

### LES TENDANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES MARQUANTES

#### L'usage de drogues et d'alcool dans la population générale - Enquête HIS 2008

Les résultats de l'enquête *Health Interview Survey* (HIS) de 2008 montrent qu'environ 14 % de la population belge<sup>1</sup> âgée de 15 à 64 ans ont déjà expérimenté au moins une fois le **cannabis** au cours de la vie (prévalence sur la vie) et que 3 % en ont consommé durant les 30 derniers jours précédant l'enquête. Celle-ci révèle aussi que la consommation de cannabis est plus fréquente chez les jeunes répondants, et que les autres drogues illicites sont plus rarement consommées par la population belge. En effet, moins de 4 % des personnes interrogées ont déclaré avoir consommé au moins une fois une autre **drogue illicite**.<sup>2</sup> Enfin, si on observe depuis 2001 une nette augmentation de l'expérimentation du cannabis (essentiellement chez les 25-34 ans), l'usage récent (12 derniers mois) et l'usage actuel (30 derniers jours) ont augmenté de manière beaucoup moins marquée.

En ce qui concerne la **surconsommation hebdomadaire d'alcool** telle que définie dans l'enquête HIS<sup>3</sup>, elle est légèrement plus importante chez les 35-64 ans que chez les jeunes répondants. La surconsommation est aussi plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, mais elle ne semble pas varier en fonction du niveau d'instruction des répondants. Enfin, elle a légèrement diminué par rapport à 2004 et ce pour toutes les tranches d'âge.

Quant à la **consommation quotidienne d'alcool** (au cours des 12 derniers mois), elle augmente fortement avec l'âge des répondants, en particulier à partir de 35 ans. Elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la tranche d'âge. On note aussi que la proportion de consommateurs quotidiens chez les 15-24 ans a légèrement augmenté par rapport aux deux enquêtes précédentes.

**Tableau 1 :** Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis dans la population générale en Belgique. Enquête HIS 2001-2008

	2001 (%)	2004 (%)	2008 (%)
<b>Prévalence sur la vie</b>	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
<b>Prévalence 12 derniers mois</b>	/	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
<b>Prévalence 30 derniers jours</b>	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

Le **binge drinking** (dit aussi hyperalcoolisation ou beuverie expresse)<sup>4</sup> au moins hebdomadaire est en revanche plus marqué chez les jeunes que chez les répondants plus âgés, et il est actuellement rapporté par 12 % des 15-24 ans. Il est aussi nettement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes de 15-24 ans, mais

**Tableau 2 :** Surconsommation hebdomadaire, consommation quotidienne, *binge drinking* et usage problématique d'alcool dans la population générale en Belgique. Enquête HIS 2001-2008

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

1. Les données de cette enquête sont également disponibles pour chaque région. Le lecteur intéressé les trouvera dans notre rapport 2013-2014.  
 2. 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 résultats sous-estiment la prévalence réelle de l'usage de cannabis et des autres drogues illicites, notamment parce qu'ils ne couvrent pas, de par la méthodologie utilisée, les personnes marginalisées (incarcérées, en institutions, sans domicile fixe, etc.), qui en sont pourtant probablement les plus grandes consommatrices.  
 3. La définition de la surconsommation d'alcool proposée ici diffère selon le sexe des répondants : plus de 21 verres par semaine pour les hommes et plus de 14 verres par semaine pour les femmes. Ces quantités correspondent aux limites que l'OMS recommande de ne pas dépasser.  
 4. Le *binge drinking* peut être défini comme une forme d'abus d'alcool caractérisée par l'ingestion d'une importante quantité en un minimum de temps, de manière à en potentialiser les effets. Il est opérationnalisé ici sur base de l'ingestion d'au moins 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion. On peut donc regretter l'imprécision de cette mesure, comme c'est d'ailleurs le cas dans de nombreuses études, puisque la notion d'« occasion » n'est pas délimitée dans le temps.

ne varie pas en fonction du niveau d'instruction des répondants. En ce qui concerne la fréquence, environ 1 % des 15-24 ans rapporte avoir recours à ce comportement quotidiennement, 11 % de manière hebdomadaire, et 14 % mensuellement.

