infection liée à l'injection de drogues par voie intraveineuse varient également en fonction du sexe, de l'âge et de la nationalité des patients (les variations observées oscillent entre 1,9% et 8,8%). Les sujets apparemment les plus à risque quant à ce mode d'infection sont, sur l'ensemble de la période évaluée, les femmes belges (8,8%) et les hommes non belges (7,8%).

Figure 34 : Evolution trisannuelle du pourcentage d'infection au VIH en Belgique lié à l'injection de drogues par voie intraveineuse chez les patients belges et non belges.



Source : Institut Scientifique de Santé Publique[46]

En plus de varier en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge et nationalité), l'incidence de l'infection au VIH subit également des variations au cours du temps, et ce pour chaque mode de transmission. Ainsi, comme on peut le voir dans la Figure

44. Le nombre de personnes diagnostiquées séropositives au VIH depuis le début de l'épidémie est en fait compris entre 22.267 et 23.438 parce que pour 1171 cas, il n'a pas été possible d'exclure la possibilité d'un double enregistrement. Ces 1171 cas ne sont donc pas pris en compte dans les calculs présentés dans le rapport.
45. Nous renvoyons le lecteur au rapport annuel 2009 de l'ISSP pour une présentation plus détaillée de ces résultats.
46. Ces données ne sont pas directement visibles dans les rapports de l'ISSP, car nous avons construit cette figure en relevant dans chaque rapport annuel de l'ISSP le pourcentage de cas d'infection lié à l'injection de drogues par voie intraveineuse.

34, le pourcentage d'infections liées à l'injection de drogues par voie intraveineuse diminue continuellement depuis le début des années nonante, et ce tant chez les patients belges que non belges. Il avoisine actuellement 2 pourcent. Cette importante diminution est probablement le fruit du travail sans relâche des associations qui œuvrent dans le domaine de la réduction des risques liés à l'usage de drogues, en promouvant un usage à moindre risques et en favorisant l'accès au matériel stérile d'injection.

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

B. Données issues de l'indicateur « Maladies infectieuses »

Dans le cadre de ses missions européennes, l'asbl Eurotox est chargée de récolter des informations de manière à constituer l'indicateur épidémiologique 'Maladies infectieuses', qui renseigne, pour les patients en demande de traitement pour un problème d'abus ou de dépendance à une substance, leur statut sérologique pour le VIH ainsi que pour les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC). Cet indicateur est récolté sur la même fiche que l'indicateur de demande de traitement (TDI, voir 2.2.1).

Malgré nos efforts, cette récolte n'est hélas que peu développée en Communauté française. La raison principale en est le caractère optionnel de cet indicateur depuis 2002, ce qui laisse ainsi aux intervenants le choix de compléter ou non les données relatives au statut sérologique des patients qu'ils prennent en charge. Le logiciel 'Addibru', qui assure la récolte TDI en région bruxelloise, et l'enquête 'Sentinelles', qui l'assure dans la région de Charleroi, ne permettent d'ailleurs pas actuellement de récolter ces informations. Par conséquent, l'échantillon de patients testés est extrêmement réduit, et pas forcément représentatif de la population des usagers de drogues en demande de traitement en Communauté française. En outre, ces chiffres reprennent à la fois les cas d'infections auto-rapportés par les patients et les cas basés sur un test de laboratoire consigné dans leur dossier médical. Les données que nous allons exposer doivent donc être considérées comme purement indicatives et ne peuvent être directement comparées à celles que nous venons de rapporter précédemment pour l'infection au VIH.

Comme on peut le voir dans le Tableau 22, les patients en demande de traitement ayant effectué un test de dépistage pour ces maladies infectieuses sont peu nombreux (environ 20%). La proportion de patients atteints par le VHC est relativement importante, puisqu'elle correspond à un peu moins d'un quart des patients testés (22.5%). Cette constatation n'est pas étonnante vu les modes de transmission du virus[47] et l'absence actuelle de vaccin préventif. En

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

fait, différentes études entreprises dans les années 90 ont montré que la prévalence de l'hépatite C pouvait avoisiner les 80% chez les usagers de drogues par voie intraveineuse de certains pays occidentaux (e.g. Garfein, Galai, Doherty, et Nelson, 1996 ; Thomas et al., 1995). Ce taux de prévalence semble être toutefois en régression depuis plusieurs années (e.g. Des Jarlais et al., 2005 ; Emmanuelli, Jauffret-Roustide et Barin, 2003 ; Hahn, Page-Shafer, Lum, Ochoa et Moss, 2001), probablement grâce au succès relatif des programmes de prévention et de réduction des risques (en particulier le développement des programmes d'échange de seringues usagées et de distribution de matériels d'injection stérile).

Tableau 22 : Comparaison des profils des patients séropositifs VHC, VHB et VIH, Communauté française, 2008

	VHC	VHB	VIH
Patients testés : n (%)	356 (19.1%*)	343 (18.4%*)	386 (20.7%*)
Patients séropositifs: n (% des patients testés)	80 (22.5%)	39 (16%)	8 (2.1%)
Age : moyenne (min-max)	37 (15-49)	37.5 (21-59)	37 (32-46)
Sexe masculin	70%	77%	75%
Nationalité belge	78.8%	79.5%	62.5%
Logement instable (sans domicile fixe, prison)	40%	25.6%	37.5%
Faibles revenus/sans revenu**	97.5%	94.9%	100%
Affaires judiciaires	72.5%	71.8%	87.5%
Expérience de prison	62.5%	53.8%	75%
Traitement antérieur	88.8%	94.9%	50%
Consommation d'alcool	26.3%	17.9%	37.5%
Consommation de cocaïne	62.5%	66.6%	37.5%
Consommation d'héroïne	87.5%	89.7%	62.5%
Comportements d'injection (passé ou présent)	78.5%	81%	62.5%

** Il s'agit des pourcentages de patients testés par rapport à l'ensemble des patients en demande de traitement en Communauté française (à l'exception de la Région bruxelloise et de la région de Charleroi, car cet indicateur n'y est pas récolté).*

*** La notion de faibles revenus renvoie ici aux patients au chômage ou bénéficiant d'un revenu de remplacement (CPAS/Mutualité/Handicap).*

Néanmoins, l'usage de drogues par voie intraveineuse reste encore actuellement le facteur de risque principal de contraction du VHC, et la prévalence actuelle au sein des usagers de drogues par voir intraveineuse reste somme toute élevée (en Belgique, elle varierait de 47 à 85%, suivant les études ; Matheï, Robaeys, Van Ranst, Van Damme et Buntinx, 2005). En France, environ 70% des nouveaux cas observés chaque année sont clairement liés à l'usage de seringues ou de matériel d'injection contaminés (Médecins du Monde, 2009), ce qui semble correspondre aux chiffres que nous observons, puisque 78,5% des patients infectés au VHC dans notre échantillon consomment ou ont consommé des drogues par voie intraveineuse. Cette transmission élevée chez ce type d'usagers est souvent due au partage de seringues, mais également au partage du matériel d'injection (cuillère, filtre, coton, eau), qui peut aussi être contaminé par le sang d'un usager infecté (voir Hagan et al., 2001 ; Thorpe et al., 2002). Notons que le risque de transmission chez les usagers de drogues par voie nasale

est également relativement élevé en cas de partage du matériel (paille, billet, etc.) servant à priser la substance (voir Martinez et Talal, 2008 ; Tortu, McMahon, Pouget et Hamid, 2004), et ce en raison de la résistance exceptionnelle du virus (plusieurs jours) au contact de l'air. En outre, de récentes études suggèrent qu'il n'est pas exclu qu'une contamination puisse également se produire en cas de partage d'un matériel d'inhalation (pipe à eau, narguilé, pipe à crack ; Macías et al., 2008 ; Tortu et al., 2004).

La proportion de sujets atteints par le VHB parmi les patients testés dans notre échantillon est en revanche plus petite que celle observée pour le VHC (16%). Cette plus faible proportion ne peut *a priori* être attribuée à l'existence d'un vaccin spécifique pour l'hépatite B puisque, dans notre échantillon de 343 patients testés, seulement 6 patients déclarent avoir reçu ce vaccin. Il est donc possible que cette différence soit attribuable aux modes de transmission préférentiels de ces deux virus (par voie sexuelle dans le cas du VHB, et par voie parentérale dans le cas du VHC) et à des différences au niveau des comportements à risques associés. En effet, la prévalence du VHB chez les usagers de drogues par voie intraveineuse est systématiquement moins élevée que celle du VHC (elle varie de 45 à 65% pour le VHB, selon les études ; Garfein et al., 1996 ; Hahn et al., 2001 ; Murrill et al., 2002), ce qui pourrait être dû à un usage plus systématisé du préservatif chez ces usagers comparativement aux comportements à risques liés à l'injection de drogues, lesquels sont encore relativement courants (en particulier l'échange de matériel d'injection ; voir par exemple Bertorelle et al., 2000 ; Sacré, Daumas & Hogge, 2010).

Finalement, la proportion de sujets atteints du VIH parmi les patients testés est très faible (2,1%), ce qui est concordant avec les chiffres rapportés par le registre de l'incidence belge de l'infection au VIH, qui indiquaient que sur la période 2007-2009, environ 2% des patients avaient déclaré avoir contracté le virus suite à l'injection de drogues par voie intraveineuse. La majorité (62.5%) de patients infectés dans notre échantillon sont consommateurs d'héroïne et ont eu recours à des comportements d'injection. Cette proportion d'infection parmi les usagers injecteurs reste toutefois (on peut s'en réjouir) plus petite que celles actuellement rapportées dans une grande partie des pays occidentalisés (voir Mathers et al., 2008, pour une revue).

De manière générale, certains facteurs du tableau 22 (ci-dessus) convergent pour nous apprendre que les personnes dépistées séropositives aux VIH, VHB ou VHC sont majoritairement : de sexe masculin ; dans la trentaine ; de nationalité belge ; consommatrices d'héroïne (avec comportements d'injection passé ou présent) ; et enfin n'en sont pas à leur première demande de traitement pour une consommation problématique d'une ou plusieurs substances. Ces personnes ont souvent un passé carcéral et/ou ont été entendues par un juge ou un parquet, et elles sont majoritairement sans ou à faible revenu. Enfin, une proportion non négligeable de ces usagers est sans domicile fixe ou réside la plupart du temps en prison.

Même si elles sont en baisse, les proportions d'usagers de drogues atteints par une de ces maladies infectieuses sont telles qu'il parait nécessaire de continuer, voire de renforcer/adapter, les programmes de sensibilisation, de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues, en particulier au niveau des groupes à risque dépeints par ce profil (e.g. trentenaires masculins et « marginalisés »). En effet, les résultats de la dernière enquête sur l'usage de drogues dans les prisons belges (Todts et al., 2009 ; voir aussi chapitre 2 du présent rapport), ainsi que les opérations « boule-de-neige » (voir Chapitre 3) nous apprennent que, même si les risques

liés au partage de seringues sont désormais mieux connus des usagers, un nombre encore élevé de ceux-ci ne sait pas (ou « oublie » temporairement) que le partage du matériel d'injection (cuillère, filtre, coton, eau) comporte également des risques de contamination. En outre, une proportion non négligeable d'usagers y rapportaient avoir adopté des comportements à risques (échange de seringues ou de matériel usagé, etc.) alors qu'ils possèdent des connaissances exactes des comportements à risques en la matière[48]. Enfin, les risques de contamination du virus de l'hépatite C par un partage du matériel d'inhalation ou de sniff sont probablement très peu connus. Un autre point inquiétant des données que nous rapportons, qui justifie également des programmes de réduction des risques plus ciblés envers les personnes présentant une hépatite, mérite d'être mentionné : la proportion relativement élevée de consommateurs d'alcool parmi ces patients.

2.2.2.2. La tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse d'origine bactérienne qui est susceptible de toucher tous les organes du corps humain. On distingue deux formes de tuberculose : la forme latente et la forme active. On parle de tuberculose latente lorsqu'une personne est infectée mais que son système immunitaire combat efficacement l'infection, et de tuberculose active lorsque les bacilles se sont développés à tel point que la maladie s'est effectivement déclarée et que des symptômes apparaissent. Le passage d'une tuberculose latente à une tuberculose active peut être précipité par différents facteurs « favorisants » (voir tableau 23).

La tuberculose pulmonaire reste la forme la plus fréquente (72,6% des cas en Belgique pour l'année 2008), notamment en raison de son caractère éminemment contagieux (transmission par voie aérienne). Actuellement, la tuberculose survient de manière préférentielle dans les milieux sociaux défavorisés (sans-abris, détenus, toxicomanes), ainsi que parmi les immigrants de pays à haute prévalence de la maladie (dont font souvent partie les demandeurs d'asile et les illégaux). Cette maladie se concentre plus particulièrement dans les grandes villes, où ces populations à risques sont majoritairement rassemblées.

En Communauté française de Belgique (Région wallonne et Bruxelles) et pour l'année 2008, 570 patients ont été déclarés tuberculeux (1006 patients pour l'ensemble de la Belgique). On a pu identifier chez certains de ces patients (environ 32,3% des cas en Communauté française) différents facteurs ayant pu favoriser la déclaration de la maladie suite à leur infection. Les facteurs favorisants les plus fréquemment cités en 2008 dans le registre belge de la tuberculose[49]

48. Il convient en effet de remarquer qu'une connaissance des risques ne suffit pas forcément à empêcher la survenue de comportements à risques chez les usagers, en particulier lorsqu'ils sont en situation de manque ou sous l'effet d'un produit susceptible de biaiser leur jugement et leur prise de décision. Certaines études neuropsychologiques suggèrent d'ailleurs qu'un des effets dévastateurs (et possiblement irréversible) de certains produits hautement addictifs (cocaïne, héroïne et alcool, principalement), lorsqu'ils sont consommés chroniquement, est de biaiser systématiquement les prises de décisions lorsque des récompenses immédiates (plaisir, argent, drogue, etc.) sont disponibles, et ce même lorsque les usagers ne sont pas sous l'effet du produit ou en situation de manque. On parle alors de "myopie" envers le futur, provoquant des prises de décision préjudiciables à plus long terme (voir Bechara, 2005, pour une revue). Les auteurs de ces travaux estiment en outre que ces biais sont impliqués dans le maintien des comportements addictifs et sont responsables des difficultés qu'éprouvent les usagers à maintenir durablement leur abstinence, en particulier lorsque le « craving » (envie irrésistible de consommer alors que l'on est abstinent) se manifeste. Ces processus décisionnels déficitaires ont pu être mis en relation avec un dysfonctionnement au niveau de certaines régions du cortex préfrontal (voir par exemple Bechara et al., 2001 ; Bolla et al., 2003).
49. Registre Belge de la Tuberculose 2008, FARES. Ce registre ne reprend que les cas de tuberculose active (maladie déclarée), car il n'existe pas à l'heure actuelle de données belges sur la prévalence d'infection tuberculeuse latente. Notons par ailleurs que plusieurs facteurs « favorisants » (i.e. favorisant la déclaration de la tuberculose après qu'elle ait infecté le patient) peuvent coexister

(voir tableau 23) sont l'alcoolisme chronique (10,4% des cas), la dénutrition (7,7% des cas) et l'infection au VIH (6,3% des cas). La toxicomanie par injection n'est quant à elle citée que pour 2,5% des cas pour cette même année.

Tableau 23 : Patients présentant au moins un facteur favorisant le développement de la tuberculose, Communauté française, 2008

	Région de Bruxelles		Région wallonne		Communauté française	
	N	%	N	%	N	%
VIH+ (séropositifs)	26	8,6	10	3,7	36	6,3
Insuffisance rénale	6	2	5	1,9	11	1,9
Traitement immunosuppressif	13	4,3	15	5,6	28	4,9
Pneumoconiose (silicose)	1	0,3	12	4,5	13	2,3
Diabète	10	3,3	13	4,9	23	4
Toxicomanie IV (par voie intraveineuse)	8	2,6	6	2,2	14	2,5
Alcoolisme chronique	25	8,3	34	12,7	59	10,4
Lésions fibrotiques RX thorax	14	4,6	21	7,9	35	6,1
Dénutrition	13	4,3	31	11,6	44	7,7
Cancer cou/tête, leucémie, lymphome Hodgkin	6	2	8	3	14	2,5
Total des facteurs favorisants mentionnés	**122**		**155**		**277**	
Total des patients avec au moins 1 facteur favorisant	**84**	**27,7**	**100**	**37,5**	**184**	**32,3**
Total des patients déclarés tuberculeux en 2008	**303**		**267**		**570**	

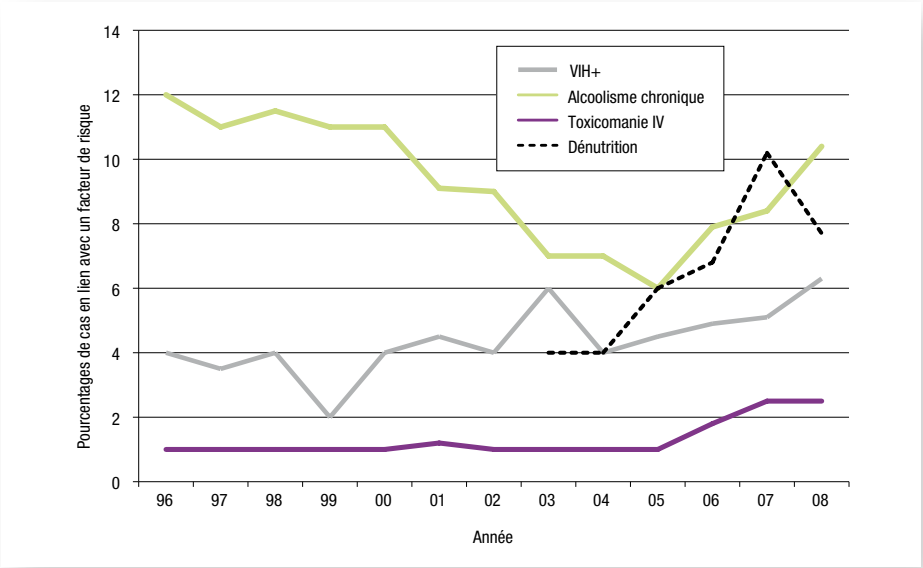
Source : FARES

Dans la figure 35, nous présentons l'évolution des pourcentages de cas de tuberculose active ayant pu être mis en relation avec les quatre facteurs favorisants les plus intéressants pour notre propos[50]. On peut remarquer que le pourcentage de cas présentant un alcoolisme chronique a été décroissant jusqu'en 2005, alors que le pourcentage de patients porteurs du VIH ou ayant recours à l'injection de drogues par voie intraveineuse a été plutôt stable. Dans l'ensemble, on remarque toutefois que les pourcentages de patients présentant ces différents facteurs favorisants sont en nette augmentation depuis 2004-2005. Nous n'avons, à l'heure actuelle, pas d'explication claire à donner à cette évolution.

chez un même patient. Ces facteurs favorisants doivent être distingués des facteurs de risques de contraction de l'infection, comme par exemple la fréquence de contacts avec une personne contaminée ou encore les conditions d'habitation. En outre, pour un patient donné, on ne peut pas prouver que tous les facteurs favorisants identifiés ont effectivement contribué au développement de la maladie.