Enfin, cette enquête a également permis d'estimer la fréquence de l'**usage problématique d'alcool** chez les personnes qui en ont consommé au cours des 12 derniers mois, sur base de quatre questions spécifiques<sup>5</sup> ; un usage étant ici considéré comme problématique en cas de réponse positive à au moins deux questions. L'usage problématique ainsi défini est moins fréquent chez les jeunes de 15-24 ans que chez les individus plus âgés<sup>6</sup>, et on constate une augmentation progressive de l'usage problématique au sein de chaque tranche d'âge.

## L'usage de drogues chez les jeunes - Enquête HBSC 2010

Les résultats de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) de 2010 indiquent qu'environ 25 % des jeunes de 12-20 ans de l'enseignement secondaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) ont déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie (expérimentation), ces chiffres étant relativement stables depuis 1998. En ce qui concerne la consommation récente (au cours des 12 derniers mois), l'enquête révèle qu'elle concerne 17 % des jeunes interrogés en 2010, et que cette consommation est en diminution par rapport à 2006. Enfin, en ce qui concerne la consommation régulière, 5 % des jeunes de 12-20 ans ont déclaré consommer du cannabis de manière hebdomadaire, et près de 2 % quotidiennement. L'usage régulier de cannabis est en diminution par rapport aux deux enquêtes précédentes, tout comme celui de l'ecstasy qui diminue progressivement.

**Tableau 3** : Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis et d'ecstasy chez les jeunes de 12 à 20 ans scolarisés en FWB. Enquête HBSC 1998-2010

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

L'enquête HBSC indique aussi que l'usage de drogues varie fortement en fonction de l'âge et du sexe des répondants. Il est ainsi nettement plus fréquent chez les garçons que chez les filles,

et augmente généralement avec l'âge des répondants, et ce quelle que soit la période de consommation et pour quasiment tous les produits.

**Tableau 4** : Prévalence de la consommation de drogues chez les jeunes de 13-18 ans scolarisés en FWB, par âge, sexe et produit. Enquête HBSC 2010

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

## Attitudes des jeunes par rapport aux drogues - Flash Eurobaromètre 2014<sup>7</sup>

Les résultats du dernier Flash Eurobaromètre réalisé à l'échelle européenne et portant sur les attitudes des jeunes par rapport aux drogues (disponibilité et dangerosité perçues, source d'information, consommation, etc.) suggèrent que la prévalence d'usage de *legal highs*<sup>8</sup> est en augmentation. En effet, 8 % de Belges (et Européens) de 15 à 24 ans interrogés ont déclaré en avoir déjà consommé, ce qui constitue une augmentation de 4 % (+3 % au niveau européen) par rapport au Flash Eurobaromètre de 2011. L'usage actuel de ces produits est toutefois peu fréquent

5. «Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?»; «Vous êtes-vous déjà senti(e) irrité(e) par des critiques à propos de votre consommation d'alcool ?»; «Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable en ce qui concerne votre consommation d'alcool ?»; «Avez-vous déjà eu besoin d'alcool en vous levant pour être vraiment réveillé(e) (ou pour vous remettre d'aplomb) ?».

6. Probablement parce que les questions utilisées pour évaluer l'usage problématique font ici davantage référence à la dépendance à l'alcool, plus fréquente chez les individus plus âgés.

7. Le rapport de cette étude n'étant disponible que depuis fin août 2014, il n'a pu être exposé dans notre nouveau rapport. Un résumé plus détaillé est toutefois disponible dans la rubrique «actualités» de notre site Internet.

8. La notion d'euphorisants légaux (*legal highs*) fait ici référence aux nouvelles substances psychoactives d'origine synthétique qui imitent les effets de drogues plus classique et qui n'ont, pour la plupart, pas encore été interdites (on parle aussi de nouvelles drogues de synthèse ou encore de nouvelles substances psychoactives).

puisque seulement 1 % des répondants a déclaré en avoir consommé au cours des 30 derniers jours.

**Tableau 5 : Prévalence de la consommation de *legal highs* chez les jeunes belges et européens âgés de 15 à 24 ans. Flash Eurobaromètre 2014 «Young people and drugs»**

	Échantillon belge (%) (N=500)	Échantillon européen (%) (N=13.128)	Minimum européen (%)	Maximum européen (%)
Prévalence d'usage de <i>legal highs</i> sur la vie	8	8	0	22
Prévalence d'usage de <i>legal highs</i> les 12 derniers mois	3	4	0	9
Prévalence d'usage de <i>legal highs</i> les 30 derniers jours	1	1	0	4

Les jeunes qui ont consommé des *legal highs* au cours des 12 derniers mois les ont généralement achetés ou reçus d'un ami (87 % des Belges et 68 % des Européens) ou achetés auprès d'un dealer (35 % des Belges et 27 % des Européens), mais les ont rarement directement achetés sur Internet (3 % des Belges et des Européens). En ce qui concerne les contextes de consommation, ces substances sont le plus souvent consommées entre amis (100 % des Belges et 60 % des Européens), ou lors d'une fête ou d'un événement (76 % des Belges et 65 % des Européens), et sont plus rarement consommées seul et en privé (9 % des Belges et 15 % des Européens).

En ce qui concerne la disponibilité perçue, 20 % des Belges et 25 % des Européens interrogés estiment qu'il serait facile d'obtenir une de ces substances dans les 24 heures. Enfin, pour ce qui est de la dangerosité perçue, 89 % des Belges interrogés (86 % des Européens) estiment que consommer une ou deux fois un *legal high* engendre un risque modéré ou élevé pour la santé de l'utilisateur, contre 98 % (96 % des Européens) en cas d'usage régulier.

## Double diagnostic dans les unités de soins psychiatriques belges

La notion de double diagnostic désigne la coexistence, chez une même personne, d'un trouble psychiatrique et d'un trouble dû à l'usage d'une ou plusieurs substances psychoactives (OMS, 1995). Il semble que les cas de double diagnostic soient fréquents chez les usagers de drogues : ils varieraient entre 30 % et 90 % chez les usagers pris en charge dans un centre de traitement (OEDT, 2004). La recherche et l'identification des cas de double diagnostic constituent un enjeu majeur en santé mentale, car l'efficacité du traitement dépend grandement de la prise en compte des troubles liés à la consommation de substances psychoactives dans l'offre de prise en charge.

Les données du Registre Psychiatrique Minimum (période 2005-2010) confirment la prévalence élevée des cas de double diagnostic

chez les usagers de drogues ainsi que chez les usagers d'alcool et de médicaments psychotropes pris en charge dans une unité psychiatrique en FWB. Plus précisément, parmi les patients diagnostiqués pour un usage problématique (abus ou dépendance) d'une ou plusieurs substances, les comorbidités psychiatriques les plus fréquemment observées sont les troubles dépressifs (23 %), les troubles de la personnalité (15 %) et les troubles de l'adaptation (7 %). La fréquence de ces troubles varie toutefois en fonction du ou des produits pour lesquels un usage problématique a été diagnostiqué.

## L'indicateur de demande de traitement<sup>9</sup>

Les analyses relatives à l'indicateur de demande de traitement, appelé aussi TDI (pour Treatment Demand Indicator), montrent que l'âge moyen des patients admis sur la période 2012-2013 dans les centres de traitement spécialisés en FWB est de 37 ans. Les patients sont majoritairement de sexe masculin (79 %) et de nationalité belge (80 %). Parmi les 20 % de patients non-belges, près de 12 % ont une nationalité d'un pays hors Union européenne. Une importante proportion des demandeurs est peu ou pas scolarisée (48 %) et sans emploi (52 % non-actifs et 19 % au chômage)<sup>10</sup>. Les patients vivent généralement seuls (47 %) ou, dans une moindre mesure, avec leur(s) parent(s) (15 %) ou en couple (11 %). On notera finalement que 21 % des demandeurs ne possédaient pas de logement fixe, et que 11 % vivaient en institution ou en prison durant la période de 30 jours précédant l'introduction de la demande de traitement. La précarité sociale, qui mène souvent à l'exclusion sociale, reste donc une réalité pour un grand nombre d'usagers pris en charge dans ces centres spécialisés, et les réponses sociétales à cette problématique sont actuellement insuffisantes.