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

Figure 35 : Evolution belge des pourcentages de cas en lien avec un facteur favorisant



Source : FARES

2.2.3. La mortalité en rapport avec la consommation de drogues

2.2.3.1. Mortalité en région de Bruxelles-capitale

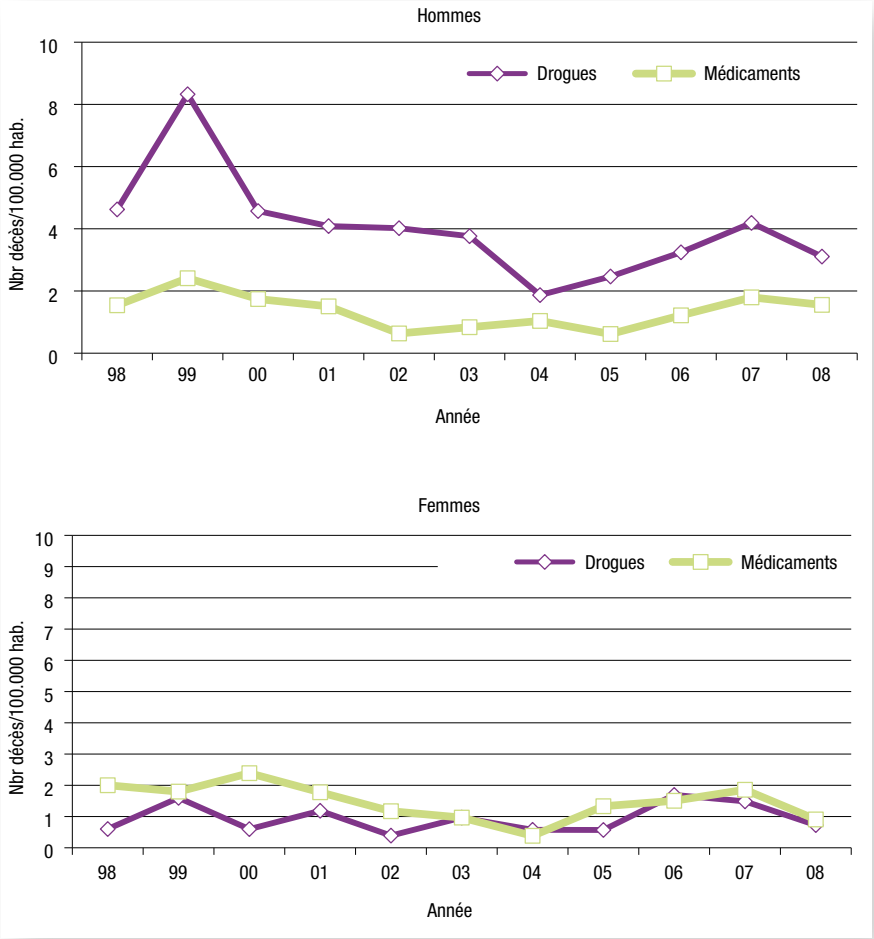
Dans la Figure 36, nous présentons l'évolution annuelle des taux de mortalité masculine et féminine liés à l'usage de drogues et de médicaments psychotropes observés au sein de la population de la région de Bruxelles-Capitale. Ces données nous ont été transmises par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, sur base de la cause principale (initiale) de mortalité figurant sur le certificat de décès.

Le taux de mortalité correspond ici au nombre de décès observés sur une population de 100.000 habitants. Le terme « drogues » couvre l'ensemble des substances suivantes: opiacés (héroïne, méthadone, morphine, etc.), stimulants (cocaïne, amphétamines, MDMA, etc.), hallucinogènes (LSD, mescaline, etc.) et cannabis. Les décès liés à l'alcool ne sont donc pas pris en compte dans ces statistiques. Le terme « médicaments psychotropes » correspond quant à lui à l'ensemble des produits suivants : hypno-sédatifs (benzodiazépines, hypnotiques, barbituriques, etc.), anti-épileptiques et autres médicaments psychotropes non classés ailleurs. Enfin, les décès répertoriés couvrent à la fois les cas d'intoxications létales intentionnelles et accidentelles, mais également les cas de décès imputables à des troubles mentaux ou comportementaux liés à l'usage d'un produit.

Une comparaison des deux figures montre clairement que le taux de décès est globalement plus important chez les hommes que chez les femmes. Cette différence est probablement à mettre en relation avec le fait que les hommes sont plus enclins que les femmes à consommer des substances psychoactives et à développer subséquemment des problèmes d'abus ou de dépendance (voir par exemple Lynch, Roth et Caroll, 2002 ; OEDT, rapport annuel 2008), ce qui les expose *ipso facto* davantage aux risques de mortalité associés. Toutefois, alors que le taux de

décès lié à l'usage de drogues est plus important chez les hommes que chez les femmes, celui lié à l'usage de médicaments psychotropes est sensiblement équivalent entre les deux groupes. Cette absence de différence peut s'expliquer par le fait que la tendance des hommes à davantage s'exposer que les femmes aux risques d'overdose mortelle est contrebalancée par la tendance des femmes a avoir plus souvent recours que les hommes aux médicaments lorsqu'elles envisagent de mettre un terme à leur existence (e.g. Raja, M., et Azzoni, A., 2004 ; Rhodes et al., 2008 ; Värnik et al., 2008).

Figure 36 : Evolution des taux de décès liés à l'usage de drogues et médicaments psychotropes chez les hommes et les femmes, Bruxelles-Capitale, 1998-2008.



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles.

En ce qui concerne les hommes, on constate une diminution globale du taux de décès entre 1999 et 2004, alors que la tendance s'inverse à partir de 2005, et ce tant pour les décès liés à l'usage de drogues que pour ceux liés à l'usage de médicaments psychotropes. Néanmoins, en 2008, le taux de décès est à nouveau en phase descendante, et ce pour ces deux types de produits. Le taux de décès reste en outre plus important pour l'usage de drogues que pour celui de médicaments psychotropes sur cette période. Finalement, on constate un pic important de mortalité lié à l'usage de drogues chez les hommes pour l'année 1999. Ce pic est en fait dû à une augmentation des décès liés à la consommation d'opiacés, mais nous n'avons pu

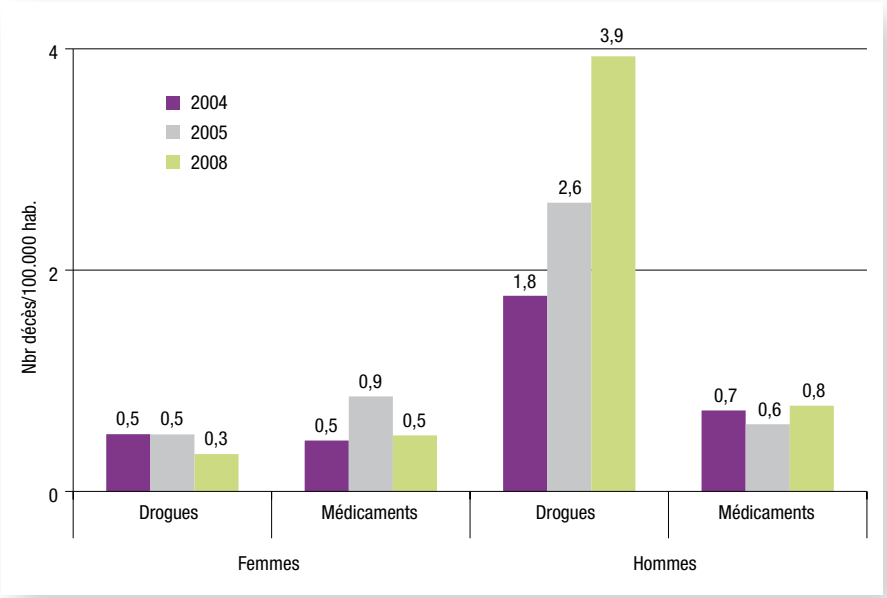
trouver d'explication plausible à ce phénomène dans l'historique des alertes précoces lancées au cours de cette année (produit de coupe potentialisant les risques de dosage létal, héroïne anormalement pure, etc.). Notons toutefois que ce pic de mortalité n'a pas été observé en France (voir Lopez, Martineau et Palle, 2004), et que nous n'avons pu déterminer s'il fut limité à la région de Bruxelles en Belgique.

En ce qui concerne les femmes, on constate que les taux de décès liés à l'usage de drogues et de médicaments psychotropes sont beaucoup plus stables dans le temps. On notera toutefois une légère baisse de ces deux indicateurs entre 1998 et 2004, avec une petite tendance à la hausse ces dernières années (hormis en 2008, pour laquelle année on observe à nouveau une phase descendante. Contrairement à ce que l'on observait pour les hommes, on constate que le taux de décès est globalement plus important pour l'usage de médicaments psychotropes que pour celui de drogues, mais cette différence reste peu marquée. En outre, on ne constate pas, chez les femmes, le pic important de mortalité lié à l'usage de drogues observé chez les hommes pour l'année 1999.

2.2.3.2. Mortalité en Communauté française (hors région Bruxelles-capitale)

Nous disposons depuis peu des données de mortalité émises par la Communauté française, mais uniquement pour les années 2004, 2005 et 2008, et elles ne comprennent que les décès enregistrés en Région wallonne. Nous n'avons pu malheureusement directement les comparer aux données récoltées en Région bruxelloise, parce que certains critères de sélection des produits ne sont pas les mêmes (en particulier, les données Communauté française comprennent davantage de produits classés comme médicaments mais qui en fait ne sont pas véritablement des médicaments psychotropes). Nous tenterons néanmoins de les harmoniser ultérieurement.

Figure 37 : Evolution des taux de décès liés à l'usage de drogues et médicaments psychotropes chez les hommes et les femmes, Région wallonne, 2004, 2005 et 2008.



Source : Communauté française

Comme on peut l'observer sur la figure 37, le taux de décès liés à l'usage de drogues est globalement plus important chez les hommes que chez les femmes, alors qu'il est sensiblement équivalent pour les médicaments, comme on l'observe au niveau des données de mortalité de la région de Bruxelles-capitale. Ce pattern de résultats peut donc s'expliquer de la même manière. On observe également une augmentation du taux de décès liés aux drogues chez les hommes de 2004 à 2008.

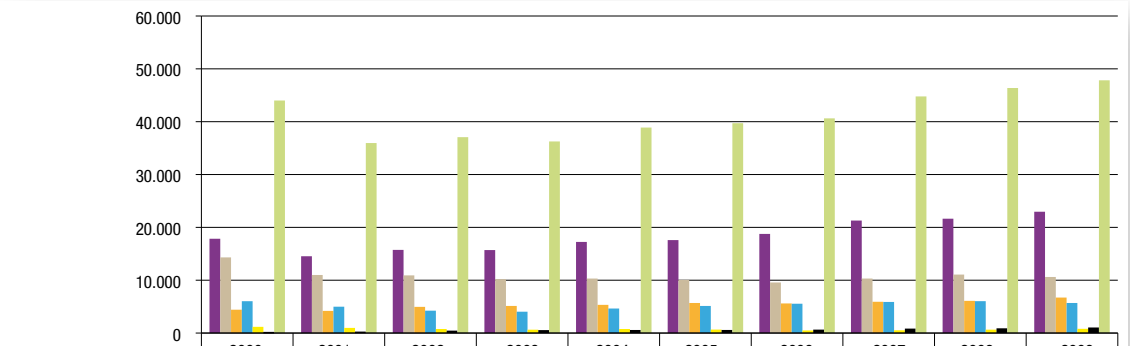
2.3. Les conséquences sociales

2.3.1. Données recueillies par les forces de l'ordre

Nous présentons dans ce sous-chapitre les chiffres concernant la criminalité enregistrée (les infractions pour lesquelles un procès-verbal a été dressé, soit des infractions accomplies et des tentatives d'infractions). Les données proviennent des statistiques policières de criminalité.

Les données présentées dans les graphiques suivants font partie des nouvelles statistiques mises à disposition par la police fédérale. Des adaptations techniques ont été apportées par rapport aux données des années précédentes.

Figure 38 : Criminalité enregistrée, infractions liées aux stupéfiants en Belgique.



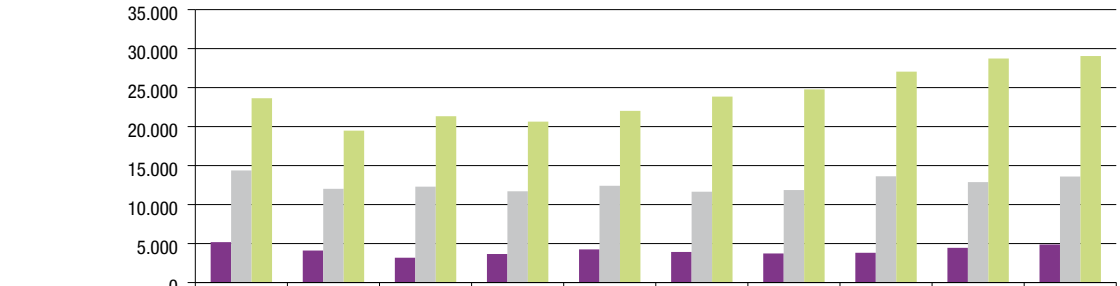
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Détention	17.847	14.535	15.738	15.704	17.245	17.592	18.761	21.290	21.640	22.959
Usage	14.317	10.989	10.914	10.192	10.315	10.059	9.570	10.315	11.067	10.612
Commerce	4.418	4.193	4.956	5.130	5.336	5.689	5.604	5.919	6.093	6.716
Importation et exportation	6.028	4.988	4.234	4.040	4.643	5.129	5.550	5.886	6.033	5.689
Autres	1.176	976	769	635	767	657	493	526	643	801
Fabrication	221	277	459	558	583	586	651	844	898	1.053
total	44.007	35.958	37.070	36.259	38.889	39.712	40.629	44.780	46.374	47.830

Source: Police fédérale, voir : http://www.polfed-fedpol.be/crim/crim_stat_fr.php

Les statistiques des infractions liées aux stupéfiants doit être interprétées avec prudence. Les fluctuations que l'on observe dans les chiffres de la criminalité peuvent avoir pour origine une augmentation ou une diminution réelle de certaines formes de criminalité, mais peuvent toutefois être le reflet d'autres éléments, comme les modifications de la nomenclature sur différentes années, les modifications de la politique de sécurité aux niveaux fédéral et local, les nouvelles

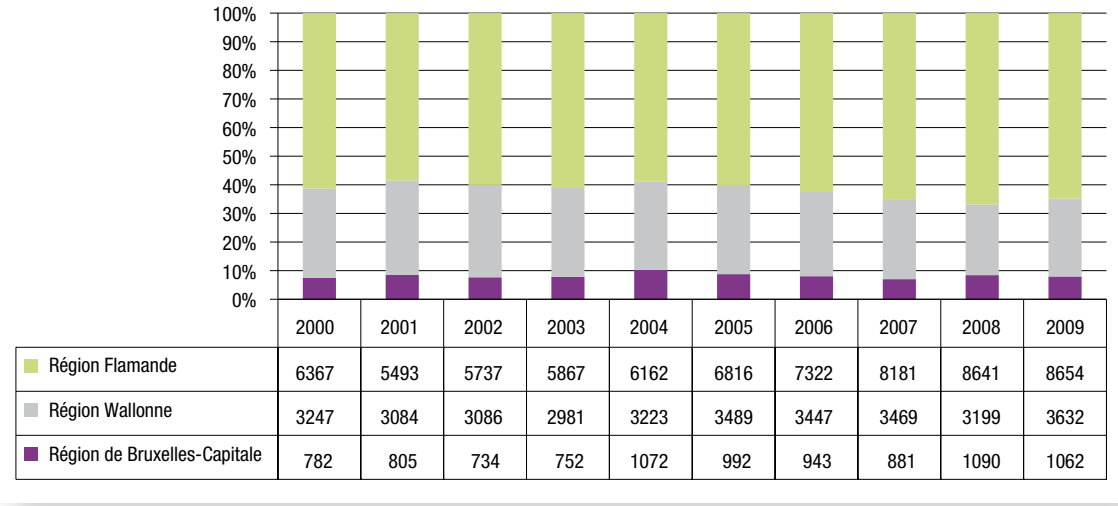
procédures: PVs simplifiés, enquête policière d'office (EPO), la disposition à signaler de la population, la disposition à enregistrer de la part de la police et la politique d'autres instances (p. ex: sociétés d'assurances).

Figure 39 : Nombre annuel d'infractions liées aux stupéfiants, par région, de 2000 à 2009



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bruxelles-Capitale	5.183	4.107	3.185	3.661	4.252	3.924	3.731	3.819	4.454	4.882
Région Wallonne	14.376	12.021	12.298	11.704	12.410	11.649	11.864	13.627	12.879	13.596
Région Flamande	23.635	19.480	21.328	20.635	22.015	23.846	24.774	27.046	28.729	29.048

Figure 40 : Nombre annuel d'infractions liées au trafic, par région, 2000-2009



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Région Flamande	6367	5493	5737	5867	6162	6816	7322	8181	8641	8654
Région Wallonne	3247	3084	3086	2981	3223	3489	3447	3469	3199	3632
Région de Bruxelles-Capitale	782	805	734	752	1072	992	943	881	1090	1062

En ce qui concerne la criminalité enregistrée, on peut également présenter une comparaison par régions des infractions liées au trafic (importation, exportation, fabrication, commerce). On observe une certaine stabilité dans les proportions du trafic enregistré dans chaque région. La Région flamande est en tête avec environ 60% du trafic enregistré.

2.3.2 Accidents de la route

2.3.2.1. Sécurité routière et alcool

Tableau 24 : Nombre de conducteurs et de piétons victimes d'un accident en fonction du résultat du test d'alcoolémie - 2008

2008	Conducteurs et piétons			
Test d'alcoolémie	**Total victimes**	**décédés 30 jours**	**blessés graves**	**blessés légers**
Total	51.309	791	5.295	45.223
Non pratiqué	18.581	169	2.008	16.404
Refusé par le conducteur	101	0	6	95
Positif	3.258	0	174	3.084
Négatif	22.566	2	975	21.589
Inconnu	6.803	620	2.133	4.051

Source : Ministère des Affaires Economiques, Institut National de Statistiques, B. Kestemont, communication personnelle

Les proportions sont assez stables depuis quelques années. Sur un total de 52.664 personnes impliquées dans ces accidents de roulage en 2007, 29.728 se sont vues proposer le test d'alcoolémie. Sur les 29.629 qui l'ont accepté, les personnes avec un test d'alcoolémie positif représentent 5,3% de l'ensemble. On rappellera toutefois que les statistiques de l'IBSR, qui ne tiennent pas compte des piétons impliqués, signalent généralement un taux de présence d'alcool dans les accidents approchant les 10%.

2.3.2.2. Sécurité routière et drogues

Tableau 25 : Nombre de conducteurs victimes suivant leur état (ivresse, influence de médicaments…)* - 2008

			Nombre de conducteurs victimes		
ETAT	**TOTAL**	**%**	**Décédés 30 jours****	**Blessés graves**	**Blessés légers**
Total	27541	100	46	2265	25230
Normal	24103	88	37	1854	22212
Ivresse manifeste	2816	10	5	262	2549
Sous l'influence de médicaments ou drogues	66	0		9	57
Malaise, fatigue	556	2	4	140	412

**N= les conducteurs qui ont été testés/évalués; ne comptent donc pas les délits de fuites et les tests non pratiqués/états non évalués.*
*** Décédés 30 jours = tués sur place + mortellement blessés.*
Source : Ministère des Affaires Economiques, Institut National de Statistiques, B. Kestemont, communication personnelle.

Comme les chiffres de 2008 concernant la consommation d'alcool au volant viennent de nous être communiqués (voir tableau 24), nous reproduisons exceptionnellement le tableau

reprenant les chiffres de la même année en ce qui concerne la consommation de drogues, médicaments et alcool chez les conducteurs victimes d'accidents, bien que nous ayons déjà été en mesure de publier ces chiffres l'an passé. Les chiffres 2009 ne sont hélas pas encore disponibles à l'heure de la rédaction de ces lignes. Rappelons toutefois que ces données sont très stables d'année en année, et qu'elles montrent une catégorie « ivresse manifeste » d'environ 10%, toujours nettement plus fournie que la catégorie « sous l'influence de médicaments ou drogues ».

2.3.3. Disponibilité et offre

2.3.3.1. Les saisies en Belgique

Le tableau 26 présente le nombre de saisies (ainsi que les quantités associées, exprimées en kilogrammes) enregistrées annuellement pour chaque produit par la Police Fédérale Belge. Ces données ne permettent évidemment d'appréhender que de manière indirecte la disponibilité de ces substances sur le territoire belge, puisque ne sont consignés que les résultats positifs de contrôles et enquêtes. En outre, les variations annuelles de ces chiffres ne reflètent pas forcément des fluctuations de disponibilité, puisque ces variations peuvent parfois s'expliquer par des modifications du contexte politique et des stratégies de poursuite (e.g. la récente « tolérance » envers les petites infractions au cannabis) ainsi que par d'occasionnelles saisies « exceptionnelles » ou encore les moyens policiers alloués. Il serait en outre intéressant de pouvoir pondérer ces chiffres de saisies en fonction du nombre de perquisitions réalisées annuellement, ce que nous ne connaissons malheureusement pas.