En ce qui concerne la consommation, les produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement enregistrées sur la période 2012-2013 sont, par ordre d'importance, les opiacés (41 %), l'alcool (32 %), le cannabis (12 %) et la cocaïne/crack (10 %). Le mode de consommation le plus fréquemment rapporté est l'inhalation/fumette (49 %), suivi de l'absorption par voie orale (39 %). Néanmoins, 8 % des demandeurs ont déclaré avoir eu récemment recours à l'injection. L'âge moyen de la première consommation du produit à l'origine de la demande (tous produits confondus) est d'environ 20 ans, mais il varie significativement selon le produit.

## Indicateurs de l'offre de drogues

Les résultats de l'enquête sur le prix des drogues en rue menée par Eurotox<sup>11</sup> indiquent que le prix du cannabis (résine et herbe) a fortement augmenté jusqu'en 2008. Il a ensuite légèrement diminué avant de se stabiliser jusqu'en 2011, pour ensuite augmenter de nouveau sur la période 2012-2013. Les prix de l'héroïne et de la cocaïne sont relativement stables depuis plusieurs années et avoisinent respectivement les 25 et 50 euros par gramme actuellement.

9. Il s'agit de l'un des 5 indicateurs épidémiologiques-clés créés par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Il est constitué d'environ 20 variables et permet d'estimer le nombre et de dresser le profil des personnes ayant fait une demande de traitement auprès d'un centre spécialisé en assuétudes. Sur la période 2012-2013, 5063 demandes ont été enregistrées en FWB par les 32 centres participants, dont 1252 premières demandes (patients sans antécédents thérapeutiques).

10. Cette surreprésentation des demandeurs économiquement non-actifs ou au chômage (et peu scolarisés) pourrait toutefois être en partie favorisée par le fait que 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 des cabinets privés. Or, ceux-ci ne participent pas actuellement à l'enregistrement des demandes de traitement.

11. En tant que sous-point focal belge de l'OEDT, Eurotox réalise annuellement en FWB une enquête sur le prix des drogues en rue et ce, grâce à la centralisation de données fournies par différents partenaires de première ligne chargés d'interroger des usagers rencontrés (travailleurs de rue, comptoirs d'échange de seringues, intervenants en milieu festif, etc.). En 2013, nous avons compilé des informations en provenance de 105 usagers.

**Tableau 6** : Évolution du prix (en euros) des drogues en rue. Eurotox 2004-2013

	2004	2005	2006-07	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cannabis résine (1 g)	5,1	5,5	6,8	8,7	8,2	7,7	8,0	9,5	9,7
Cannabis herbe (1 g)	4,6	5,7	6,3	9,2	8,1	8,2	8,1	9,8	9,9
Héroïne brune (1 g)	22,0	28,7	33,2	24,6	26,4	23,4	24,5	24,7	25,3
Cocaïne (1 g)	40,8	50,5	48,4	49,9	53,0	49,7	49,9	49,4	48,6
Amphétamines (1 g)	10,0	7,8	10,9	9,5	11,6	9,6	8,2	11,2	9,8
Ecstasy (1 dose)	4,9	5,2	6,2	6,1	6,2	4,7	5,1	5,6	5,0
LSD (1 dose)	7,5	8,8	8,9	10,5	9,5	9,6	8,0	8,8	8,3

Les données de la police fédérale relatives aux **saisies et infractions** indiquent que la disponibilité des drogues illégales ne fléchit pas en Belgique. Par ailleurs, la pureté de la plupart des produits est également en hausse. Ces constats liés à la disponibilité des drogues, partagés au niveau mondial, suggèrent que l'offre n'est pas vraiment impactée par le système répressif. Selon certains auteurs, cela confirme l'inefficacité de l'approche prohibitionniste, laquelle devrait logiquement, si elle était efficace, entraîner une diminution de la disponibilité des produits et de leur pureté, ainsi qu'une augmentation de leur prix (voir Werb et al., 2013).