Tableau 26 : Nombre et quantités des saisies opérées en Belgique, Police Fédérale Belge, 2005-2009

Année	2005		2006		2007		2008		2009	
	Nombre de saisies	Quantité saisie (kg)	Nombre de saisies	Quantité saisie (kg)	Nombre de saisies	Quantité saisie (kg)	Nombre de saisies	Quantité saisie (kg)	Nombre de saisies	Quantité saisie (kg)
Cannabis résine	4492	6394	1659	10481	5870	58545	4921	1529	6206	18660
Cannabis herbe	\	5058	4901	4563	19196	12759	16831	4891	22274	4486
Cannabis plants*	456	83113	209	110368	466	148251	666	115040	732	143311
Héroïne	3505	270	619	176	2850	549	2307	63	3054	275
Cocaïne	2225	9228	935	3946	3656	2470	3345	3852	4021	4605
Amphétamines	3976	175	867	119	2767	484	2646	411	2944	49
Ecstasy*	\	2547874	582	482904	1798	541245	1412	162821	921	31025
LSD*	3	855	1	120	1	1	\	\	\	

** Il s'agit du nombre de plantes saisies pour le cannabis plants et du nombre de doses saisies pour l'ecstasy et le LSD, alors que pour les autres produits les quantités saisies sont exprimées en kg.*

2.3.3.2. Le prix des drogues en Belgique

Chaque année, l'OEDT sollicite les différents points focaux des pays membres afin de récolter des informations sur le prix des drogues. En Belgique, Eurotox est le seul sous-point focal qui contribue à cette récolte. En effet, nous avons mis en place une centralisation de données sur les prix des drogues « en rue » fournis par différents partenaires (travailleurs de rue, comptoirs d'échange de seringues, intervenants en milieu festif, Infor-Drogues). Il s'agit concrètement de récolter des informations sur le prix des produits achetés par les usagers pour leur consommation personnelle et non pour la revente (d'où l'appellation « en rue »). Ces données sont en outre complétées par celles de la Police Fédérale, issues des saisies annuelles. Grâce à la synthèse de ces deux sources d'information, nous sommes en mesure de fournir une estimation relativement précise du marché du prix des drogues en Belgique[51].

Année de collecte de données	depuis 1999 (données de la Police fédérale), depuis 2004 (données d'Eurotox)
Type d'étude	▪ synthèse des prix des drogues issues des saisies policières ▪ collecte des prix des drogues en rue auprès des usagers via les dispositifs d'échange de seringues, les travailleurs de rue et le milieu festif, Infor-Drogues, etc. (Eurotox)
Objet primaire	▪ analyse géopolitique des tendances (Police Fédérale) ▪ monitoring et vision santé publique (Eurotox)
Population cible	▪ ensemble des contrevenants pour faits de drogues (Police Fédérale) ▪ usagers de drogues (Eurotox)
Echantillon d'étude	▪ pas d'application pour la Police ▪ 10 à 20% des personnes rencontrées par les partenaires d'Eurotox
Taux de réponse	▪ Non estimé
Couverture	▪ Belgique pour les données de la Police Fédérale ▪ Communauté française pour Eurotox
Distribution d'âge	▪ Pas d'application
Instrument d'investigation	▪ synthèse des informations pour la Police Fédérale ▪ questionnaire pour Eurotox

A) Le prix des drogues estimé à partir des saisies policières

Le tableau 27 montre l'évolution du prix des drogues tel qu'estimé à partir des saisies effectuées par la Police Fédérale[52]. D'un point de vue méthodologique, il s'agit de données agrégées au départ des informations contenues dans les rapports de police communiqués au Service Central Drogues de la Police Fédérale tout au long de l'année civile et sur l'ensemble du territoire belge. Il s'agit, plus précisément, du prix de vente et d'achat (estimé en euros) déclaré respectivement par les dealers et les consommateurs lors de leur interrogatoire.

51. Il convient toutefois de noter que les données issues des saisies policières couvrent l'ensemble de la Belgique alors que les données fournies par l'enquête Eurotox sont limitées à l'ensemble de la Communauté française.
52. On notera que les données des années 2002 et 2004 ne sont pas disponibles.

Tableau 27 : Evolution historique du prix moyen des drogues en Belgique (prix estimés à partir des saisies policières), Police Fédérale Belge, 2001– 2009

	2001	2003	2005	2006	2007	2008	2009
Cannabis résine (1 gramme)	7.3 (3.7-12.5)	5.5 (4-7)	6 (2.5-20)	6.65 (2-18.66)	6.53 (2-12)	7.35 (3-15)	6.96 (4-12)
Cannabis herbe (1 gramme)	7.9 (3.7-12.5)	5 (1-10)	5.75 (2.5-17)	5.38 (1.0-13.33)	5.97 (2-12.5)	6.98 (2.6-25)	7.15 (3-12.5)
Héroïne* (1 gramme)	30.7 (12.5-50)	25.5 (9-50)	24.71 (9-50)	26.1 (6.66-60)	24.98 (10-60)	24.58 (5-50)	23.53 (10-50)
Cocaïne (1 gramme)	53.4 (42.2-64.6)	44.5 (10-75)	50.32 (25-100)	48.04 (20-75)	48.23 (20-100)	49.28 (5-87)	50.86 (10-100)
Amphétamines (1 gramme)	11.9 (9.4-14.4)	10 (3-20)	9.85 (5-20)	8.53 (3.61-20)	10.52 (3-25)	7.61 (1.5-20)	9.84 (2.8-25)
Ecstasy (1 dose)	6.3 (3.7-13.1)	5.5 (2-13)	4.21 (0.3-20)	3.31 (0.5-10)	4.01 (1-10)	3.62 (1.1-10)	3.80 (1-10)
LSD (1 dose)	8.7 (7.4-9.9)	10 (7-13)	/	6.5 (2-10)	8.33 (5-10)	8.25 (6.5-10)	/

Note : Les prix sont exprimés en euros. A titre indicatif, nous avons également mis entre parenthèses les prix les plus bas et les plus hauts mentionnés par les personnes interpellées (min-max).

** La police fédérale n'opère plus de distinction entre héroïne brune et blanche depuis 2006. Ainsi, les données des années 1999-2005 correspondent au prix de l'héroïne brune (de loin plus disponible sur le marché que l'héroïne blanche), alors que depuis 2006, il s'agit du prix de l'héroïne quelle qu'en soit la couleur.*

On peut remarquer que les prix de ces produits, tels que déclarés par les contrevenants, subissent de légères fluctuations en dents de scie, tout en restant relativement stables au cours du temps. Ces fluctuations sont probablement (en partie) imputables aux variations de l'offre et de la demande, elles-mêmes liées au rapport entre le flux de production et les quantités saisies. Ces prix sont en outre le reflet de moyennes nationales, et ils peuvent bien évidemment varier en fonction de la localisation géographique. Ainsi, et de manière générale, le prix de vente d'un produit sera moins élevé s'il se trouve à proximité de son lieu de production (par exemple, un laboratoire clandestin) ou de son lieu d'acheminement (par exemple, le port d'Anvers). Les prix déclarés peuvent également varier annuellement en fonction des proportions respectives des différents types de contrevenants (« grossiste » *versus* petit dealer local), que nous ne connaissons malheureusement pas.

Ces remarques étant faites, on peut constater que la cocaïne reste encore actuellement la drogue la plus chère (quasiment 51 euro/gramme). L'ecstasy est quant à lui à nouveau le produit le moins cher (3.80 euro/unité) parmi ceux recensés[53]. On notera une tendance à l'augmentation du prix du cannabis ces dernières années, en particulier en 2008-2009. Les prix de l'héroïne, de la cocaïne et de l'ecstasy sont relativement stables depuis quelques années. En revanche, le prix des amphétamines est un peu plus fluctuant, atteignant à nouveau quasiment les 10 euros par gramme en 2009.

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

B) Le prix des drogues en rue

Depuis 2004, Eurotox sollicite ses partenaires pendant environ deux mois afin de récolter directement auprès des usagers des informations sur les prix des drogues « en rue ». Plus précisément, il s'agit de récolter des informations relatives aux prix des produits achetés pour usage personnel (et donc non destinés à la revente). Concrètement, les partenaires ont pour consigne d'interroger, à l'aide d'un document standardisé, 10 à 20% des usagers qu'ils rencontrent dans l'exercice de leurs activités. Nous calculons ensuite la moyenne, le minimum et le maximum des prix déclarés pour un gramme de chaque produit (sauf en ce qui concerne l'ecstasy et le LSD, dont les prix correspondent à un comprimé).

En 2009, nous avons compilé les informations fournies par environ 170 usagers interrogés par 4 partenaires à Bruxelles, 3 à Liège, 3 à Namur, 2 dans le Luxembourg et 1 dans le Hainaut.

Evolution des prix des drogues en rue

Comme on peut le voir dans le tableau 28, le prix du cannabis (résine et herbe) a fortement augmenté ces dernières années, en particulier en 2008, ce qui confirme donc les observations issues des saisies policières. Cette augmentation pourrait être liée à la récente diminution de l'offre, due à une diminution de la production au Maroc (UNODC, 2009), à l'intensification des contrôles aux Pays-Bas, et à la présence corollaire de cannabis frelaté sur le marché[54] (ayant pu entraîner une augmentation du prix du cannabis de « qualité »). En revanche, la hausse du prix du cannabis observée en 2008 ne peut apparemment pas s'expliquer par une augmentation des saisies policières (qui furent particulièrement peu nombreuses en 2008). Notons finalement que l'on observe toutefois une légère diminution du prix du cannabis en 2009 par rapport à l'année précédente, peut-être parce que d'autres sources d'approvisionnement (production locale pour l'herbe de cannabis, production en provenance de l'Afghanistan pour la résine de cannabis, etc.) sont venues combler le manque de disponibilité du produit en 2008.

Après avoir augmenté de 2004 à 2008, le prix du LSD semble désormais diminuer légèrement. L'augmentation de son prix était probablement due à la rareté de ce produit (comme on peut le constater dans le tableau 26, les interpellations pour détention ou vente de LSD sont très rares en Belgique). Mais il est toutefois difficile d'interpréter à ce stade la légère diminution de prix observée en 2009, et il est possible qu'elle soit simplement le reflet du faible taux de mention de prix pour ce produit.

A l'inverse de ces deux produits dont le prix, après avoir diminué durant quelques années, est en baisse en 2009, on constate une augmentation du prix de l'héroïne en 2009, alors qu'il était auparavant en baisse. Alors que la diminution du prix de ce produit était probablement une conséquence de la récente augmentation (depuis 2006 et surtout en 2007-2008) de la production d'opium en Afghanistan (UNODC, 2009), nous n'avons pas d'explication à donner à l'augmentation du prix de l'héroïne constatée en 2009.

54. On relate en effet depuis 2006 dans le Nord de la France, en Belgique, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et, plus récemment, en Allemagne la présence de cannabis coupé avec des microbilles de verre, du verre pillé, de la laine de verre ou encore de la farine, du sable, de la maïzena, voire du plomb. Une alerte précoce avait d'ailleurs été lancée en Belgique en mars 2007 afin d'avertir les consommateurs et travailleurs de terrain sur les risques possibles associés à la consommation de cannabis coupé. Toutefois, les conséquences sanitaires de ces produits de coupe ne sont pas encore bien connues, hormis en ce qui concerne les cas (heureusement très rares) d'intoxication au plomb (saturnisme) observés en Allemagne. On ne peut toutefois exclure, pour les autres produits de coupe, le risque de pathologie respiratoire en raison du mode de consommation prédominant du cannabis (l'inhalation).

Finalement, alors qu'on observait une stabilisation relativement généralisée du prix des psycho-stimulants (cocaïne et amphétamines) de 2004 à 2008, leurs prix semblent être en augmentation, peut-être en raison de leur succès auprès des consommateurs[55] (augmentation de la demande), et/ou de l'augmentation des quantités saisies, en tout cas pour la cocaïne (entraînant une possible diminution de l'offre).

Tableau 28 : Evolution des prix des drogues en rue, Eurotox, 2004-2009

	2004	2005	2006-07	2008	2009
Cannabis résine (1 gramme)	5.1 (4-10)	5.5 (2.8-10)	6.8 (1.5-20)	8.7 (0.6-16)	8.2 (1.5-20)
Cannabis herbe (1 gramme)	4.6 (4-5)	5.7 (2-10)	6.3 (2-15)	9.2 (1-20)	8.1 (3-15)
Héroïne brune (1 gramme)	22 (14-40)	28.7 (10-50)	33.2 (10-75)	24.6 (10-52)	26.4 (10-50)
Cocaïne (1 gramme)	40.8 (30-100)	50.5 (35-125)	48.4 (20-75)	49.9 (25-81)	53 (25-120)
Amphétamines (1 gramme)	10 (2.5-10)	7.8 (1-12)	10.9 (5-30)	9.5 (3-20)	11.6 (2-40)
Ecstasy (1 dose)	4.9 (2.5-7)	5.2 (3-10)	6.2 (1-20)	6.1 (2-20)	6.2 (1-25)
LSD (1 dose)	7.5 (5-10)	8.8 (1.5-17.5)	8.9 (5-15)	10.5 (4-30)	9.5 (1-25)

Note : Les prix sont exprimés en euros. A titre indicatif, nous avons également mis entre parenthèses les prix les plus bas et les plus hauts mentionnés par les personnes interrogées (min-max).

Comparaisons régionales des prix des drogues en rue

Le tableau 29 présente les prix déclarés en 2009 par province/région[56]. Les prix moyens sont exprimés en euros, avec entre parenthèses les prix les plus bas et les plus hauts mentionnés par les consommateurs. Le n correspond au nombre de consommateurs ayant fourni un prix pour les différents produits dans chaque région/province.

Une telle comparaison nous paraît indispensable dans la mesure où les prix pratiqués peuvent varier d'une région à l'autre selon la disponibilité (ou rareté) du produit, selon le degré de concurrence entre dealers (qui est proportionnel à leur nombre sur un territoire donné), mais également en fonction du conditionnement (variation de l'écart entre le poids déclaré et le poids réel des « paksons ») et du degré de pureté du produit. Il est toutefois difficile d'identifier la (ou les) cause(s) exacte(s) des différences régionales de prix que nous relatons ici.

55. Il ne s'agit là que d'une hypothèse qui mériterait d'être vérifiée à partir d'études épidémiologiques. En effet, ces produits ne sont pas étudiés dans l'enquête HBSC, et l'enquête de santé par interview de l'ISSP (HIS) ne s'est intéressée à ces produits que lors de sa dernière levée (en 2008). En outre, les données fournies par Modus Vivendi sur la consommation de drogues en milieu festif sont trop difficiles à interpréter en raison de l'absence de méthodologie standardisée.
56. Nous n'avons malheureusement pas obtenu d'informations sur les prix pratiqués dans les provinces du Luxembourg et du Brabant Wallon.

Tableau 29 : Prix des drogues en rue par région/province, Eurotox, 2009

	Bruxelles		Liège		Namur		Luxembourg		Hainaut	
	n	Moyenne (Min-Max)	n	Moyenne (Min-Max)	n	Moyenne (Min-Max)	n	Moyenne (Min-Max)	n	Moyenne (Min-Max)
Cannabis résine (1 gramme)	67	7. 67 (5-15)	27	7.38 (5-15)	12	10.2 (1-20)	27	7.75 (3-15)	5	10 \
Cannabis herbe (1 gramme)	55	7.81 (3-15)	24	7.42 (5-15)	11	8.55 (5-15)	27	8.3 (6-15)	5	10 \
Héroïne brune (1 gramme)	68	21.23 (10-40)	44	35.33 (20-50)	12	22.83 (12-50)	37	33.6 (10-50)	5	10 \
Cocaïne (1 gramme)	77	48.75 (25 -90)	38	53.23 (40-75)	13	52 (28-120)	35	67.35 (40-100)	5	40 \
Amphétamines (1 gramme)	29	8.93 (2-20)	5	10 \	6	14.6 (4-15)	12	16.2 (5-40)	5	10 \
Ecstasy (1 dose)	26	6.85 (1-15)	20	6.33 (3-10)	10	5.75 (1-10)	28	6.8 (5-25)	5	4 \
LSD (1 dose)	17	10.18 (1-25)	5	10 \	6	8.65 (3-20)	11	8.35 (5-15)	5	10 \

On peut remarquer d'emblée qu'il ne semble pas y avoir de région où tous les prix pratiqués sont plus élevés ou plus bas que ceux observés dans les autres régions. En d'autres termes, les différences régionales en termes de prix varient en fonction des produits. Ainsi, on peut voir que le prix du cannabis est moins élevé à Bruxelles, Liège et Luxembourg qu'à Namur et dans le Hainaut. Le prix de la cocaïne est quant à lui nettement plus élevé dans la province du Luxembourg. De même, le prix de l'héroïne est manifestement plus élevé à Liège et au Luxembourg que dans les autres régions. Ces différences doivent toutefois être interprétées avec prudence en raison de la petitesse de l'échantillon dans certaines provinces, mais également parce que nous ne connaissons pas les causes des ces variations (disponibilité du produit, pureté du produit, etc.).

Perspectives et limites

L'OEDT a récemment manifesté son souhait d'intensifier son travail sur les prix des drogues, en organisant des journées de réflexion durant lesquelles les différents pays participants ont présenté leur protocole de récolte. Eurotox y a bien entendu participé, et l'OEDT vient de publier récemment un document destiné à améliorer et harmoniser davantage la qualité des données récoltées dans les différents pays de l'Union Européenne (EMCDDA, 2010). Nous avons donc adapté notre protocole d'enquête pour la collecte 2010 de données sur le prix des drogues « en rue ». Par exemple, nous essayons désormais de récolter systématiquement des informations sur les quantités généralement achetées par les usagers et sur la qualité des produits, mais également sur le lieu d'achat habituel (e.g. dans la rue, en milieu festif, chez un dealer, etc.). Notre objectif est de pouvoir, à terme, mettre en relation les fluctuations du prix des drogues avec les changements de comportement des consommateurs (ex.: la diminution des prix des drogues entraîne-t-elle une surconsommation chez certains usagers ? Quel est l'impact des variations de prix des drogues sur les autres dépenses de l'usager ?).

Nous serions ainsi en mesure de comprendre l'impact des variations du prix des drogues dans une perspective de santé publique, élargissant ainsi les approches économiques et policières.

Au terme de la présentation de ces résultats, il convient également de mentionner les limites méthodologiques actuelles de cette enquête sur le prix des drogues en rue, susceptibles d'en affecter la fiabilité.

Limites actuelles :

1. L'échantillon reste encore de petite taille (n=170 en 2009), bien qu'il soit en augmentation d'année en année (nous sommes ainsi passés de 100 à 170 répondants de 2008 à 2009). On pourrait donc considérer que les chiffres mentionnés ne sont pas représentatifs des prix effectivement pratiqués en rue. Néanmoins, il faut garder à l'esprit qu'un grand nombre de consommateurs s'approvisionnent auprès d'un petit nombre de dealers, de sorte qu'il n'est *a priori* pas nécessaire d'interroger tous les consommateurs pour connaître les prix pratiqués. De plus, les prix que nous mentionnons ici sont relativement proches de ceux rapportés par la Police Fédérale.

2. Les prix des produits sont estimatifs pour deux raisons : premièrement, le poids des produits est estimé approximativement et rapporté par les usagers. Le poids de vente ne correspond donc pas forcément au poids réel, les dealers ayant un intérêt économique à surestimer le poids des produits qu'ils vendent.[57] Deuxièmement, nous demandons aux usagers de fournir des prix « de mémoire » (prix habituel, prix minimum et prix maximum rencontré sur l'année). Afin, de réduire l'imprécision liée à cette composante « mnésique » des estimations, nous avons introduit dans l'enquête 2010 une variable supplémentaire afin de connaître, pour chaque produit, le prix pratiqué lors du dernier achat du produit.

3. Nous ne disposons d'aucune information fiable sur la qualité des produits dont nous parlent les consommateurs. Il est pourtant avéré que les prix varient en grande partie en fonction de la pureté du produit. Par exemple, un gramme de cocaïne pure à 40 % n'est certainement pas vendu au même prix qu'un gramme de cocaïne pure à 10%. Afin de pallier cette lacune, nous avons donc introduit en 2010 une variable supplémentaire afin d'obtenir des informations subjectives sur la qualité des produits achetés, en demandant aux usagers de fournir, pour chaque produit, une appréciation de sa qualité habituelle : très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise. Nous espérons qu'elle nous permettra d'affiner les résultats que nous présenterons dans notre prochain rapport.

4. Dans le même ordre d'idée, alors que le protocole de récolte que nous utilisions jusqu'en 2009 ne nous permettait pas de déterminer si les prix rapportés correspondent à l'achat de petites, moyennes ou grandes quantités, nous avons introduit en 2010 une variable supplémentaire afin d'obtenir des précisions sur les quantités généralement achetées par l'usager. Ce point est évidemment important, dans la mesure où le prix des produits varie généralement de manière inversement proportionnelle à la quantité achetée.

57. Dans ce contexte, les données issues des saisies effectuées par la Police Fédérale paraissent complémentaires à la récolte effectuée par Eurotox, dans la mesure où les prix récoltés par la police sont directement mentionnés par les contrevenants. Il convient toutefois de mentionner que la Police Fédérale met « dans le même panier » des chiffres d'origines sensiblement différentes (par exemple, issus de l'interpellation d'un petit dealer de quartier, d'un « grossiste » ou d'un simple consommateur) sans qu'il y ait pondération des prix mentionnés.