*Retrouvez aussi dans le nouveau rapport d'Eurotox 2013-2014 des données sur l'usage de drogues chez les personnes prostituées et en prison, sur l'infection par le VIH et les hépatites chez les usagers de drogues, sur la mortalité en lien avec l'usage d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes, sur la conduite et les accidents de la circulation sous l'influence d'alcool et de drogues, sur les produits de coupe dans les échantillons de poudre saisis, sur le dispositif d'accessibilité au matériel d'injection...*

## Le système d'alerte précoce

Le système d'alerte précoce (Early Warning system - EWS) est un système de veille sanitaire européen qui permet d'une part de recenser les nouvelles drogues de synthèse (NDS), et d'autre part d'informer rapidement les autorités, les travailleurs de terrain et les usagers de drogues lorsqu'une substance présente un risque sanitaire élevé.

Le nombre de NDS recensées sur le territoire européen via ce système était relativement peu élevé et constant au début des années 2000. Toutefois, il n'a cessé de croître ces dernières années, passant de 13 NDS en 2008 à 81 en 2013. L'EWS belge a quant à lui recensé un total de 42 NDS sur la période 2005-2011 (contre 164 au niveau européen), et 8 nouvelles molécules ont été détectées en 2013. Cette augmentation est attribuable au développement du marché des *legal highs* (ou euphorisants légaux), ces substances généralement de nature synthétique créées ou proposées spécifiquement par des entrepreneurs peu scrupuleux, afin de contourner la loi sur les stupéfiants.

Le nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox a considérablement augmenté en 2013 par rapport aux années précédentes, en grande partie en raison de l'augmentation de la circulation des NDS (9 alertes sur les 15 diffusées en 2013 portaient sur une ou plusieurs NDS).

## 🕒 L'ACTUALITÉ LÉGISLATIVE

### Réforme de l'État et accords de la Sainte-Émilie

De façon générale, la 6<sup>ème</sup> réforme de l'État a permis un transfert de compétences fédérales vers les communautés et les régions. Les partis ont ensuite conclu un accord intra-francophone, connu sous le nom des «accords de la Sainte-Émilie». Cet accord prévoit notamment des transferts de compétences entre entités francophones en matière de promotion de la santé.

Les lois et décrets relatifs à ces transferts sont entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2014, tandis que la plupart des éléments liés aux budgets et aux financements ne seront d'application qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Plus précisément, les compétences concernées par ces transferts –et liées au secteur des assuétudes– sont les suivantes :

## LES COMPÉTENCES TRANSFÉRÉES

### Transfert de l'État fédéral aux régions

Les compétences en matière de soins liés aux Conventions de revalidation fonctionnelle et le Fonds de lutte contre les assuétudes sont transférées à la Région wallonne, la Cocof et la Cocom. Plus précisément :

- Le Fonds de lutte contre les assuétudes, qui dépendait de l'INAMI et du SPF Santé publique, a été transféré à la Cocof et à la Région wallonne. Quant au Fonds tabac, il a été transféré à la Cocom.
- Les Conventions de revalidation fonctionnelle, anciennement gérées par l'INAMI, ont été transférées à la Cocom et à la Région wallonne.

### Transfert de la FWB aux régions

- Les compétences en matière de promotion de la santé sont régionalisées. Elles passent de la FWB aux régions (Cocof et Région wallonne). Exception toutefois : les services de promotion de la santé à l'école ou PSE, la vaccination et les dépistages néonataux vont à l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), qui dépend de la FWB.
- En ce qui concerne les assuétudes<sup>12</sup>, l'indicateur de demande de traitement était auparavant co-financé par le fédéral, la FWB et les régions. Avec la 6<sup>ème</sup> réforme de l'État, cette répartition du financement devra toutefois être modifiée.