3. Données indicatives sur l'usage de drogues dans des groupes spécifiques

Comme nous avons pu le voir dans le chapitre 2, les enquêtes de prévalence sur l'usage de drogues dans la population générale sont rares, et elles sont quasi inexistantes dans des groupes spécifiques (hormis dans la population scolaire). Dans ce contexte, le recours aux données issues d'associations travaillant dans le secteur des assuétudes se révèle incontournable, d'autant plus qu'il permet d'appréhender la situation de l'usage de drogues dans des groupes à hauts risques. Toutefois, malgré leur intérêt incontestable, ces données n'ont pas la prétention de répondre aux exigences des études scientifiques, en raison 1) de l'absence de méthodes d'échantillonnage, 2) de modes de récolte des données peu ou pas standardisés, et 3) d'outils de récolte non validés. Pour ces raisons, les résultats de ce type d'enquête doivent être interprétés avec prudence. En revanche, et c'est tout leur intérêt, elles peuvent être considérées comme une première indication sur la problématique de l'usage de drogues dans ces groupes spécifiques, permettant de formuler des hypothèses de travail qui pourront être validées par des recherches ultérieures.

Dans le présent chapitre, nous présenterons des données récoltées par des associations qui travaillent avec les groupes spécifiques suivants: publics rencontrés en milieu festif, en rue, en prison, dans les dispositifs d'échange de seringues et dans le milieu de la prostitution.

3.1. L'usage de drogues en milieu festif

Des données relatives à l'usage de drogues en milieu festif sont récoltées annuellement en Communauté française (en région wallonne et bruxelloise) à l'aide d'un questionnaire[58] servant de prise de contact avec le public cible (constitué principalement des consommateurs, mais également des proches ou autres personnes en demande d'information) lors d'actions de réduction des risques en milieu festif. Ces données ne sont donc pas représentatives de l'ensemble des milieux festifs, puisque les questionnaires sont remplis par des personnes qui s'adressent à un stand de réduction des risques présent lors de l'événement, et ce afin d'obtenir une information, un conseil, etc.

En 2008[59], 3917 questionnaires ont été récoltés par une trentaine d'associations (ex.: Accueil Drogues, Modus Vivendi, Service de prévention de la ville de Mons, etc.) lors de 74 événements répartis tout au long de l'année.

58. Le questionnaire comprend également différents items permettant d'identifier : a) certains comportements à risques (recours à l'injection, partage de seringues, utilisation d'un véhicule lors du retour, etc.) ; b) une série de problèmes pouvant être liés à l'usage de drogue (problème relationnel ou sexuel, etc.) ; et c) certaines attitudes chez ces usagers de drogues (recours au test HIV). Il est proposé tout au long de l'événement aux personnes qui rentrent en contact avec le stand de réduction des risques.
59. Bien que les données 2009 soient disponibles, nous avons décidé de ne pas inclure ici parce que la couverture du milieu festif a fortement diminué en 2009 en raison de l'absence de financement du réseau Drogues Risquer Moins, ce qui rend les comparaisons avec les années antérieures encore plus délicates.

Année de collecte des données	2004 à 2008
Objet primaire	Information et réduction des risques en milieu festif
Population cible	Usagers de drogues en milieu festif
Couverture	En 2008, 74 évènements
Répartition des sexes	En 2008 : 50.8% hommes, 35.9% femmes, 13.3% inconnu
Nationalité	En 2008, 76.7% belges, 16.8% français, 0.8% autres, 5.7% inconnu
Instrument d'investigation	Questionnaire auto-administré ou administré en face à face

3.1.1. Les proportions de consommation rapportées au cours de l'évènement

On peut noter dans le tableau suivant qu'en 2008, les hommes restent majoritaires dans l'échantillon des personnes qui ont rempli ce questionnaire, même si on constate une augmentation progressive de la proportion de femmes au cours de ces dernières années. Ce tableau fournit également des indications sur l'évolution, année après année, de la consommation rapportée au cours de l'événement parmi les personnes interrogées[60].

Tableau 30 : Pourcentages d'usage au cours de l'événement chez les personnes rencontrées en milieu festif, Communauté française, 2004-2008.

Année	2004	2005	2006	2007	2008
Evénements couverts (n)	51	52	76	61	74
Personnes rencontrées (n)	1354	1950	2402	2618	3917
Ratio hommes/femmes	1.7	1.71	1.63	1.4	1.41
Moyenne d'âge (min-max)	22.4 (13-77)	21.1 (11-61)	21.9 (10-88)	21.4 (10-65)	21.7 (9-78)
Produits consommés au cours de l'événement (%)					
Alcool	57.5	59.8	63.8	59.9	66.0
Tabac	38.0	38.4	38.9	33.9	39.5
Cannabis	27.4	29.7	27.9	24.2	32.4
Amphétamines - speed	11.2	10.5	10.4	9.2	8.3
Ecstasy	12.6	11.1	9.0	6.5	7.2
Cocaïne	4.1	4.6	3.7	3.5	4.9
Champignons hallucinogènes	2.5	3.8	3.0	3.1	3.7
Benzodiazépines	3.0	3.2	2.1	3.1	3.0
LSD	1.2	2.5	1.7	1.7	2.2
Héroïne	0.7	1.2	0.7	1.4	1.1
Crack	0.9	1.0	1.2	1.1	1.2
GHB	0.9	1.6	1.2	1.1	1.0
Kétamine	0.4	0.8	0.6	1.0	1.1
Colles – solvants	0.5	1.1	0.7	0.8	0.9

60. Il est possible que ces résultats sous-estiment la consommation ayant réellement eu cours lors de l'évènement En effet, il n'est pas possible de différencier les réponses en fonction du moment où les personnes ont rempli le questionnaire (début ou fin de l'événement). Or, il est possible que certaines personnes aient rempli le questionnaire avant d'initier leur consommation de la soirée.

On peut remarquer que l'alcool et le tabac semblent être les produits les plus consommés par ce public du milieu festif (66% et 39,5% respectivement en 2008), suivi de près par le cannabis (32,4% en 2008), puis, dans une moindre mesure, les amphétamines/speed (8,3% en 2008) et l'ecstasy (7,2% en 2008). Les autres produits sont consommés de manière beaucoup plus marginale.

Bien que l'on observe certaines variations de consommation au cours du temps pour ces produits (augmentation, diminution ou encore fluctuation en dents de scie), ces tendances sont difficiles à interpréter parce que différentes variables non contrôlées peuvent influencer les résultats et en rendre compte (variation annuelle dans la sélection des événements, absence d'échantillonnage au sein de la population rencontrée lors des événements, etc.). En outre, ces variations de consommation ne renseignent pas sur les quantités consommées mais sur le nombre de personnes ayant consommé ces produits au cours de l'événement, et ce, quelle qu'en fut la quantité.

3.1.2. Type de consommation et polyconsommation au cours de l'évènement

Comme on peut le constater dans le tableau 31, alors que la majorité des indicateurs de consommation (consommation d'au moins un produit hors tabac et alcool, consommation d'au moins un produit illégal, consommation d'au moins un produit illégal hors cannabis, consommation de stimulants, polyconsommation) ont été en diminution jusqu'en 2007, ils sont en augmentation en 2008. Si la diminution des indicateurs de consommation pouvait s'expliquer par un élargissement de la couverture des milieux festifs depuis 2004 (par exemple, inclusion de bals de villages), lui-même dû à l'augmentation du nombre de partenaires collaborant à ces actions de réduction des risques en milieu festif, nous n'avons pas d'explication à donner à leur augmentation en 2008.

Tableau 31 : Type de produits consommés et polyconsommation en milieu festif, Communauté Française, 2004 – 2008

Année	2004	2005	2006	2007	2008
Personnes rencontrées (n)	1354	1950	2402	2618	3917
Au moins un produit hors tabac (%)	66	66.4	68.5	66.7	71.4
Au moins un produit hors tabac et alcool (%)	37.8	38.3	34.7	32.2	39.2
Au moins un produit illégal* (%)	37.1	37.3	34	31	37.9
Au moins un produit illégal hors cannabis (%)	21.7	19.4	17.2	16.1	16.5
Consommateurs de stimulants** (%)	19.9	17.3	14.7	13.6	14
Consommateurs d'hallucinogènes*** (%)	3.3	5.2	4.7	4.5	5.5
Consommation d'un produit (alcool compris, hors tabac)	33.6	31.7	36.7	37.8	35.6
Consommation de deux produits (alcool compris, hors tabac)	17.9	20.6	18.6	16.9	23
Consommation de trois produits ou plus (alcool compris, hors tabac)	14.6	14	13.2	11.5	12.9

** Produits illégaux : tous les produits sauf alcool, tabac, benzodiazépines, colles/solvants.*
*** Consommation d'au moins un des produits suivants : cocaïne, ecstasy, speed/amphétamine.*
**** Consommation d'au moins un des produits suivants : LSD, champignons hallucinogènes, kétamine.*

Dans le tableau suivant, on peut remarquer que le pourcentage de participants ayant rapporté au moins un problème en relation avec l'usage de drogues est en baisse progressive depuis 2004, ce qui pourrait à nouveau s'expliquer par un élargissement des milieux festifs couverts depuis cette même période. Les pourcentages obtenus en 2008 pour les différents problèmes investigués sont pour la plupart également en baisse, lorsqu'ils sont estimés sur l'ensemble des personnes ayant consommé au moins une fois un produit autre que le tabac.

Tableau 32 : Répartition (en %) et profilage démographique des personnes présentant des problèmes en lien avec l'usage de drogues, Communauté française, 2004-2008

Année	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
Au moins un problème (%)	53.5	48.8	47.8	41.1	41.3
Sexe (%)*					
Féminin	29.7	28.9	28.1	31.2	30.5
Masculin	58.3	57.6	55.5	52.6	54.9
Inconnu	12	13.5	16.4	16.2	14.6
Age (%*)					
Moins de 18 ans	10.8	16.3	15.3	16.6	14.8
Entre 18 et 24 ans	60.1	60.6	56.1	57.4	55.4
Entre 25 et 29 ans	14.4	13	15.3	14.2	15.6
Plus de 30 ans	10.1	6.2	8.2	7.4	8.9
Inconnu	4.7	3.9	5.1	4.4	5.3
Problèmes rencontrés (%)**					
Physiques	27.3	23.4	25.6	20.2	20.3
Relationnels	27.4	25.4	24.3	18.2	18.5
Psychologiques	23.8	20.4	19.9	16.6	15.5
Au travail	20.3	19.6	17.4	14	9.5
Judiciaires	17.9	14.3	13.8	12.2	11.5
Economiques	14	14.9	12.3	11.3	8.6
Sexuels	13.5	12.1	11.9	10.5	8.3

** Répartition des sexes et des âges parmi les participants ayant rapporté la présence d'au moins un problème.*
*** Ces pourcentages ont été calculés sur l'ensemble des personnes ayant mentionné avoir consommé au moins une fois un produit autre que le tabac au cours de leur vie (3774 en 2008).*

En 2008, plus de la moitié des personnes ayant mentionné avoir connu au moins un problème en relation avec leur consommation (et dont le sexe est connu) sont des hommes. Ce sexe ratio est relativement stable dans le temps, quoique l'on ait pu observer en 2007 une légère augmentation du pourcentage de femmes ainsi qu'une diminution du pourcentage d'hommes mentionnant l'existence d'au moins un problème. En 2008, si on rapporte ces chiffres aux pourcentages d'hommes et de femmes interrogés, il apparaît que les hommes mentionnent plus fréquemment que les femmes avoir connu des problèmes en relation avec leur consommation (44,7% des hommes contre 35% des femmes).

La tranche d'âge la plus représentée parmi les personnes mentionnant au moins un problème est systématiquement celle des 18-24 ans, quelle que soit l'année envisagée. Toutefois, il s'agit également de la tranche d'âge la plus représentée sur l'ensemble de l'échantillon de l'étude. Lorsque l'on tient compte de ce dernier biais (par le calcul de ratios), on remarque que la tranche des 25-29 ans semble être la plus touchée par la survenue de problèmes liés à la consommation (suivie de la tranche des 30 ans et plus, puis enfin celle des 18-24 ans).

En 2008, ainsi que pour les périodes précédentes, les problèmes les plus fréquemment rapportés sont les problèmes physiques, suivi des problèmes relationnels et des problèmes psychologiques.

3.1.3. Modes de consommation : sniff et injection

Environ un tiers des personnes interrogées en 2008 ont déjà eu recours au sniff pour consommer un produit, et près de 10% y ont eu recours durant l'événement où ils ont été interrogés. En ce qui concerne l'injection, celle-ci est nettement moins répandue : environ 3% des personnes interrogées y ont déjà eu recours au moins une fois dans leur vie, et moins de 1% au cours de l'événement.

Tableau 33 : Modes de consommation à risques en milieu festif

Année	2004	2005	2006	2007	2008
Personnes rencontrées (n)	**1354**	**1950**	**2402**	**2618**	**3917**
Sniff au cours de la vie	/	/	/	30.4	33.2
Sniff au cours du dernier mois	/	/	/	16.1	15.5
Sniff au cours de l'événement	/	/	/	9.9	9.7
Injection au cours de la vie	3	2,7	2,7	3.2	3.3
Injection au cours du dernier mois	1,7	1,8	1,7	1.3	1.1
Injection au cours de l'événement	/	/	/	0.7	0.6

3.1.4. Le retour après l'événement

En 2008, 15.4% des personnes rencontrées ayant consommé au moins une substance (hors tabac) avaient projeté de conduire un véhicule après l'événement, ce qui constitue une légère baisse par rapport aux années précédentes. Près d'un tiers des répondants avaient l'intention de rentrer en voiture en tant que passager. Nous ne connaissons toutefois pas la proportion de personnes qui projetaient de monter dans une voiture dont le conducteur avait consommé une ou plusieurs substances psychoactives.

Toujours en 2008, plus de la moitié des répondants consommateurs ayant projeté de conduire une voiture après l'événement sont des hommes (62.7%), et un quart sont des femmes (24.8% ; 12.5% de non réponses). On retrouve une différence de genre un peu moins marquée au sein des répondants ayant mentionné ne pas avoir consommé de substance lors de l'événement et ayant projeté de conduire une voiture (52.9% d'hommes, 32.7% de femmes, 14.4% de non réponses). Si on utilise ces derniers chiffres comme ligne de base afin de prendre en compte le

fait que les hommes sont plus fréquemment conducteurs que les femmes en sortie, il semblerait donc que les hommes soient plus enclins que les femmes à prendre le risque de conduire une voiture lorsqu'ils ont consommé un produit psychoactif lors d'un événement festif.

Tableau 34 : Répartition (en %) du mode de retour après l'événement des personnes rencontrées en milieu festif ayant consommé un produit (hors tabac), Communauté française, 2004-2008

Année	2004	2005	2006	2007	2008
Personnes rencontrées (n)	**1354**	**1950**	**2402**	**2618**	**3917**
UD* hors tabac	894	1294	1647	1733	2798
Retour à domicile (%)					
Passager	32.5	38.7	30	28.1	30.4
Autre (auto-stop, etc.)	5.8	8.7	10.6	15.1	7.9
Conduite d'un véhicule	20.5	22.2	21.9	18.6	15.4
A pied ou à vélo	12.1	7	9.8	12.1	7.6
Transports en commun	11.1	9,3	13.3	10.6	14.1
Dors sur place	0.7	3.1	1.9	5.9	17.3
Non réponses	17.3	11	12.5	9.6	7.3

* *Usager de drogues légales et/ou illégales*

3.2. L'USAGE DE DROGUES « EN RUE »

Des données sur l'usage de drogues dans des groupes spécifiques sont également récoltées ponctuellement lors d'opérations « Boule de Neige » (BdN), dont la finalité est de réduire les risques liés à l'usage de drogues au sein d'un public de rue. Le principe des opérations BdN consiste à former en plusieurs séances (pour un total d'environ 15 heures) des consommateurs de rue (appelés « jobistes ») afin qu'ils puissent dispenser auprès de leurs pairs des messages de prévention sur le SIDA, les hépatites ainsi que d'autres risques liés à l'usage de drogues. L'intérêt de ces opérations est de permettre la transmission d'un message de prévention adapté à une catégorie de population très peu touchée (en raison de sa marginalité) par les campagnes et opérations de prévention classiques.

Les données qui vont être présentées ont été récoltées de 2001 à 2008 lors de différentes opérations Boule de Neige menées en rue. Les opérations menées en 2008 ont permis de récolter 490 questionnaires sur deux provinces (163 questionnaires à Charleroi et 327 à Liège). En 2008, des opérations ont également été menées à Bruxelles dans le cadre d'une phase de test du nouveau questionnaire, mais les analyses ne sont pas reprises ici.

Année de collecte des données	2001 à 2008
Objet primaire	Réduction des risques chez les usagers de drogues en rue, indication sur les proportions de consommation
Population cible	Usagers de drogues en rue
Instrument d'investigation	Questionnaire* administré en face à face

* *Le questionnaire utilisé est un outil de contact dont l'objectif principal n'est pas la récolte de données mais l'évocation de différentes problématiques liées à l'usage de drogues.*

3.2.1. Les proportions de consommation du public de rue

En 2008, les produits les plus consommés par les usagers de drogues rencontrés en rue[61] sont, par ordre d'importance, l'héroïne (91.7%), le cannabis (78.5), l'alcool (73.5%), la cocaïne (72.6%), la méthadone (49.6) et les benzodiazépines (48.3%). On constate une nette augmentation de la consommation d'héroïne ainsi qu'une légère augmentation de la consommation de cocaïne en 2007-2008 parmi les usagers interrogés. On notera que le phénomène de polyconsommation est particulièrement marqué chez les usagers de drogues rencontrés en rue, et qu'il est relativement stable dans le temps.

Tableau 35 : Pourcentage de l'usage des produits au cours du dernier mois chez les personnes rencontrées en rue, Communauté française, 2001-2008

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Personnes rencontrées (n)	**1050**	**882**	**689**	**1140**	**1053**	**357**	**618**	**490**
UD* (%)	**93.9**	**92.1**	**90.6**	**91.8**	**94.5**	**90.8**	**93.2**	**93.4**
Moyenne d'âge des UD	**29.4**	**29.8**	**30.3**	**31.9**	**31.1**	**31.1**	**31.5**	**32.8**
Produits consommés par les UD (%)								
Cannabis	87.4	85.8	81.9	83.2	86.1	82.7	84	78.5
Alcool	51.3	78.3	78.2	79.6	80.1	77.8	83.3	73.5
Héroïne	74.5	73.6	70.8	73.1	76.2	71.3	81.9	91.7
Cocaïne	66.3	62.8	68.3	64.4	64	69.8	71.9	72.6
Benzodiazépines	51	51	44.6	43.5	47.4	30.9	51.7	48.3
Méthadone	28.5	30.5	26.6	34.6	38.5	27.2	38.9	49.6
Ecstasy	38.4	30.9	28	27.4	25.3	26.2	35.9	25.7
Speed-Amphétamines	29.9	24.9	15.5	17.9	20.4	18.8	34.7	17.2
Hallucinogènes (LSD, PCP…)	26.9	25.4	16.8	19.6	20.5	19.1	27.4	18.9
Codéïne	15	25.6	17	19.6	17.9	12	22.6	19.3
Morphine	14.6	16.9	9.9	14.3	14.1	9.3	15.1	10.7
Buprénorphine	10.3	10.7	9.1	11.7	12.2	7.1	13	12.6
Barbiturique	16.2	13.7	11.4	13.5	11.9	7.7	13	16.7
Consommation d'un produit (alcool compris)	6.1	4.7	6.1	4.6	3.3	5.6	3.1	4.1
Consommation de deux produits (alcool compris)	11.2	11.1	11.7	13.2	13.5	14.2	9.5	11.1
Consommation de trois produits ou + (alcool compris)	82.8	84.2	82.2	82.2	83.2	80.2	87.3	84.8
Moyenne des produits consommés	5.1	5.3	4.8	5	5.2	4.6	5.7	5.4

**UD: usagers d'au moins un produit (hors alcool et tabac) au cours du dernier mois.*
Note : les pourcentages et moyennes ont été calculés uniquement sur les UD.

61. C'est-à-dire les personnes rencontrées en rue ayant déclaré avoir consommé au moins une fois un des produits mentionnés dans le tableau (hors alcool) au cours du dernier mois.

3.2.2. Les usagers de drogues par injection (UDI) rencontrés en rue

La proportion d'UDI rencontrée lors des opérations BdN est restée relativement stable de 2001 à 2008 (accusant toutefois des variations allant jusqu'à 9%). En 2008, près de la moitié du public de rue interrogé a déclaré avoir consommé par injection au moins une fois au cours du dernier mois. Les proportions d'usagers ayant consommé au moins une fois par injection au cours de la vie sont en revanche plus importantes (62.2% en 2008). En 2008, la majorité des UDI rencontrés sont de sexe masculin (71.1%). Globalement, en 2008 mais également lors des années précédentes, les personnes qui ont déclaré avoir actuellement recours à l'injection sont majoritairement des hommes de 30 ans ou plus et de nationalité belge.

Tableau 36 : Profil démographique des UDI rencontrés en rue, Communauté française, 2001-2008

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Personnes rencontrées (n)	**1050**	**882**	**689**	**1140**	**1053**	**357**	**618**	**490**
UDI* (%)	45.8	42.1	41.2	39.6	38.5	37.8	38.2	46.5
UDI vie** (%)	59.2	59	57	56.3	53.8	53.2	56	62.2
UDI/UD***	0.49	0.46	0.46	0.43	0.41	0.42	0.41	0.49
Sexe des UDI (%)								
Hommes (%)	69.9	67.7	68.7	61.2	62.7	77.8	71.2	71.1
Femmes (%)	29.5	30.7	30.6	37.3	35.1	22.2	27.5	28.9
Inconnu (%)	0.6	1.6	0.7	1.5	2.2	0	1.3	0
Classe d'âge des UDI (%)								
Moins de 18 ans (%)	1.5	0.8	0	0.9	0.7	0.7	0.8	0.4
18 – 24 ans (%)	17.3	20.8	19	17.1	19.3	16.3	16.1	14.9
25 – 29 ans (%)	28.9	27	27.1	20.6	20.2	21.5	24.2	20.2
30 ans et plus (%)	52.2	50.9	53.5	60.8	58.5	60.7	56.4	63.2
Moyenne d'âge des UDI	30.5	30.2	30.8	31.9	31.7	31.4	32	33.5
Nationalité belge des UDI	67.4	57.6	71.2	62	62.7	70.7	75.9	74.6

* *UDI : usagers de drogues par injection au cours du dernier mois.*
** *UDI vie : usagers de drogues ayant eu recours à l'injection au moins une fois sur la vie.*
*** *Proportion d'UDI parmi l'ensemble des UD.*

3.2.3. Comportement à risque chez les UDI

On peut remarquer dans le tableau 37 que les comportements à risque restent encore très fréquents parmi les utilisateurs de drogues par injection rencontrés en rue. La prévalence de ces comportements chez les répondants n'a d'ailleurs pas diminué ces dernières années. Notons que nous n'observons pas de différence de sexe au niveau de ces comportements à risque, et que nous n'avons pas d'information sur la fréquence de ces prises de risque.

Tableau 37 : Comportements à risque au cours des 6 derniers mois, et connaissance et fréquentation des comptoirs d'échange de seringues chez les UDI rencontrés en rue, Communauté française, 2000-2008

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
UDI (n)	**141**	**481**	**371**	**284**	**451**	**405**	**135**	**236**	**228**
Comportements à risques (%)									
Utilisation d'une seringue usagée d'une autre personne	1.4	32.4	31.5	31.7	28.8	30.4	30.4	42.4	31.1
Utilisation d'une seringue trouvée en rue	0	2.5	6.2	5.6	3.1	7.4	6.7	5.9	5.7
Utilisation de matériel usagé d'une autre personne	51.8	42	46.6	48.2	43.2	50.9	47.4	53.8	56.6
Prêt d'une seringue usagée à une autre personne	2.1	35.6	33.7	35.6	34.8	32.1	32.6	38.6	35.1
Prêt de matériel usagé à une autre personne	48.9	43.2	33.7	41.5	37.5	37	31.1	25.8	26.3
Connaissance des comptoirs (%)	90.1	58.4	64.4	74.3	74.5	72.6	58.5	80.9	88.2
Fréquentation des comptoirs (%)	78	41.2	50.1	54.9	64.7	60.5	45.2	71.2	70.2

Une grande majorité des UDI (88%) rencontrés en 2008 déclarent connaître au moins un comptoir d'échange de seringues et la plupart l'ont déjà fréquenté au moins une fois. Bien que nous ne sachions pas si cette fréquentation est habituelle ou occasionnelle, elle ne paraît pas suffisante au vu de la propension d'usagers qui continuent à prendre des risques en partageant des seringues ou du matériel d'injection.

3.3. Données issues du dispositif d'accessibilité au matériel d'injection

Année de collecte des données	1994 à 2009
Objet primaire	Distribution de seringues et de matériel d'injection
Population cible	Usagers de drogues (tous ne sont pas issus de la rue, certains usagers fréquentant les comptoirs sont socialement intégrés)
Couverture	Communauté française*
Instrument d'investigation	Inventaire des seringues et du matériel connexe distribués (voir note de bas de page)

**La couverture diffère d'une année à l'autre: nous sommes par exemple passés de 13 institutions en 2006 à 16 institutions en 2009, ce qui influence bien entendu les chiffres rapportés.*

Le dispositif d'accessibilité au matériel d'injection se compose essentiellement de comptoirs d'échange de seringues fixes ou mobiles et de pharmacies. Il répond à quatre objectifs : 1) augmenter l'accessibilité au matériel d'injection et réduire les risques d'infection (VIH, hépatites, etc.) ; 2) réduire les risques de piqûres accidentelles par des non-consommateurs en encourageant les usagers à échanger leurs seringues usagées ainsi qu'à récupérer le matériel souillé

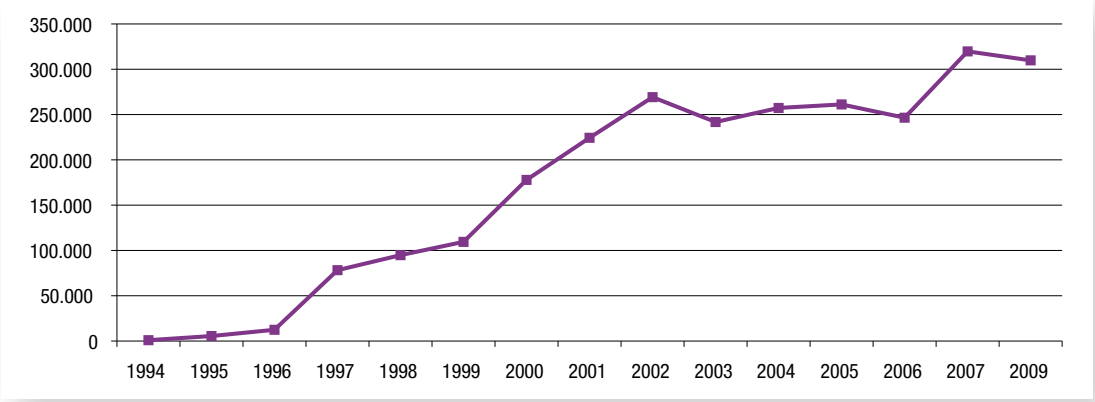
via les séances de ramassage dans les lieux de consommation les plus fréquentés; 3) entrer en contact avec les usagers afin de créer des «liens» autres que ceux entretenus dans la rue ; 4) sensibiliser les usagers par rapport aux infections et leurs modes de transmission. Ce dispositif vise à réduire les risques liés à l'injection en accordant un rôle actif aux consommateurs dans ce processus. Les comptoirs d'échange sont également des lieux de relais d'éventuelles demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale. Ils sont un lieu d'écoute et d'échange accessible aux horaires souvent décalés des usagers (exemple : 18h-21h).

Afin de veiller à réduire les risques liés à la consommation de drogues par injection, les comptoirs d'échange de seringues visent à promouvoir des modes de consommation alternatifs et moins dangereux pour la santé que l'injection en intraveineuse (ex : en sniff ou en fumette), et mettent à la disposition des usagers des conseils de réduction des risques, du matériel stérile[62], un préservatif, des informations sur le SIDA et les hépatites, sur les drogues ainsi que sur les substances en circulation qui pourraient être plus particulièrement dangereuses. Dans certains comptoirs, un(e) infirmièr(e) est disponible afin de dispenser des soins de base et de sensibiliser les usagers à une méthode d'injection moins dommageable pour la santé. Dans d'autres comptoirs, un médecin est présent ponctuellement pour des consultations et/ou pour effectuer des tests de dépistage.

3.3.1. La distribution de seringues via les comptoirs

L'accès au matériel d'injection fut longtemps cantonné au seul achat en pharmacie. L'échange de seringues (via des comptoirs fixes ou mobiles) ne s'est développé qu'il y a une quinzaine d'années, dans un premier temps en région liégeoise et, dans une moindre mesure, à Bruxelles. En 2001, il s'est étendu à Dinant et Charleroi, et a été renforcé en région bruxelloise. Plus récemment, il s'est également développé à Namur ainsi que dans la province du Luxembourg. L'accessibilité au matériel d'injection reste toutefois plus limitée dans les provinces du Brabant wallon et du Luxembourg.

Figure 41 : Évolution du nombre de seringues distribuées aux UDI via les comptoirs d'échange de la Communauté française, 1994 – 2009.



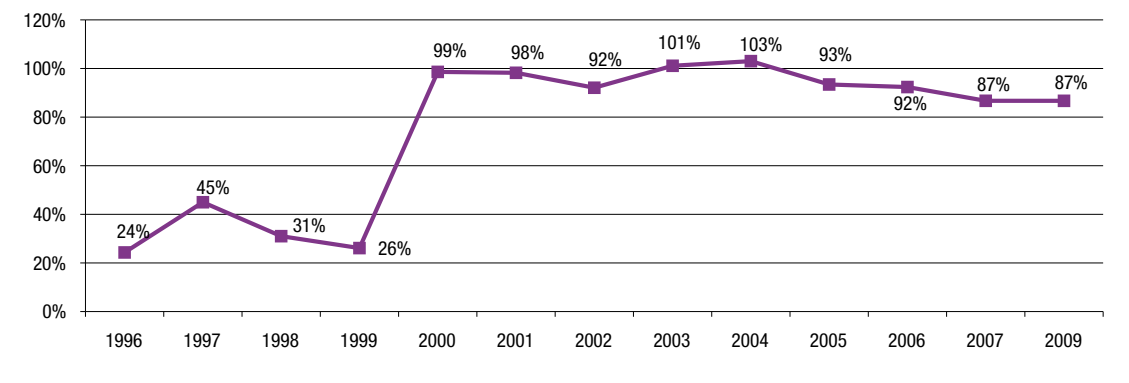
62. Outre les seringues, on y trouve généralement de l'eau stérile pour injection, des tampons désinfectants, de l'acide ascorbique ou citrique et - de manière moins systématique – des cuillères et filtres (Stéricup©).

On peut voir sur la figure 41 que le nombre de seringues distribuées via les comptoirs d'échange a fortement augmenté de 1994 à 2002, puis a connu une stabilisation de 2003 à 2006, suivie d'une légère augmentation en 2007 et 2009. En 2009, le nombre de seringues distribuées a toutefois diminué de près de 10.000 unités par rapport à 2007. A noter que nous de disposons pas de données pour l'année 2008.

3.3.2. L'échange de seringues

On peut facilement estimer le taux d'échange de seringues en comparant, pour une même année civile, le nombre de seringues distribuées et le nombre de seringues récupérées par les différentes antennes du dispositif d'échange. En fait, les taux d'échange de seringues usagées sont élevés en Communauté française, comparés à ce que l'on observe dans d'autres pays de l'Union Européenne. Ainsi, le taux de récupération était de 103%[63] en 2004 et de 87% en 2009. Nous n'avons pas d'explication à donner à cette baisse observée ces dernières années.

Figure 42 : Évolution du taux d'échange de seringues en Communauté française, 1996-2009.

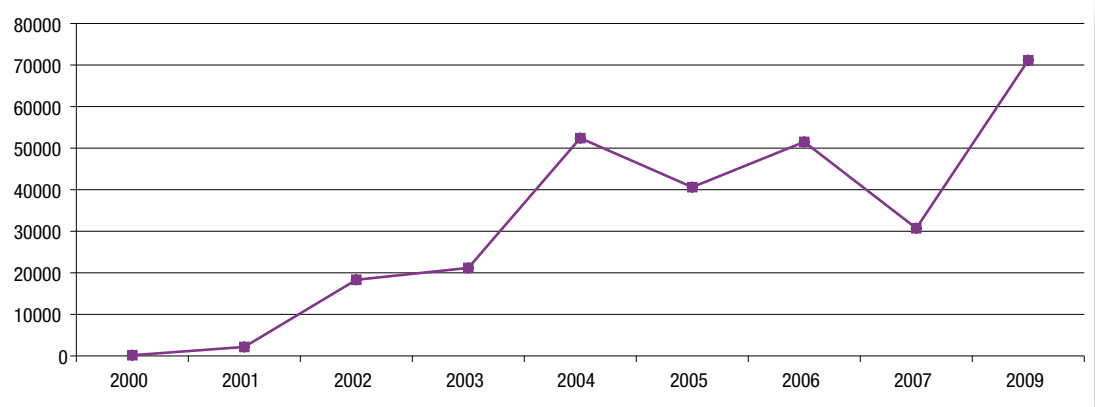


3.3.3. Les Stéricups®

Les Stéricups® (une petite cuillère stérile accompagnée d'un filtre) sont également distribués dans les comptoirs d'échange de seringues. Cependant, faute de moyens, ils ne sont pas disponibles dans tous les comptoirs, et doivent souvent être « rationnés ». Si on compare le nombre de Stéricups et le nombre de seringues distribués sur une même année, on avoisine actuellement un rapport de 1 Stéricup pour 4 seringues distribuées (alors que le rapport devrait être de 1/1). Il est donc difficile de promouvoir de manière optimale la réduction des risques liés à l'injection, en raison de la faible disponibilité de ce kit (les usagers sont en effet toujours susceptibles d'échanger une cuillère ou un filtre contaminé, même s'ils ont pris l'habitude d'utiliser une seringue stérile à chaque injection). Les fluctuations du nombre de Stéricups distribués sont dues aux variations annuelles des stocks disponibles et aux variations de la demande des usagers.

63. Les taux supérieurs à 100% observés en 2003 et 2004 s'expliquent par le fait que les usagers rapportent des seringues provenant d'autres sources de distribution, telles que les pharmacies.

Figure 43 : Évolution du nombre de Stéricups distribués en Communauté française via les comptoirs d'échange, 2000-2009.



3.3.4. Les pochettes d'injection en pharmacie (Stérifix®)

Les pochettes Stérifix contiennent chacune deux tampons alcoolisés, deux flapules d'eau stérile injectable, des conseils sanitaires et des adresses utiles au plan local (par exemple, les adresses des emplacements des RESU, récupérateurs extérieurs de seringues usagées). Ces pochettes sont notamment accessibles dans certaines pharmacies[64] des villes de Bruxelles, Liège, Namur, Charleroi, Chimay ou encore Couvin. Nous ne disposons toutefois pas actuellement du répertoire des pharmacies diffusant le Stérifix.

La vente du Stérifix en pharmacie est promue via des « opérations Stérifix », lors desquelles des travailleurs de terrain et/ou des usagers formés à la RdR démarchent les pharmaciens afin de les sensibiliser à la problématique de l'injection et d'étendre ainsi l'accessibilité des pochettes. Outre ce travail de sensibilisation, les opérations visent également à rapprocher usagers de drogues et pharmaciens, ainsi qu'à promouvoir la citoyenneté des usagers via leur participation à un programme de prévention. Ces opérations favorisent également la concertation et l'échange d'informations entre les intervenants impliqués (usagers, professionnels du terrain, pharmaciens, etc.).

En 2010, 19.110 pochettes ont été confectionnées et envoyées aux distributeurs-répartiteurs. Puisque les pharmaciens incluent généralement dans chaque pochette deux seringues, un total de 38.220 seringues a donc été distribué en 2010 via ces pochettes.

3.4. L'USAGE DE DROGUES CHEZ LES PERSONNES PROSTITUÉES

Une étude financée par Belspo a récemment été réalisée afin d'estimer l'usage de drogues chez les travailleuses du sexe en Belgique. Néanmoins, le rapport de cette étude n'est pas encore disponible. Aussi, nous reproduisons entièrement l'extrait de notre rapport précédent relatif à l'usage de drogues chez les personnes prostituées, qui est encore d'actualité puisque les chiffres datent de 2008.

64. La pochette Stérifix® est fournie gratuitement aux pharmaciens et ceux-ci sont invités à y glisser 2 seringues et à vendre le tout pour 0,5 euro. Il faudrait idéalement y inclure deux Stéricups®. Les pharmaciens peuvent s'approvisionner directement en pochettes auprès des distributeurs-répartiteurs.

Le recensement du nombre de personnes prostituées sur un territoire donné n'est pas chose aisée, en raison de la fréquente clandestinité et de la multiplicité de ce type d'activités (prostitution en rue ou en vitrine, via des salons de « massages », dans des clubs privés, par le biais d'Internet, etc.). Différentes sources permettent néanmoins une première estimation du nombre de travailleurs sexuels en Communauté française. Ainsi, d'après Favresse, De Smet, Piette et Godin (2007), 2,7% des personnes (n=4810) fréquentant les centres de dépistage VIH spécialisés en Communauté française sur la période 2005-2006 déclarent s'être déjà prostituées. Selon d'autres sources éparses, on estimait en 2006 que le nombre de personnes prostituées en Région bruxelloise oscillait entre 4000 et 5000 (Van den Hazel et al., 2008). Enfin, les dix associations de prévention ayant participé à l'enquête européenne TAMPEP ont rencontré 5161 travailleurs sexuels sur l'ensemble du territoire belge en 2007. Et selon d'autres estimations, il y aurait environ 53% de prostituées migrantes en Belgique (Enquête européenne TAMPEP) et 33% en Région wallonne (sur les 1648 personnes prostituées dépistées en Région wallonne par Espace P entre 1998 et 2008). Espace P, qui est une association oeuvrant pour la défense des droits des personnes qui se prostituent, mentionne également que 80 % de femmes rencontrées à la permanence médicale de Bruxelles en 2008 sont en provenance des pays de l'Est.

Les personnes prostituées constituent un groupe particulièrement vulnérable en ce qui concerne les conduites à risque, d'une part en raison de leur fréquente marginalisation, d'autre part en raison de l'influence délétère du réseau social dans lequel s'inscrivent fréquemment ces pratiques. En outre, le recours à des produits psychotropes y est fréquent, et peut consister en une forme d'automédication mise en œuvre afin d'atténuer la douleur et les sentiments négatifs et culpabilisants qui accompagnent souvent cette activité.

Bien que les conduites addictives soient vraisemblablement répandues dans ces milieux, il n'existe aucune étude de prévalence permettant de l'attester et d'en quantifier la mesure. Néanmoins, en Communauté française, des campagnes de vaccination contre l'hépatite B ont permis de récolter des informations relatives à l'usage de drogues chez les personnes prostituées contactées via ces campagnes. Ainsi, des questionnaires ont été administrés en face à face par les travailleurs d'Espace P Liège, Namur et Charleroi auprès de toutes les personnes prostituées à qui la vaccination contre l'hépatite B a été proposée entre mars 1998 et décembre 2008, soit un total de 1786 questionnaires. Les données que nous allons rapporter ne peuvent toutefois être considérées comme purement représentatives de la population des personnes prostituées[65], en raison de l'absence d'échantillonnage aléatoire et du nombre parfois important de non réponses.

Année de collecte de données	1998 – 2008
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Evaluation d'une campagne de vaccination
Population cible	Personnes prostituées
Couverture	Liège, Namur, Charleroi
Distribution d'âge	
Instrument d'investigation	Questionnaire standardisé administré en face à face

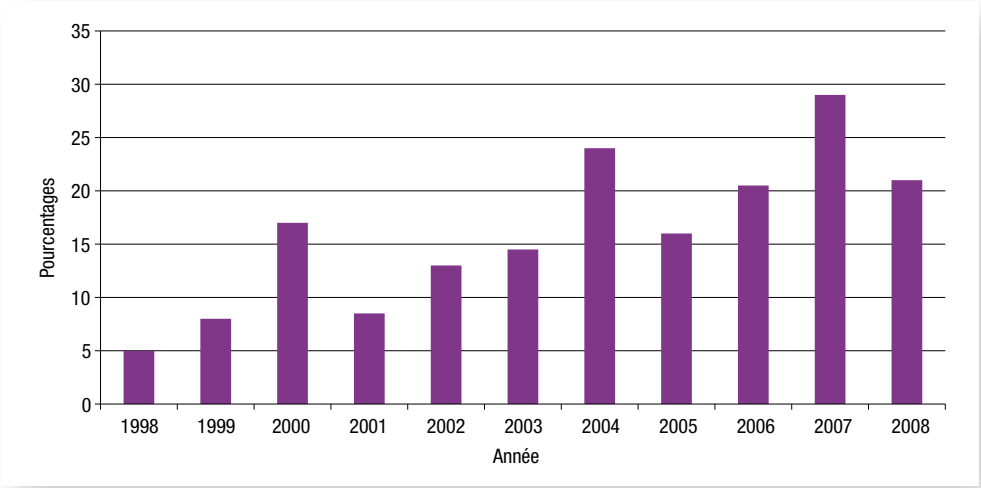
65. Ces données et leur évolution sont celles des prostituées recrutées par Espace P et ne sont pas nécessairement représentatives de celles des prostituées en général, leur mode de recrutement n'étant pas aléatoire mais le plus souvent dicté par des impératifs d'organisation pratique ou des choix stratégiques.