## ÉVOLUTIONS

### Un plan de réduction des risques pour Bruxelles

Un pas important a été franchi en matière de réduction des risques (RdR) : un plan RdR a été élaboré par le secteur pour la région bruxelloise. Il recense les actions prioritaires, issues d'un consensus, à mener à Bruxelles en matière de RdR, dans les milieux «soins et rue», festif, carcéral et sportif, ainsi qu'une série d'actions transversales à ces milieux.

Ce plan, commandité par la ministre alors en charge de la santé à la Cocof, Céline Frémault, est porté par Modus Vivendi avec le soutien de la Fédito bruxelloise et la Coordination locale drogues Bruxelles. Il découle d'un diagnostic qualitatif et quantitatif, qui a notamment permis d'identifier les besoins non-couverts à Bruxelles. Une série d'intervenants, d'usagers, de membres d'administrations et de politiques, ont également été consultés via des groupes de travail. Des actions par milieu de vie ont été sélectionnées, et pour chaque action, des publics-cibles et relais ont été définis, ainsi que des partenaires, outils et indicateurs de résultats. Au total, le plan comprend 61 actions prioritaires, tous milieux de vie confondus.

La réduction des risques n'étant pas officiellement reconnue comme pilier à part entière de la politique des drogues en Belgique, ce plan devrait fournir un cadre

## LES COMPÉTENCES NON-TRANSFÉRÉES

La Cocof<sup>13</sup> et la Région wallonne<sup>14</sup> restent compétentes pour ce qui concerne l'ambulatoire, à savoir les services et réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes (accueil, information, accompagnement, prise en charge, cures de sevrage, etc.).

### Enjeux

Cette réforme pose de nombreux défis au secteur de la promotion de la santé : les régions doivent s'approprier une nouvelle base légale et les valeurs qui en découlent ; les organismes «assuétudes» financés par la FWB doivent assurer la continuité des services durant une période de transition, sans quoi les bénéficiaires se verraient pénalisés, etc. À l'approche des élections, les Fédérations bruxelloise francophone et wallonne des institutions pour toxicomanes (Fédito) ainsi que les plateformes wallonnes et bruxelloises de promotion de la santé ont d'ailleurs exposé leurs priorités, espoirs et inquiétudes aux nouveaux gouvernements.

**Plus d'actualités législatives** dans le nouveau rapport d'Eurotox 2013-2014. Découvrez notamment «les PSSP reconduits !», un projet de loi modifiant la pierre fondatrice de la politique des drogues en Belgique, et bien d'autres actualités encore.

plus formel à cette approche. Prochaine étape : la mise en place de ce plan, un enjeu majeur pour le secteur et ses bénéficiaires.

### Jeunes, alcool et drogues : recommandations

La recherche Adapte-youth menée par l'Université de Louvain a abouti à l'élaboration de trois guides de bonnes pratiques proposant des recommandations en matière de prévention universelle et sélective, de dépistage et de traitement de l'abus d'alcool et drogues chez les jeunes, de 12 à 18 ans. Ces recommandations ont été sélectionnées sur base de l'existence de données scientifiques attestant de l'efficacité de certaines interventions ou sur base d'un consensus entre experts. Ces guides ont fait l'objet d'une publication.

### Lutte contre le sida : adoption d'un plan national

En septembre 2013, la Belgique s'est dotée d'un plan national de lutte contre le sida. Il repose sur quatre piliers : la prévention primaire, le dépistage et l'accès à la prise en charge, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, et la qualité de vie de celles-ci. Impulsé par la précédente ministre chargée des Affaires sociales et de la Santé publique, Laurette Onkelinx, il est le résultat

12. Alcool y compris

13. Décret ambulatoire

14. Décret assuétude

d'une concertation, auprès de professionnels, groupes prioritaires, administrations, etc. Chacun des acteurs a été invité à formuler des suggestions transmises à différents groupes de travail. Des actions stratégiques ont ensuite été définies. Au total, 58 actions

figurent dans ce plan. À noter qu'en matière de dépistage du VIH, le plan soutient –entre autres– une approche décentralisée et démedicalisée.