La majorité des personnes ayant participé à cette enquête sont de sexe féminin (97.3%) et de nationalité belge (67.4%). On notera néanmoins qu'une portion importante de l'échantillon est composée de personnes en provenance des pays d'Europe de l'Est (16.3%). La moyenne d'âge de l'échantillon est de 31.3 ans (de 17.8 à 72 ans), et l'âge moyen du premier rapport sexuel payant est de 26.3 ans (de 12 à 56 ans). Sur l'ensemble de l'échantillon constitué depuis 2003, le travail sexuel s'effectue le plus fréquemment en privé (43.5%), en vitrine (26.9%) ou dans des bars (25.2%), et se déroule rarement en rue (4.3%).

Un total de 17.5% des personnes prostituées ont déclaré consommer des drogues illicites (dont 5.4% par voie intraveineuse), sur les 1164 personnes ayant répondu à la question (65.2% de l'échantillon). On peut toutefois supposer que ces pourcentages sont sous-estimés, en raison du nombre important de non réponses, inhérent à la méthode utilisée pour récolter ces données: il n'est en effet pas toujours évident de se confier verbalement par interview lors d'un premier entretien de santé, même si cela se fait dans un contexte médical et dans un climat se voulant rassurant. En ce qui concerne la consommation d'alcool, 35% des répondants (69.1% de l'échantillon depuis 2003) déclarent en consommer quotidiennement, dont 12% de façon abusive.

On constate néanmoins certaines différences en fonction de l'origine des personnes prostituées. Ainsi, les prostituées d'origine non-belge sont plus jeunes et travaillent plus souvent en bar ou en rue, et moins souvent en privé, par rapport aux prostituées d'origine belge. Elles sont plus souvent sans couverture sociale (32 % vs 6 %), sans médecin traitant ni gynécologue (18 % vs 4 %), et lorsqu'elles ont un médecin, il est plus souvent dans l'ignorance de leur prostitution. Elles abusent plus souvent d'alcool (20% vs 9%), mais sont par contre moins souvent usagères de drogues que les prostituées d'origine belge (12% vs 20%).

Figure 44 : Usage de drogues chez les personnes prostituées.



Source : Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B (Espace P, 1998-2008), Document Espace P, 2008, p27.

On observe également des différences significatives en fonction du groupe d'âge. Ainsi, les personnes prostituées de moins de 25 ans comptent davantage de ressortissantes de pays étrangers

(principalement d'Europe de l'Est et d'Afrique Subsaharienne), et elles travaillent davantage en bar ou en rue par rapport aux personnes prostituées de plus de 25 ans (68% vs 60%). Elles ont aussi une moins bonne couverture sociale, un moins bon suivi médical et sont plus exposées à l'usage de drogues (24% vs 15%).

Comme on peut le constater dans la figure 44, l'usage de drogues (tout produit illégal confondu) est en augmentation progressive au fil des années, bien que cette augmentation s'effectue en dents de scie.

Finalement, il convient d'insister sur le fait que l'échantillon des prostituées ayant pris part à cette étude ne constitue pas un groupe homogène. En effet, il apparaît que les prostituées d'origine non belge, les prostituées de bar ou de rue et les prostituées les plus jeunes présentent certains facteurs de risque rendant leur condition globalement plus défavorable: une moindre couverture sociale, un moindre recours au système de soins et davantage de consommation de drogues ou d'alcool. Il importe donc que les actions de prévention et de réduction des risques soient davantage déployées envers ces groupes à plus haut risque, ce qu'assurent d'ailleurs les différentes antennes d'Espace P, notamment en ayant recours (depuis 2008) à des « jobistes » afin d'effectuer des opérations « Boules de Neige » auprès des prostituées toxicomanes, opérations telles que celles développées par Modus Vivendi (pour plus de détails, voir Espace P, 2009).

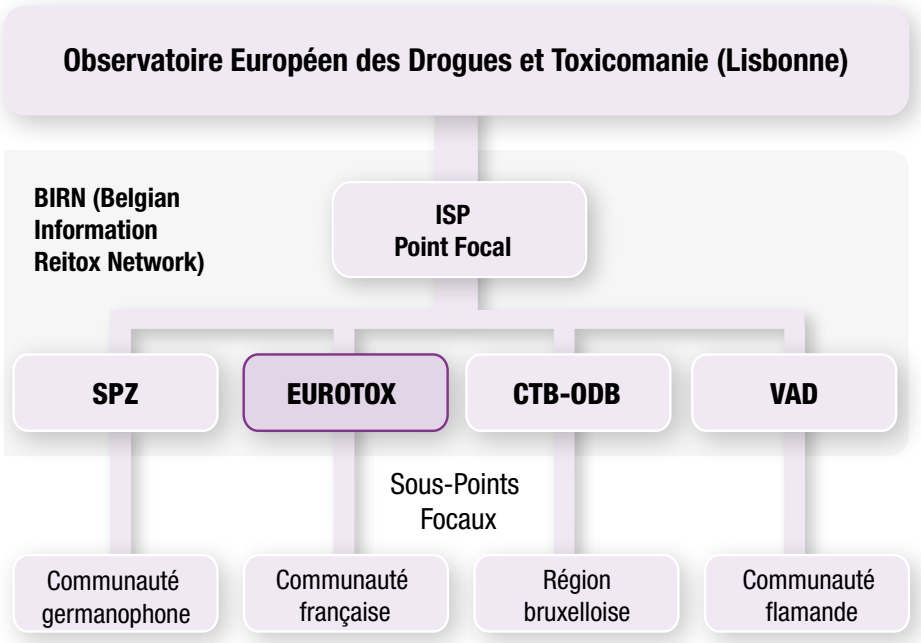
4. Cadre et missions d'Eurotox

Introduction

Ici encore, pour l'historique complet et la description exhaustive de la structure Eurotox, nous renvoyons le lecteur au site web d'Eurotox, ainsi qu'aux rapports précédents, et notamment au rapport 2004-2005 sur l'usage de drogues en Communauté française, disponible sur notre site Internet : www.eurotox.org.

Pour rappel, Eurotox remplit des missions en tant que **Sous-Point Focal de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies** (OEDT) couvrant le territoire de la Communauté française de Belgique, mais aussi en tant qu'**Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Communauté française**. L'asbl poursuit en outre ses activités propres, distinctes de ces missions, telles que la recherche, qui peuvent faire l'objet d'un financement spécifique. Ainsi, Eurotox réalise un état des lieux (ou cadastre) des actions de prévention des assuétudes et de réduction des risques liés à l'usage de drogues subsidiées en Communauté française (voir plus bas), qui en est à sa deuxième phase, focalisée sur les institutions/services subventionnés par le Ministère de l'Intérieur (via les « Plans stratégiques de Sécurité et de Prévention ») et la Région wallonne (« Plans de cohésion sociale).

Figure 45 : Structure belge du réseau de collecte de données destinées à l'OEDT



Eurotox a également réalisé une recherche-action (financée par la Région wallonne via un Plan Stratégique Transversal n°3), en collaboration avec l'asbl Modus Vivendi, afin d'identifier les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection en Région wallonne (voir plus bas).

Eurotox s'est également vu confier, par le cabinet de la ministre responsable de la Santé en Communauté française, l'élaboration de «stratégies concertées» en matière d'assuétudes en Communauté française (voir plus bas).

Tous les pays européens sont tenus de collecter des données pour l'OEDT, et possèdent une structure comparable, ou à tout le moins un Point Focal chargé d'organiser et de coordonner la collecte. L'existence des Sous-Points Focaux belges n'est due qu'à la division en entités fédérées et à la répartition de certaines compétences de santé à leur niveau.

Nous ne décrirons ci-dessous que les changements ou développements récents de ces différentes missions et activités.

4.1. Sous-Point Focal de l'OEDT

4.1.1. Missions du Sous-Point Focal Eurotox

4.1.1.1. Le Rapport national belge sur les drogues

Statu quo

L'asbl Eurotox contribue à la rédaction du rapport national demandé annuellement par l'OEDT afin de dépeindre à différents niveaux (politique, juridique, sociétal, épidémiologique, etc.) la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes en Belgique. Ces données, avec les rapports des autres pays européens, sont à la base de la rédaction du rapport européen sur l'usage de drogues.

4.1.1.2. La récolte d'indicateurs épidémiologiques-clés en Communauté française

Cinq indicateurs épidémiologiques clés développés par l'OEDT sont actuellement récoltés par la plupart des pays membres : **Indicateur de demande de traitement** (TDI) ; **prévalence d'usage dans la population générale** ; prévalence de **l'usage problématique** ; **maladies infectieuses** et **mortalité** liées à l'usage de drogues. Eurotox participe directement à la récolte de deux de ces cinq indicateurs : le TDI et les maladies infectieuses liées à l'usage de drogues.

4.1.1.2. A. Indicateur Demande de Traitement (TDI)

Evolution :

■ Développement de partenariats et couverture

Tableau 38 : Couverture des systèmes de recueil en Région wallonne et en Région bruxelloise, 2001-2009

Couverture 2001-2009	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Services enregistrés en Région wallonne	28	28	29	29	27	30	32	28	29
Services résidentiels	5	5	6	6	6	6	7	6	6
Services ambulatoires	21	21	21	21	19	22	22	19	20
MASS	2	2	2	2	2	3	3	3	3
Services enregistrés en Région bruxelloise	NC	NC	NC	NC	17	18	20	NC	NC
Services résidentiels*	-	-	-	-	NC	6	7	-	-
Services ambulatoires	-	-	-	-	NC	11	12	-	-
MASS	-	-	-	-	NC	1	1	-	-

**Il convient de noter que 3 centres résidentiels parmi les 7 participants proposent également un traitement ambulatoire.*

■ Participation à des groupes de travail

Comme chaque année, Eurotox a participé aux réunions du Comité de Coordination du Registre TDI. Ce comité est constitué essentiellement de représentants du SPF Santé, de la Communauté flamande, de l'ISSP et des sous-points focaux ou des organismes collecteurs (CTB-ODB, De Sleutel, VVBV, Eurotox), mais également de représentants de la direction des affaires de santé de la Communauté française et de la Région wallonne. La mission de ce groupe est de vérifier, d'adapter et d'harmoniser la méthodologie utilisée par les différents systèmes d'enregistrement. Depuis janvier 2008, ce groupe de travail est devenu un officiellement le Comité de Coordination du Registre TDI, dont l'ISSP assure la présidence. Les missions de ce comité sont de garantir le bon fonctionnement de l'ensemble du processus en tenant compte des recommandations de la Commission de protection de la Vie Privée, mais également de veiller au respect des conventions par les différentes parties et de garantir la qualité des données récoltées. Le rôle de ce comité est également de proposer des adaptations à l'enregistrement TDI afin d'assurer l'harmonisation de la collecte au niveau des différents systèmes d'enregistrement.

■ Développement d'un outil informatique commun

Dans le cadre du Comité de Coordination du Registre TDI, il a été proposé en 2010 de faire appel à la plate-forme technique eHealth afin que celle-ci développe d'une part un outil informatique afin que les organismes de collecte qui n'en disposent pas encore puissent en

bénéficier, et d'autre part d'assurer l'anonymisation des données, l'élimination de doublons et le contrôle de qualité des données récoltées dans le cadre du TDI.

Il a été décidé que les centres de traitement conventionnés par l'INAMI ainsi que ceux qui sont agréés par la Région wallonne vont désormais encoder les données TDI directement sur cet outil informatique. La phase test de cette nouvelle procédure de collecte est en cours et l'outil devrait être parfaitement opérationnel le 31 mars 2011. Nous procéderons ensuite à l'élargissement de l'utilisation de ce outil en le proposant également aux centres de traitement situés en Région wallonne qui ne sont ni conventionnés INAMI, ni agréés par la Région wallonne. Nous allons donc progressivement abandonner, au cours de l'année 2011, le recours à la fiche papier TDI proposée pendant de nombreuses années par Eurotox.

- **Identification des doublons**

Selon les définitions relatives à la récolte des données TDI établies par l'OEDT, la base de données TDI ne doit comporter que la dernière demande de traitement introduite par une personne sur une année civile. Il n'est pourtant par rare qu'un même patient introduise plusieurs demandes sur une même année civile, et de surcroît dans des centres de traitement distincts. Il est donc nécessaire de réaliser un travail de nettoyage afin de ne retenir que la dernière demande introduite par une même personne. Ce travail pourra facilement être réalisé grâce à l'encodage du code NISS du patient dans l'outil informatique mis au point par la plate-forme technique. Ce code sera recodé par la plate-forme technique afin d'assurer l'anonymat des patients participant à cette récolte, et ce en conformité avec les prescriptions de la Commission de la protection de la Vie Privée ainsi qu'avec le protocole d'accord interministériel signé par l'ensemble des ministres belges de la santé publique (Moniteur belge : 3 mai 2006). Notons finalement que les patients seront initialement informés de l'existence de cette récolte TDI, et auront le droit de refuser d'y participer.

- **Traitement et analyse des données**

Chaque année, les données récoltées sont centralisées par Eurotox, puis nettoyées afin de pourvoir être analysées. Les résultats des analyses sont synthétisés dans les tables standards de l'OEDT (envoyées à l'ISP dans le cadre des missions de Sous-Point Focal de l'OEDT). Ces résultats sont également utilisés par le BIRN (Belgian Information Reitox Network) ainsi que dans le présent rapport. L'implémentation du nouvel outil informatisé de récolte de donnée aura pour conséquence que les données ne seront plus directement récoltées par Eurotox mais par la plate-forme eHealth, qui les transmettra à Eurotox ainsi qu'à l'ISSP de manière sécurisée.

4.1.1.2. B. Indicateur Maladies Infectieuses en lien avec les drogues

Evolution :

Depuis mi-2002, la fiche de recueil d'Eurotox comporte des questions actualisées sur les statuts sérologiques du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C. Toutefois, le taux de réponses à ces questions reste faible, en raison du caractère optionnel de la participation à cet indicateur. En effet, les intervenants ont le choix de compléter ou non les données relatives au statut sérologique des patients qu'ils prennent en charge. Le logiciel 'Addibru', qui assure la récolte TDI en région bruxelloise, et l'enquête 'Sentinelles', qui l'assure dans la région de Charleroi, ne permettent

d'ailleurs pas actuellement de récolter ces informations. En outre, les partenaires nous témoignent de leurs difficultés à remplir cette partie (question par nature intrusive, fiche encodée lors du second rendez-vous, fiche remplie par un autre professionnel que le médecin). En outre, en raison de l'informatisation de la récolte du TDI, cet indicateur ne sera plus récolté jusqu'à ce qu'il soit lui aussi inclus dans l'outil de récolte mis en place par la plate-forme eHealth qui servira désormais à récolter le TDI.

4.1.1.2. C. Mortalité

Nous disposons depuis peu de certaines données de mortalité liées à l'usage de drogues en Communauté française (hors région de Bruxelles-Capitale). Actuellement, nous disposons des données pour les années 2004, 2005 et 2008, et devrions prochainement recevoir les données 2009, une fois que la Communauté française les aura compilées et validées. Nous présentons également dans chacun de nos rapports les données de mortalité observées en région de Bruxelles-Capitale).

4.1.1.2. D. Prévalence de l'usage dans la population générale

Il n'existe pas à proprement parler en Belgique d'enquête de prévalence de l'usage de drogues dans la population générale. Néanmoins, l'enquête de santé par interview réalisée tous les quatre ans par l'ISSP inclut depuis peu certaines questions relatives à la consommation de substances psychoactives, de sorte qu'il est possible de se faire une idée de la consommation de certaines de ces substances dans la population générale. La dernière levée de cette enquête a été réalisée en 2008 et publiée en 2010, et nous en présentons les principaux résultats dans le présent rapport (voir chapitre 2).

4.1.1.3. Base de données européenne "EDDRA" (Exchange on drug demand reduction actions)

Evolution :

En 2010, deux projets ont été mis à jour. En effet, afin de rester actualisée, la database EDDRA procède à des ajustements permanents, répertoriant notamment les résultats d'évaluation des projets. Les projets mis à jour en 2010 sont : « Transit, centre d'hébergement de crise et d'accueil d'urgence pour usagers de drogues. » et « Kangourou : accueil de mères toxicodépendantes et de leurs enfants. ».

Cette base de données européenne, gérée par l'OEDT, répertorie des projets en prévention, réduction des risques ou traitement des assuétudes qui doivent notamment être innovants, et doivent de surcroît comporter une évaluation clairement définie. Elle est disponible à l'url suivant : http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples et permet un échange de « bonnes pratiques » au niveau européen, qui peut être source d'inspiration pour toute personne investie en Communauté française dans le domaine des assuétudes.

4.1.1.4. Système d'alerte précoce, ou « Early Warning System » (EWS)

Evolution :

Depuis le 25 février 2010, Eurotox est membre de la plateforme d'alertes précoces en ligne « EWS-VAD ». Celle-ci est un nouveau forum d'échanges entre professionnels des assuétudes (flamands et hollandais principalement) créé et animé par le VAD. Elle constitue une opportunité de plus d'échanger de l'information sur des tendances émergentes et de nouveaux produits circulants ou nouveaux modes de consommation.

Les thèmes et alertes lancés sur ce forum en 2010 ont concerné des sujets divers (notamment des comprimés d'ecstasy fortement dosés ; une poudre vendue comme du speed et contenant des amphétamines et des cathinones ayant causé un décès et un coma en Belgique; l'émergence de nouvelles drogues en Europe - dont la methedrone et la fluorométamphétamine - ; la circulation en Hollande de comprimés d'ecstasy contenant de la PMMA – paramethoxymethamfetamine - ; ou encore la première apparition répertoriée en Belgique d'un cannabinoïde de synthèse, le JWH-018).

Un exemple de message d'alerte précoce est fourni en annexe 7.1. du présent rapport.

4.2. Observatoire Socio-Epidémiologique Alcool Drogues en Communauté française

La mission spécifique d'observation en matière d'assuétudes sur le territoire de la Communauté française (en ce inclus le recueil de données épidémiologiques) a été attribuée à Eurotox par Arrêté du Gouvernement de la Communauté française le 11/09/2000. Cette mission a été reconduite le 1er janvier 2005 pour un mandat de cinq ans. Elle consiste principalement à produire un rapport sur l'usage de drogues et d'alcool en Communauté française ainsi qu'à y développer le recueil des données nécessaires à sa réalisation.

4.2.1. Rapport sur l'usage de drogues en Communauté française

Les cinq indicateurs épidémiologiques cités ci-dessus, servent également à la rédaction du présent rapport (chapitre 2).

Les aspects plus proprement sociologiques sont développés dans le chapitre 1, consacré au cadre législatif et organisationnel. Quant à l'ancien chapitre 3, consacré aux projets et tendances en matière de promotion de la santé, prévention et réduction des risques, il n'existe plus dans le cadre du rapport, ayant en quelque sorte été remplacé par le cadastre répertoriant et décrivant ces mêmes actions (voir plus bas).

Un sujet spécifique est désormais développé de manière bisannuelle (première levée : un dossier spécial « alcool », dans notre rapport 2004-2005 ; deuxième levée : le dossier sur le dopage, dans le rapport 2009 ; troisième levée : l'évaluation des politiques et des actions de réduction des risques liés aux drogues, prévue pour notre rapport 2011).

4.2.2. Développement du recueil de données (système de monitoring) en Communauté française

Les points développés en rubrique 4.1.1.2., particulièrement sur le TDI, sont évidemment en grande partie valables dans le cadre du recueil en Communauté française. Celui-ci doit en effet, pour des raisons de convergence scientifique mais aussi d'économies d'échelle, converger au mieux vers les critères européens.

4.2.2.1. Statut juridique et base légale

Actuellement, l'enregistrement TDI ne jouit d'aucun statut juridique et ce, malgré le fait qu'il soit inscrit dans le Plan drogues 2005-2008 et dans le protocole d'accord interministériel sur le TDI. Cet enregistrement ne constitue pas une obligation d'un point de vue juridique (ainsi, l'enregistrement TDI se fait sur base volontaire). Pour pallier cela et pour chaque niveau de pouvoir, il serait souhaitable, selon le groupe de travail TDI, qu'une base légale soit rédigée, notamment pour circonscrire les enjeux en termes de protection de la vie privée des consommateurs dont la demande de traitement est enregistrée.

4.2.2.2. Diffusion des résultats

Eurotox assure la diffusion des données à plusieurs niveaux (local, communautaire, fédéral, européen). ***Depuis 2005, plusieurs journées de présentation des résultats ont été organisées sur demande auprès des centres d'enregistrement partenaires.***

Par ailleurs, les cabinets et administrations en charge de la santé font appel à Eurotox pour obtenir des informations sur des sujets spécifiques (drogues et prisons, milieu festif, dopage, réduction des risques, etc.). Les informations pertinentes sont alors transmises aux demandeurs.

Enfin, l'information compilée par Eurotox est mise à disposition en cas de rédaction de mémoires, travaux de fins d'études, etc., consacrés aux drogues et assuétudes.

Le site web d'Eurotox est quant à lui opérationnel depuis deux ans. Il se veut simple et convivial. Il comporte notamment une possibilité d'abonement par flux RSS aux alertes précoces diffusées dans le cadre du système EWS. En un ou deux clics de souris, il est ainsi possible de s'« abonner » aux alertes précoces diffusées par Eurotox et mises à disposition en direct sur le site. Elles arrivent alors en temps réel sous l'onglet « favoris » ou « marque-pages » de la page d'accueil de l'Internaute concerné.

Des documents sont également téléchargeables au format Pdf. Ce sont pour l'instant les précédentes livrées du présent rapport, ainsi que la première vague du « cadastre des actions de prévention et de réduction des risques » réalisé par Eurotox en Communauté française, mais aussi des « tirés à part » des dossiers spéciaux déjà réalisés par Eurotox (alcool, dopage, et aujourd'hui « crache-test »), et très bientôt une version téléchargeable de la « Recherche-action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection » (voir ci-dessous).

Ce site est également l'occasion de diffuser de l'information sur l'actualité des assuétudes et des consommations, via des articles rédigés sur des sujets divers (« nightlife », consommation des jeunes, etc.).

4.3. Autres activités de l'asbl Eurotox

4.3.1. Recherche

- La *« Recherche-action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection »* a été menée à bien par Eurotox, en collaboration avec Modus Vivendi. Elle s'inscrivait dans le cadre du Plan stratégique n°3 (PST3) de 2009, financé par le gouvernement de la Région wallonne. Elle présente deux composantes : une première partie qui explore les besoins du dispositif actuellement proposé aux usagers de drogues par injection et une deuxième partie qui cible les besoins des usagers en Région wallonne. Un croisement de l'analyse du dispositif selon les besoins des usagers est également abordé.
  L'objectif général de cette étude était l'amélioration du dispositif de réduction des risques ainsi que son accessibilité pour les UDI. L'hypothèse de départ, fondée sur l'expérience de terrain et la revue de la littérature était que certains publics accèdent difficilement au dispositif. Ces publics, avec les nombreuses interrogations concernant leurs besoins singuliers, sont les suivants :

  - les migrants (où se posent des questions concernant les difficultés culturelles et linguistiques, la clandestinité, la forte prévalence VIH dans certains pays d'origines,...) ;
  - Les femmes (faut-il ouvrir des espaces spécifiques ?, quels enjeux pour la parentalité/addiction,...) ;
  - les jeunes (milieu festif, les premiers mois de la consommation sont les plus dangereux, apparition de nouveaux injecteurs chez les très jeunes,...).
    Six objectifs spécifiques (OS) ont été définis pour cette recherche-action:

    - OS1 : Identifier les usagers de drogues par voie intraveineuse.
      - Qui sont-ils : caractéristiques sociodémographiques, socio-économiques, modes de vie…
      - Profil de consommateurs
      - Type de consommation
      - Mode de consommation
      - Existence de nouveaux publics non couverts par les actions en cours et focus spécifique sur les migrants, les femmes et les jeunes.
    - OS2 : Identifier les risques encourus par les usagers
    - OS3 : Identifier les acteurs, actions, stratégies et outils des acteurs en contact avec les UDI
    - OS4 : Identification des faiblesses du dispositif et ses besoins afin de mettre en relation offre des services et demande des usagers
    - OS5 : Fournir des recommandations

  Afin d'obtenir un support théorique et méthodologique, ainsi que d'assurer un échange de savoir entre l'équipe de recherche et certains experts, un comité d'accompagnement scientifique a été constitué. Ce comité était composé d'anthropologues, d'épidémiologistes, de statisticiens, de professionnels en santé publique et de professionnels travaillant sur la thématique des drogues et assuétudes. Ce comité s'est réuni à deux reprises, une première fois pour discuter de la méthodologie et une seconde fois, au terme de l'analyse des données, afin de dégager des pistes d'interprétation de certains

résultats de l'étude. La recherche s'est achevée en Novembre 2010. Le rapport sera disponible aussi bien en ligne qu'en copie papier au début de l'année 2011.

- La deuxième phase du cadastre des actions de prévention et de réduction des risques en Communauté française[66] explore les plans stratégiques de sécurité et de prévention, financés par le ministère de l'Intérieur, ainsi que les projets mis en place dans le cadre des plans de Cohésion Sociale de la Région wallonne.
  La méthodologie utilisée est similaire a celle employée dans la première phase et comporte la réalisation des entretiens individuels avec les institutions sélectionnées. Les entretiens ont eu lieu de février à avril 2010. Ils ont été effectués par la responsable du projet cadastre et par un stagiaire en criminologie. A l'heure actuelle, le rapport cadastre est en phase de révision, la version définitive sera publiée au courant du premier semestre 2011.

- Suite à deux tables rondes sur les assuétudes organisées par les ministres en charge de la santé en Communauté française et en Région wallonne (voir plus haut) ; suite au constat de l'éclatement et du cloisonnement des acteurs et des compétences, qui empêche souvent de trouver un consensus sur des logiques d'interventions partagées ; suite enfin au retard souffert par l'incarnation des recommandations du « Collège d'experts » de 2005 en un PCO (Plan Communautaire Opérationnel) dédié exclusivement aux assuétudes, la Communauté française a décidé d'initier un processus de concertation au sein du secteur, qui s'incarnerait dans un PCO à l'échéance de deux ans. Le cabinet de la Ministre Laanan a déterminé que ce processus prendrait la forme de « stratégies concertées » en matière d'assuétudes ; des moyens et du personnel (un 4/5ème ETP) ont été engagés, et le pilotage de cette concertation, pour ce qui concerne la Communauté française, a été confié à Eurotox. Il s'agira donc d'élaborer un cadre de référence commun en vue d'une action conjointe, sur la base d'un processus de concertation « bottom-up » des acteurs de terrain. La démarche se veut participative, orientée vers les résultats, et susceptible de mobiliser les intervenants du secteur. Elle doit déboucher sur la rédaction d'un cadre de référence commun, lequel permettra la rédaction du PCO.
  Le projet se déroule en quatre étapes. La première étape est consacrée au choix d'une méthodologie adaptée, en collaboration avec le SIPES-ULB et le comité d'accompagnement. Dans la deuxième étape du projet, des groupes de travail seront mis en place pour établir un diagnostic de la situation et définir des objectifs spécifiques en termes de prévention et de réduction des risques. Dans la troisième étape du projet, il s'agira pour les intervenants de définir des actions prioritaires. Enfin, la quatrième étape sera consacrée à la définition des indicateurs d'évaluation.

- HACOURT G., Recherche ethno-épidémiologique sur la consommation d'XTC et de 'nouvelles drogues' en Communauté française de Belgique, L'Harmattan, ISBN 2-7475-3054-X, l'asbl Eurotox, 2002, 232 pp.

Et la brochure qui en est issue :

- BASTIN P, DAL M., HARIGA F., Synthèse et recommandations de la recherche « ECSTASY pilules sans ordonnances : usages et usagers de nouvelles drogues de synthèse », Ministère de la Communauté française, 2003

66. Pour la première phase, déjà publiée, voir: http://www.eurotox.org/documents/documents.html, ou info@eurotox.org pour une copie papier.

- Ainsi que les actes d'une journée d'études organisée par Eurotox sur ce thème : *De la prévention des risques aux risques de la prévention : confrontations et débats sur les drogues de synthèse, Les actes de la journée d'étude Eurotox du 3 décembre 1999*, in *Les Cahiers de Prospective Jeunesse*, volume 5 - n° 1-2 - 1er et 2ème trimestre 2000

4.3.2. Action spécifique

Tendances émergentes ("Emerging trends-E.T.")

EVOLUTION :
L'inscription d'Eurotox au forum en ligne « EWS-VAD » (voir plus haut), axé sur les alertes précoces mais aussi sur les tendances émergentes observées en Flandre, a permis à Eurotox d'étoffer encore cette mission.

Inscription d'Eurotox au forum en ligne (et groupe de travail international) « Tedi workgroup », qui inclut des organisations de l'Union Européenne responsables d'analyses de drogues et dont la vocation inclut un feed-back des analyses aux consommateurs de drogues.

Des exemples de messages de tendances émergentes issus des différents forums auxquels participe Eurotox sont fournis en annexes 7.2., 7.3. et 7.4. du présent rapport.

5. Bibliographie

BATALLAN, A., FAUCHER, P., PONCELET, C., DEMARIA, F., BENIFLA, J.L., & MADELENAT, P. (2003), ***La transmission materno-foetale du virus de l'hépatite C : actualités sur l'intérêt de la césarienne.*** Gynécologie obstétrique & fertilité. 2003 ; 31 : 964-968.

BECHARA, A. ***Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neuro-cognitive perspective.*** Nature neuroscience. 2005 ; 8 : 1458-1463.

BECHARA, A., DOLAN, S., DENBURG, N., HINDES, A., ANDERSON, S.W., ET NATHAN, P.E., ***Decisionmaking deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers.*** Neuropsychologia. 2001; 39: 376-389.

BELLO P-Y, BEN LAKHDAR C, CARRIERI MP, et al., Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues [en ligne]. Paris : INSERM ; 2010 [consulté le : 14 mars 2011]. Disponible sur: http://www.inserm.fr/index.php/thematiques/sante-publique/expertises-collectives

BERTORELLE, V. AURIACOMBE, M., GRABOT, D., FRANQUES, P., MARTIN, C., DAULOUEDE, J.P. ET TIGNOL, J. ***Evaluation quantitative des pratiques de partage de matériel à risque de contamination infectieuse virale chez les usagers d'opiacés par voie intraveineuse faisant une demande de soins : utilisation de l'auto-questionnaire RAB.*** L'encéphale. 2000 ; 26, 3-7.

BOCQUET, I., WERBROUCK, D. (2010). ***Echo du CLPS. Le Point d'Appui aux écoles en matière de prévention des Assuétudes.*** Bruxelles Santé. 2010 ; 58 : 964-968.

BOLLA, K.I., ELDRETH, D.A., LONDON, E.D., KIEHL, K.A, MOURATIDIS, M., CONTOREGGI, C. ET AL., ***Orbitofrontal cortex dysfunction in abstinent cocaine abusers performing a decision-making task.*** NeuroImage. 2003 ; 19 : 1085-1094.

BOUCHER, F., & PAINCHAUD, L. , ***La transmission verticale du virus de l'hépatite C : Les connaissances et les enjeux actuels.*** Paediatrics and Child Health. 1997; 2: 227-237.

COCOF. ***Offre de soutien méthodologique proposé par la Cadeq*** [en ligne]. c 2006 [consulté le 20 septembre 2010]. Disponible sur : http://www.cocof.irisnet.be/site/fr/sante/deq_data/index_htm

COLLEGE D'EXPERTS EN ASSUETUDES, ***Constats et recommandations en vue d'un plan concerté en matière d'assuétudes (RW/CF/CCF)*** [en ligne]. c2005 [consulté le 31/03/2011]. Disponible sur : http://www.sante.cfwb.be/publications-et-periodiques/assutudes/

COSTES J-M, MARTINEAU H, eds., ***Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (projet SAM). Synthèse des principaux résultats*** [en ligne]. Paris : OFDT ; 2005 [consulté le : 25/11/2010]. Disponible sur : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap05/sam.html

DE RUYVER B., PELC I., CASSELMAN J. & al., ***La politique des drogues en chiffres, une étude des acteurs concernés des dépenses publiques et des populations atteintes.*** Gent : Academia Press ; 2004.

DE RUYVER B., PELC I., DE GRAEVE D. & al., ***Drogues en chiffres II : etude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes, étude de suivi.*** Gent : Academia Press ; 2007.

DES JARLAIS, D.C., PERLIS, T., ARASTEH, K., TORIAN, L.V., HAGAN, H., BEATRICE, S., ET AL., ***Reductions in hepatitis C virus and HIV infections among injecting drug users in New York City,*** 1990-2001., Aids. 2005 ; 19 : 20-25.

EDUCATION SANTE, ***Evaluation des dispositifs de santé en Communauté française*** [en ligne]. c.2010 [consulté le 4 février 2011]. Disponible sur: http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1328

EMCDDA. ***Statistical Bulletin*** 2009, Table TDI-9. 2009; Lisbonne: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA. ***Guidelines for collecting data on retail drug prices in Europe: issues and challenges.*** 2010; Lisbonne: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMMANUELLI, J., JAUFFRET-ROUSTIDE, M., ET BARIN, F., ***Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002.*** Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2003 ; 16-17 : 97-99.

ESPACE P. ***Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B: 1998-2008.*** Bruxelles : Espace P ; 2009.

FAVRESSE, D., DE SMET, P., PIETTE, D., ET GODIN, I., ***Sidsida. Dépistage VIH en Communauté française. Période 2005-2006, Rapport d'analyse des données collectées par les Centres de dépistage communautaire.*** Bruxelles : SIPES ULB-PROMES (Ecole de Santé Publique) ; 2007.

GARFEIN, R.S., GALAI, D., DOHERTY, M.C., ET NELSON, K.E., ***Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses.*** American Journal of Public Health. 1996; 86: 655-661.

GISLE, L. ***L'usage de drogues illicites. Enquête de santé par interview, Belgique 2008***. 2010 ; Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique.

GHOSN, J., LERUEZ-VILLE, M., & CHOIX, M.L., ***Transmission sexuelle du virus de l'hépatite C.*** La Presse Médicale. 2005; 34: 1034-1038.

HAGAN, H., THIEDE, H., WEISS, N.S., HOPKINS, S.G., DUCHIN, J.S., ET ALEXANDER, E.R., ***Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C.*** American Journal of Public Health. 2001; 91: 42-46.

HAHN, J.A., PAGE-SHAFER, K., LUM, P.J., OCHOA, K., ET MOSS, A.R., ***Hepatitis C virus infection and needle exchange use among young injection drug users in San Francisco.*** Hepatology. 2001 ; 34 : 180-187.

HOGGE, M. ***La dépendance à une substance chez les jeunes adultes***. Santé en Communauté Française, numéro 5. 2010 ; Bruxelles : Direction Générale de la Santé de la Communauté française.

HUGHES B., ***Répondre au problème de la conduite sous l'emprise de stupéfiants en Europe*** [en ligne]. Objectif drogues [en ligne]. 2009 [consulté le : 25/11/2010]. Disponible sur : http://www.springerlink.com/content/y4541636677804vm/export-citation/

LOPEZ D., MARTINEAU H. ET PALLE C., *Mortalité liée aux drogues illicites: Etude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants.* Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies ; 2004.

LYNCH W. J., ROTH M. E. ET CAROLL M. E., *Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies.* Psychopharmacology. 2002; 164 : 121-137.

MACÍAS J., PALACIOS R.B., CLARO E. ET AL., High prevalence of hepatitis C virus *infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack.* Liver International. 2008 ; 28 : 781-786.

MARTINEZ A. ET TALAL A.H., *Noninjection drug use: an under-appreciated risk factor for hepatitis C virus transmission*. Liver International. 2008 ; 28 : 757-760.

MATHEÏ C., ROBAEYS G.,VAN RANST M.,VAN DAMME P. ET BUNTINX F., *The epidemiology of hepatitis C among injecting drug users in Belgium.* Acta Gastroenterology Belgica. 2005; 68 : 50-54.

MATHERS B.M., DEGENHARDT L., PHILLIPS B. ET AL., *Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review.* The Lancet. 2008 ; 372 : 1733-1745.

MÉDECINS DU MONDE., *Epidémie d'hépatite C chez les usagers de drogue : oser prendre de vraies mesures.* Dossier de presse publié à l'occasion de la Journée Mondiale des Hépatites. Paris ; 2009.

MURRILL C.S., WEEKS H., CASTRUCCI B.C. ET AL., *Age-specific seroprevalence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infection among injection drug users admitted to drug treatment in 6 US cities.* American Journal of Public Health. 2002; 92 : 385-387.

NEUFCOUR P.,*Les « Crache tests » ne sont pas prêts.* La Meuse 04/10/2010 ; 272 : 5

OEDT, *Rapport annuel 2008 - Etat du phénomène de la drogue en Europe.* Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies. Lisbonne ; 2008.

OEDT, *Annual report 2006; selected issues: A gender perspective on drug use and responding to drug problems. 2006;* Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies. Lisbonne.

PEHRSSON A, BLENCOWE T,VIMPARI K, et al., *Performance evaluation of the DrugWipe® 5/5 + on-site oral fluid screening device. International Journal of Legal Medicine* [en ligne]. 2010 [consulté le : 25 novembre 2010]. Disponible sur : http://www.springerlink.com/content/y4541636677804vm/export-citation/

RAJA M. ET AZZONI A., *Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk.* Journal of Affective Disorders. 2004 ; 82 : 437-442.

REGION WALLONNE, *Actes de la table ronde de la Communauté française* [en ligne]. c2010. [consulté le 04/02/2011]. Disponible sur : http://socialsante.mrw.wallonie.be/pages/6401.php#tablerondeassuetudes

REGION WALLONNE, *Actes de la table ronde du 28 mai du parlement wallon* [en ligne]. c2010. [consulté le 04/02/2011]. Disponible sur : http://socialsante.mrw.wallonie.be/pages/6401.php#tablerondeassuetudes

RHODES A., BETHELL J., SPENCE J., LINKS P., STREINER D. ET JAAKKIMAINEN L., ***Age-sex differences in medicinal self-poisonings : A population-based study of deliberate intent and medical severity***. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2008 ; 43 : 642-652.

RHODES T, HEDRICH D, eds., ***Harm reduction: evidence, impacts and challenges.*** Lisbon: EMCDDA; 2010

RHODES T, HEDRICH D, eds., Selected issue 2007. ***Drugs and driving*** [en ligne]. Lisbon: EMCDDA ; 2007 [consulté le : 15/03/2011]. Disponible sur : http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44716EN.html

SACRE, C., DAUMAS, C. & HOGGE, M. ***Besoins et offre de services à disposition des usagers de drogues par injection en Région wallonne***. 2011 ; Eurotox et Modus Vivendi ; Bruxelles.

SASSE., A., VERBRUGGE, R., BUZIARIST, J., ET VAN BECKHOVEN, D. ***Epidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2009***. 2010 ; Institut Scientifique de Santé Publique : Bruxelles.

THOMAS D.L., VLAHOV D., SOLOMON L., COHN S., TAYLOR E., GARFEIN R. ET NELSON K.E., ***Correlates of hepatitis C virus infections among injection drug users.*** Medicine. 1995 ; 74 : 212-220.

THORPE L.E., OUELLET L.J., HERSHOW R., BAILEY S.L., WILLIAMS I.T., WILLIAMSON J. ET AL., ***Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment.*** American Journal of Epidemiology. 2002 ; 155 : 645-653.

TODTS S., GLIBERT P., VAN MALDEREN S., SALIEZ V., HOGGE, M. ET VAN HUYCK C. ***Usage de drogues dans les prisons belges: Monitoring des risques sanitaires.*** Service Public Fédéral Justice : Bruxelles ; 2009.

TORTU S., MCMAHON J.M., POUGET E.R. ET HAMID R., ***Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for Hepatitis C.*** Substance Use and Misuse. 2004 ; 39 : 211-224.

UNODC, ***Rapport Mondial sur les Drogues***, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime : Vienne ; 2009.

VAN DEN HAZEL R., LESGER D., PETERS T. ET AL., ***Prostitution: Bruxelles en image – Outils de réflexion pour une politique intégrale de la prostitution.*** Seinpost Adviesbureau BV-Erasmus Hogeschool (en collaboration avec la Katholieke Universiteit Leuven). Brussel ; 2009.

VÄRNIK A., KÕLVES K., VAN DER FELTZ-CORNELIS C.M., MARUSIC A., OSKARSSON H. ET AL., ***Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the «European Alliance against Depression"***. Journal of Epidemiology and Community Health. 2008 ; 62 : 545-551.

VERSTRAETE A, LABAT L., ***Utilisation des tests rapides de détection de drogues dans la salive au bord de la route et en santé au travail.*** Annales de Toxicologie Analytique 2009; 21(1): 3-8.