## 🕒 DÉBATS

### Soins aux détenus : un transfert nécessaire ?

La Concertation assuétudes-prisons Bruxelles (CAPB), composée de services actifs en matière de toxicomanie, a vu le jour en 2014. Elle appelle à un transfert de compétences des soins de santé des détenus vers le Service public fédéral (SPF) Santé publique ou le SPF Sécurité sociale. Car rappelons qu'en dépit des recommandations internationales, les soins de santé aux détenus en Belgique relèvent de la compétence du ministère de la Justice. D'après les nombreux organismes composant la CAPB, ce transfert de compétences est l'une des étapes nécessaires à la mise en place d'une politique de santé davantage cohérente au sein des prisons belges. D'autant plus que diverses études montrent que les problèmes de santé associés à l'usage de drogues en prison sont nombreux : faible intégration de la prévention et de la réduction des risques en milieu carcéral, comportements à risque, etc. La CAPB a transmis son appel au gouvernement.

### Salles de consommation et héroïne médicale : vers une reconnaissance légale ?

Depuis plusieurs années, des propositions de création de salles de consommation ont émergé dans cinq villes belges. Aussi, les salles de consommation sont devenues l'un des thèmes de travail de la Plateforme des coordinations locales drogues, regroupant des représentants de ces villes et d'institutions actives dans le secteur des assuétudes.

En janvier 2014, le sénateur et bourgmestre de Liège, Willy Demeyer, s'est lui aussi emparé du sujet et a rédigé deux propositions de lois. La première concerne la reconnaissance légale des salles de consommation à moindre risque ; la seconde vise la reconnaissance légale du traitement assisté par diacétylmorphine, ou héroïne médicale, à destination des patients toxicomanes sévèrement dépendants et résistants aux traitements existants. Les acteurs soutenant la création de salles de consommation souhaitent un renforcement du dispositif existant en matière d'offre et d'aide, de soin et de réduction des risques à destination des usagers de

drogues par injection, passant par la mise en place de ces salles de consommation. La proposition de reconnaissance du traitement assisté par diacétylmorphine, se base quant à elle sur les résultats globalement positifs de l'expérience menée à Liège, dans le cadre du projet TADAM.

### Cannabis : développer des alternatives à la prohibition ?

En novembre 2013, des chercheurs belges, dont le criminologue Tom Decorte, ont défendu l'idée d'un marché réglementé pour contrôler l'offre et la demande de cannabis. Dans leur plaidoyer «Cannabis : bis ?», ils ont notamment fait écho au constat d'échec des politiques répressives en matière de drogues partagé sur la scène internationale. D'après les chercheurs, les dépenses consenties à la répression augmentent mais ne résolvent rien ; elles mènent notamment à une dissimulation accrue des activités illégales, une augmentation de la criminalité et davantage de problèmes de santé pour les usagers.

Rappelons qu'en Belgique, une directive commune adoptée en 2005 vient modifier la loi cannabis de 2003. Elle prévoit notamment que la détention de trois grammes maximum (ou d'une plante) de cannabis<sup>15</sup> par un majeur doit constituer le degré le plus bas de la politique des poursuites<sup>16</sup>, sauf circonstances aggravantes<sup>17</sup>. Hormis cette relative tolérance, la possession de cannabis est strictement interdite en Belgique. Mais malgré cette prohibition, la consommation de cannabis reste élevée en Belgique. D'où l'urgence de revoir le cadre législatif propre à cette substance.

*Découvrez aussi dans le nouveau rapport d'Eurotox les raisons du rejet du Plan alcool 2014-2018, les missions de la nouvelle Cellule politique francophone santé-assuétude, les dernières avancées en matière de vente de cannabis médicinal, les données concernant le secteur des assuétudes tirées du cadastre des services ambulatoires à Bruxelles, le Plan hépatite C 2014-2018...*

15. Destiné(s) à l'usage personnel.

16. La rédaction d'un procès verbal simplifié est prescrite en cas de constatation d'une détention de cannabis à des fins d'usage personnel, sans circonstances aggravantes et sans trouble à l'ordre public,

17. Renvoyant à des notions très floues, et donc laissées au libre-arbitre du policier.