WOOD E, KERR T, MONTANER JS, et al., ***Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer-injecting facility*** [en ligne]. The Lancet Infectious Diseases; 2004 (consulté le 14 mars 2011). Disponible sur : http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099%2804%2901006-0/fulltext#article_upsell

6. Liste des tableaux et figures

TABLEAUX

Tableau 1 En Communauté française, postes budgétaires liés aux assuétudes et pourcentage du budget global du « programme 2 – médecine préventive » qu'ils représentent 20

Tableau 2 aide méthodologique de la CADEQ à l'élaboration de projet..... 22

Tableau 3 accompagnement du projet triennal de DEQ par la CADEQ 22

Tableau 4 seuils de positivité du test salivaire "Drugwipe 5+" 25

Tableau 5 seuils de positivité de l'analyse de salive consécutive à un test salivaire "Drugwipe 5+" positif..... 26

Tableau 6 seuils de positivité de l'analyse sanguine consécutive à un test "Drugwipe 5+" positif et à une analyse salivaire positive..... 26

Tableau 7 Evolution de la prévalence de la consommation de cannabis dans la population belge âgée de 15 à 64 ans. Enquête HIS 2008. 49

Tableau 8 Prévalence de consommation des autres drogues illicites dans la population belge âgée de 15 à 64 ans. Enquête HIS 2008. 51

Tableau 9 Prévalence de la consommation de cannabis par région en 2008. Enquête HIS 2008..... 53

Tableau 10 Prévalence de consommation des autres drogues illicites par région en 2008. Enquête HIS 2008..... 53

Tableau 11 Produits évoqués lors des contacts avec Infor-Drogues, 2004-2009..... 56

Tableau 12 Catégories de public qui contactent Infor-Drogues, 2004-2009..... 57

Tableau 13 Raison de la détention actuelle de la population carcérale au 25/02/2008..... 61

Tableau 14 Prévalence de consommations de drogues au cours de la vie selon la tranche d'âge des détenus..... 62

Tableau 15 Prévalence de consommation au cours de la vie par produit..... 62

Tableau 16 Prévalence de consommation de drogues en prison selon la tranche d'âge des détenus..... 63

Tableau 17 Prévalence de consommation de drogues en prison par produit 64

Tableau 18 Premier usage de produits en prison 65

Tableau 19 Prévalence du dépistage VIH/SIDA et des hépatites ainsi que résultats des tests réalisés dans et hors de la prison 68

Tableau 20 Répartition des modes de consommation par type de produit principal au sein des admissions (n=1296), Communauté française, 2009..... 88

Tableau 21 Profil des primo-demandeurs selon le type de produit principal consommé, Communauté française, 2009..... 94

Tableau 22 Comparaison des profils des patients séropositifs VHC, VHB et VIH, Communauté française, 2008 98

Tableau 23 Patients présentant au moins un facteur favorisant le développement de la tuberculose, Communauté française, 2008..... 101

Tableau 24 Nombre de conducteurs et de piétons victimes d'un accident en fonction du résultat du test d'alcoolémie - 2008..... 107

Tableau 25 Nombre de conducteurs victimes suivant leur état (ivresse, influence de médicaments…)* - 2008 107

Tableau 26 Nombre et quantités des saisies opérées en Belgique, Police Fédérale Belge, 2005-2009 108

Tableau 27 Evolution historique du prix moyen des drogues en Belgique (prix estimés à partir des saisies policières), Police Fédérale Belge, 2001– 2009 110

Tableau 28 Evolution des prix des drogues en rue, Eurotox, 2004-2009 112

Tableau 29 Prix des drogues en rue par région/province, Eurotox, 2009 113

Tableau 30 Pourcentages d'usage au cours de l'événement chez les personnes rencontrées en milieu festif, Communauté française, 2004-2008 116

Tableau 31 Type de produits consommés et polyconsommation en milieu festif, Communauté Française, 2004 – 2008 117

Tableau 32 Répartition (en %) et profilage démographique des personnes présentant des problèmes en lien avec l'usage de drogues, Communauté française, 2004-2008 118

Tableau 33 modes de consommations à risques en milieu festif 119

Tableau 34 Répartition (en %) du mode de retour après l'événement des personnes rencontrées en milieu festif ayant consommé un produit (hors tabac), Communauté française, 2004-2008 120

Tableau 35 Pourcentage de l'usage des produits au cours du dernier mois chez les personnes rencontrées en rue, Communauté française, 2001-2008 121

Tableau 36 Profil démographique des UDI rencontrés en rue, Communauté française, 2001-2008 122

Tableau 37 Comportements à risque au cours des 6 derniers mois, et connaissance et fréquentation des comptoirs d'échange de seringues chez les UDI rencontrés en rue, Communauté française, 2000-200 123

Tableau 38 Couverture des systèmes de recueil en Région wallonne et en Région bruxelloise, 2001-2009 133

FIGURES

Figure 1 Aperçu des dépenses publiques en matière de drogues (2004) 19

Figure 2 Budget du« programme 2 – médecine préventive » de la Communauté française, 2003-2008 19

Figure 3 Age du public du service d'e-permanence pour les années 2007, 2008 et 2009 (pourcentage). 55

Figure 4 Ligne téléphonique d'Infor-Drogues. Age et sexe des appelants, 2009. 57

Figure 5 Evolution du nombre d'admissions par système de collecte, Communauté française, 2003-2009 75

Figure 6 Evolution des proportions de premières demandes de traitement au sein de chaque système de collecte, Communauté française, 2003-2009 76

Figure 7 Antécédents thérapeutiques des patients en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009 77

Figure 8 Origine des demandes de traitement au sein des admissions, Communauté française, 2007-2009 77

Figure 9 Origine des demandes de traitement au sein des premières demandes, Communauté française, 2007-2009 78

Figure 10 Distribution des âges au sein des admissions et des premières demandes de traitement, Communauté française, 2009 78

Figure 11 Moyenne d'âge par type de produits consommés au sein des admissions et des premières demandes de traitement, Communauté française, 2009 79

Figure 12 Répartition des sexes au sein des admissions et des premières demandes de traitement, Communauté française, 2007-2009 80

Figure 13 Nationalité des patients admis en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009 81

Figure 14 Niveau de scolarité des patients admis en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009 81

Figure 15 Origine des revenus des patients admis en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009 82

Figure 16 Origine des revenus des patients en première demande de traitement, Communauté française, 2007-2009 82

Figure 17 Mode de vie des patients admis en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009 83

Figure 18 Répartition des admissions et des premières demandes en fonction du fait de vivre ou non avec un (des) enfant(s), Communauté française, 2007-2009 84

Figure 19 Lieu de vie des patients admis en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009 84

Figure 20 Lieu de vie des patients en première demande de traitement, Communauté française, 2007-2009 85

Figure 21 Produit principal mentionné par les patients admis en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009 85

Figure 22 Produit principal mentionné par les patients admis en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009 86

Figure 23 Mode de consommation du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Communauté française, 2007-2009 87

Figure 24 Mode de consommation du produit principal chez les patients en première demande de traitement, Communauté française, 2007-2009 87

Figure 25 Fréquence d'usage du produit principal au sein des admissions, Communauté française, 2007-2009 88

Figure 26 Fréquence d'usage en fonction du type de produit principal, Communauté française, 2007 89

Figure 27 Age du premier usage du produit principal au sein des admissions et des premières demandes de traitement, Communauté française, 2009 90

Figure 28 Répartition par type de produits de l'âge moyen du premier usage du produit principal au sein des admissions et des premières demandes, Communauté française, 2009 90

Figure 29 Produits secondaires mentionnés au sein des admissions et des premières demandes de traitement, Communauté française, 2009 91

Figure 30 Antécédents judiciaires au sein des admissions et des premières demandes de traitement, Communauté française, 2007-2009 92

Figure 31 Comportements d'injection au sein des admissions, Communauté française, 2007-2009 92

Figure 32 Comportements d'injection au sein des premières demandes, Communauté française, 2007-2009 93

Figure 33 Evolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH : 1985-2009 95

Figure 34 Evolution trisannuelle du pourcentage d'infection au VIH en Belgique lié à l'injection de drogues par voie intraveineuse chez les patients belges et non belges. 96

Figure 35 Evolution belge des pourcentages de cas en lien avec un facteur favorisant 102

Figure 36 Evolution des taux de décès liés à l'usage de drogues et médicaments psychotropes chez les hommes et les femmes, Bruxelles-Capitale, 1998-2008. 103

Figure 37 Evolution des taux de décès liés à l'usage de drogues et médicaments psychotropes chez les hommes et les femmes, Région wallonne, 2004, 2005 et 2008. 104

Figure 38 Criminalité enregistrée, infractions liées aux stupéfiants en Belgique 105

Figure 39 Nombre annuel d'infractions liées aux stupéfiants, par région, de 2000 à 2009..... 106

Figure 40 Nombre annuel d'infractions liées au trafic, par région, 2000-2009..... 106

Figure 41 Évolution du nombre de seringues distribuées aux UDI via les comptoirs d'échange de la Communauté française, 1994 – 2009. 124

Figure 42 Évolution du taux d'échange de seringues en Communauté française, 1996-2009..... 125

Figure 43 Évolution du nombre de Stéricups distribués en Communauté française via les comptoirs d'échange, 2000-2009..... 126

Figure 44 Usage de drogues chez les personnes prostituées. 128

Figure 45 Structure belge du réseau de collecte de données destinées à l'OEDT 131

7. Annexes

7.1. Exemple de message d'information lancé par Eurotox vers le réseau du système d'alerte précoce (Early Warning System – EWS)

MESSAGE D'INFORMATION DESTINE AUX PROFESSIONNELS DES ASSUETUDES ;
ce message n'est PAS DESTINE AUX MEDIA

HEROÏNE CONTAMINEE A L'ANTHRAX EN ECOSSE, ALLEMAGNE ET ANGLETERRE.

Attention: **Ceci n'est pas un message d' «Alerte précoce»** (EWS ou Early Warning System), mais un message d'information aux professionnels. L'urgence, la dangerosité ou l'étendue du phénomène ne nous ont pas amenés à choisir la formule «Alerte précoce».

L'Institut Scientifique de Santé Publique et l'OEDT nous ont communiqué les informations suivantes. Onze personnes ont été rendues malades par de l'héroïne contaminée à l'anthrax, en Ecosse. Au moins cinq de ces personnes sont décédées. Un cas mortel a également été signalé en Allemagne. Deux cas ont par ailleurs été signalés en Angleterre, dont un fatal. Tous ces événements ont pris place entre décembre 2009 et février 2010. Signalons toutefois qu'aucun cas n'a encore été rapporté en Belgique.

Une contamination accidentelle de l'héroïne incriminée semble la cause la plus probable de ces événements. Les personnes (au moins pour l'Ecosse et l'Allemagne) auraient vraisemblablement été exposées au même «lot» d'héroïne.
Pour la Belgique, même s'il n'y a pas lieu de «crier au loup», il peut être prudent pour les travailleurs au contact d'usagers d'héroïne, de connaître ce phénomène, ne fût-ce que pour le futur.

COMMENTAIRES

L'anthrax est une bactérie (*bacillus antracis*) qui peut être transmise notamment par voie cutanée (en cas de blessures de la peau – donc, éventuellement, à l'occasion d'une injection). Quant à l'héroïne ou aux produits qui la coupent, ils pourraient avoir été contaminés, dans les cas cités, par de l'anthrax provenant de l'environnement direct (notamment de la viande contaminée et insuffisamment cuite).

Si un usager constate des signes de contamination comme des rougeurs ou gonflements autour des endroits d'injection, ou encore de fortes fièvres, il est important qu'il demande rapidement

une aide médicale. Attention : une héroïne contaminée est dangereuse à consommer, même par une voie différente de l'injection.

Le danger pour le grand public (y compris les proches d'usagers d'héroïne) est proche de zéro. Il est en effet rarissime que l'anthrax se transmette de personne à personne, ou par voie aérienne, du moins dans les cas et dans le contexte de consommation signalés.

Si vous pouvez confirmer / infirmer ces tendances
Veuillez contacter Infor-Drogues (02 / 227.52.52.)
ou par e-mail à info@eurotox.org
Merci d'avance.

Une collaboration de :

EUROTOX: eurotox@skynet.be **, VAD :** EWS@druglijn.be et **ISSP :** Birn@iph.fgov.be

7.2. Exemple de message d'information dans le cadre du système d'alerte précoce du VAD (EWS VAD): possible circulation

early warning system

Welkom: **Miguel Rwubusisi**
Uitloggen
PMMA
Datum : 18/11/2010, Aantal reacties: 1

XTC-tabletten met hoge concentraties PMMA in Nederland

In Nederland werden XTC tabletten aangetroffen met hoge concentraties van de gevaarlijke stof PMMA (paramethoxymethamfetamine). Eerder werden in Noorwegen overlijdens na PMMA-gebruik vastgesteld. Voor zover bekend zijn dergelijke tabletten nog niet in België aangetroffen. Waakzaamheid is echter aangewezen.

Door het DIMS (Drugs Informatie en Monitoring Systeem van het Trimbos-instituut) zijn in Nederland XTC tabletten met daarin hoge concentraties van de gevaarlijke stof PMMA (paramethoxymethamfetamine) aangetroffen. Deze tabletten worden voor zover bekend als XTC of MDMA verkocht.

Wat is PMMA?
PMMA is een stof die al meerdere jaren gekend is en die in het verleden (al dan niet samen met PMA) ook in Belgische XTC-tabletten werd aangetroffen. Het EMCDDA publiceerde al in 2003 een 'risk assessment' over de drug.
In Noorwegen zijn de afgelopen maanden minstens zes gebruikers overleden aan een overdosering PMMA.
Recent werden in Nederland tabletten aangetroffen die een hoge dosis PMMA bevatten. De tabletten die in Nederland zijn aangetroffen zijn wit en hebben een klaver vier logo (zie foto).

Let wel: PMMA werd ook aangetroffen in anders uitziende pillen maar ook in poeders die als XTC of MDMA worden verkocht.

Risico's

PMMA is een drug die het effect van MDMA nabootst, maar daar niet zo goed in slaagt. In vergelijking met MDMA duurt het langer voor PMMA werkzaam wordt. Omdat gebruikers denken dat ze met een "lage dosis" MDMA te maken hebben, ontstaat het risico dat gebruikers herhaaldelijke dosissen gaan innemen ('bijslikken'). Uit dieronderzoek blijkt echter dat de marge tussen werkzame dosis en overdosis erg klein is. Het risico op een vergiftiging is dus onevenredig veel groter dan bij MDMA.

Overdosering van PMMA is levensbedreigend en lijkt op die van amfetamine en XTC. Het kan een drastische verhoging van de lichaamstemperatuur (= hyperthermie) en een verhoging van de arteriële bloeddruk (= hypertensie) veroorzaken. Mogelijke andere reacties: onregelmatige hartslag, hartaanval, ademhalingsmoeilijkheden, nierinsufficiëntie, convulsies, coma en dood. De dood treedt vaak in na een sterke hyperthermie, die het centraal zenuwstelsel lamlegt: zeer hoge lichaamstemperatuur (oververhitting) waardoor lichaamsfuncties zoals het hart, de nieren en lever kunnen falen.

Bij een vermoeden dat iemand PMMA geslikt heeft, worden best zo snel mogelijk de hulpdiensten verwittigd.

Meer informatie over PMMA: Risk assessment door het EMCDDA

Stuur deze info niet door naar de media.

Een reactie toevoegen

Reactie :

☑ Ik wens een e-mail te ontvangen bij een nieuwe reactie

© Copyright 2009 VAD - webdesign w247.be

7.3. Exemple d'échange de messages via le « Yahoo group » sur les tendances émergentes créé par Eurotox : Cocaïne free-base (« crack ») prêt à l'emploi.

----- Original Message -----

From: Miguel Rwubusisi

To: tendances_emergentes_alerte_precoce@yahoogroupes.fr

Sent: Monday, March 01, 2010 10:43 AM

Subject: Re: [tendances_emergentes_alerte_precoce] cocaïne «free base» (crack) prête à l'emploi

Chers amis,

Voici des nouvelles de nos collaborateurs flamands au sujet du crack «prêt à l'emploi».

La « coordination des échanges de seringues » d'Anvers signale que cette pratique est répertoriée systématiquement (aux côtés d'autres items) par la voie de questionnaires distribués dans le cadre de l'échange de seringues depuis 2005. Ainsi, en 2005, 14,1% de 92 usagers par injection qui avaient rempli le questionnaire avaient acheté du crack prêt à l'emploi directement à un dealer. Cette proportion fut ensuite de 8,9% (de 101 UDI) en 2006 ; 5,74% (de 87 UDI) en 2007 ; 7,53% (de 193 UDI) en 2008 et enfin 5.5% (de 109 UDI) en 2009.

Deux autres témoignages de professionnels indiquent que cette pratique semble se répandre, toujours dans la région d'Anvers. La qualité du produit semble pauvre, mais cette pratique permet d'acheter en quantités plus petites (quelques doses pour 10 ou 20 €).

N'hésitez pas à réagir.

Bien cordialement à vous.

Le 26 février 2010 10:22, Ingrid Glusmann, Coordinatrice CAL-Luxembourg <coordination.libramont@cal-luxembourg.be> a écrit :

Pas entendu quoi que ce soit ici en province de lux

De : tendances_emergentes_alerte_precoce@yahoogroupes.fr
[mailto:tendances_emergentes_alerte_precoce@yahoogroupes.fr] **De la part de** rwubu2004
Envoyé : mercredi 24 février 2010 15:25
À : tendances_emergentes_alerte_precoce@yahoogroupes.fr
Objet : [tendances_emergentes_alerte_precoce] cocaïne «free base» (crack) prête à l'emploi

Bonjour.

Maurizio Ferrara, de l'organisation Infor-Drogues, nous communique l'information suivante:

«La semaine passée un fumeur de cocaïne «free base « (crack) m'a affirmé avoir acheté le produit déjà en cristaux prêt à être consommé! Jusqu'à présent nous n'avions jamais entendu parler de cocaïne vendue sous forme crack sans que le consommateur ne doive la préparer! A voir si cette tendance se généralise...»

Pouvez-vous confirmer ou infirmer cette tendance?
Merci.
Bien cordialement à tous.

Miguel Rwubusisi.
Eurotox asbl.

7.4 Exemple d'échange de messages via le « TEDI group » : Cocaïne free-base (« crack ») prêt à l'emploi.

Yellow powder in Belgium (speed with cathinones and amphetamines)

Message #304 of 306

Re: [tedi_workgroup] yellow powder in Belgium (speed with cathinones and amphetamines)

Hello Miguel and everybody,
I checked with the Dims, but we have not seen strange amfetamine samples in holland. I mean 'strange' in the sence of lethal. Hope you find out more.

Kind regards, Vivian (Jellinek Amsterdam)

Verstuurd vanaf mijn iPad

Op 9 feb. 2011 om 14:11 heeft Miguel Rwubusisi <miguel.rwubusisi@...> het volgende geschreven:

Dear Alex,
Thank you for the informations. The questions you asked, I asked them before to the Belgian Focal Point of the EMCDDA, but they were still waiting for more information from the labo!
I'll keep you informed of any further development!

Concerning your yellow powder, the question's are:
- Which kind of Cathinon is insider (there are many different compounds)
- In which quantity both substances are inside?

The mixture of a stimulant Cathinon together with en other stimulant, can be considered as a risk combination. Because: Both have effects on the blood pressure and Dopamin and Noradrelanin release. Due this reason it can provoke a Dopamin or Noradrenalin overdose with fatal effects on the blood pressure. On the other side we now also that Mephedron can provoke a negative effect on blood circulation (blue lips, elbows and and and..).

I hop this information helps you a little bit?

Cheers Alex

Von: tedi_workgroup@yahoogroups.com [mailto:tedi_workgroup@yahoogroups.com]
Im Auftrag von Miguel Rwubusisi
Gesendet: Mittwoch, 9. Februar 2011 11:29
An: tedi_workgroup@yahoogroups.com
Betreff: [tedi_workgroup] yellow powder in Belgium (speed with cathinones and amphetamines)

Hi all,
This message to inform you that a warning had to be sent in Belgium, in the framework of the Early Warning System, on january the 18th, about a "mustard-yellow" powder sold as speed in the city of Oostende at the begining of January, causing two severe health complications (one coma, one deceased). It appeared from further analysis that the powder contained amphetamines and cathinones. Up to this point, no further information was found/communicated by the labo. It is therefore not known if the overdoses were caused by a new derivative of cathinones, or by a particularly high dosage.

Has anyone of you heard about such a product?

Thank you.

Kind regards.

--
Miguel Rwubusisi
Eurotox asbl
Observatoire Socio-Epidémiologique alcool-drogues en Communauté française de Belgique

eurotox

L'usage de drogues en Communauté française

2010

EUROTOX ASBL

Rue Jourdan 151
1060 Bruxelles
Tél. 02 644 22 00
Fax 02 644 21 81
Courriel:
info@eurotox.org