

disposition nouvelle fait penser à l'établissement de réseaux de soins en Région Wallonne par deux décrets successifs (voir point 1.3.4.). Il s'agit ici, comme en Région Wallonne, de favoriser la collaboration, le suivi, la mise en commun des ressources concernant les trajectoires des bénéficiaires, pour promouvoir en principe plus de cohérence dans les interventions multiples concernant parfois un seul et même de ces usagers. Le tout doit se faire dans le respect du secret professionnel.

Concernant les assuétudes, les Services actifs en toxicomanies sont agréés pour une durée « indéterminée ».

🕒 Dossier : le dopage

Cette année pour la deuxième fois (après l'alcool en 2005), un sujet particulier est développé dans le quatrième chapitre du rapport. Cette fois, il s'agit du dopage. Ce dossier fait également l'objet d'un « tiré à part » téléchargeable en format Pdf via le site d'Eurotox (www.eurotox.org).

Quelle est la nature du geste dopant ? Ne le retrouve-t-on pas dans le geste banalisé d'une certaine médecine améliorative déjà présente dans le sport ? Ne le retrouve-t-on pas dans notre quotidien même, toujours plus éprouvant, dans un monde si usant qu'on est bien obligé de s'aider à « tenir » ? Existe-t-il des trajectoires de soins en assuétudes qui sont passées par le sport de haut niveau ? Y a-t-il lieu d'adapter l'offre de soins à ces trajectoires ? Les gouvernements, en recherche permanente de « héros positifs », n'ont-ils pas une part de responsabilité dans la quasi « obligation de résultat » qui baigne le sport de haut niveau, notamment aux Jeux Olympiques ?

Autant de questions qui sont abordées, avec bien d'autres, dans ce nouveau « focus » qui fut passionnant à élaborer, et dont la cinquantaine de pages est impossible à résumer ici. On verra notamment, que sous le vocable « prévention du dopage » se cache surtout une « lutte contre le dopage » menée, comme dans la « guerre à la drogue », avec des moyens souvent dérisoires et surtout peu adaptés aux intérêts financiers colossaux en jeu dans la sphère du sport professionnel. On s'interrogera dès lors sur la place actuelle ou future de réelles interventions de prévention, voire même de réduction des risques, dans les disciplines sportives. Avec des réponses parfois surprenantes.

Usage de drogues en Communauté française

Synthèse du rapport 2009 d'Eurotox sur l'usage de drogues en Communauté française.

🕒 LES TENDANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES MARQUANTES

L'indicateur de demandes de traitement¹

L'âge moyen des patients admis en 2007 est de 34 ans (min. 14 - max. 76). Les patients sont majoritairement de sexe masculin (80%) et d'origine belge (75%). Parmi les 25% de patients d'origine étrangère, 15% proviennent de pays hors Union Européenne. Une portion importante des demandeurs est peu scolarisée (65%) et à faibles (voire sans) revenus (16% sans revenus, 25% au chômage et 35% avec revenus de remplacement)². Les patients vivent généralement seul (37%), en couple (23%), ou avec leur(s) parent(s) (17%). On notera également que 15% des patients ne possèdent pas de logement fixe.

Au niveau de la consommation, on observe que les produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement enregistrées en 2007 sont, par ordre d'importance, les opiacés (50%), l'alcool (20%), la cocaïne/crack (13%) et le cannabis (9%). Le mode de consommation des produits le plus fréquemment rapporté est l'inhalation/fumette, suivi de l'absorption par voie orale. Néanmoins, environ 11% des demandeurs ont déclaré avoir eu récemment recours à des comportements d'injection. Enfin, l'âge moyen de la première consommation du produit à l'origine de la demande est de 21 ans.

On notera finalement que plus de la moitié des patients ayant introduit une demande de traitement en 2007 présente des antécédents judiciaires.

Prix des drogues en rue³

Les résultats de cette enquête nous montrent que le prix moyen du cannabis a fortement augmenté ces dernières années (en particulier en 2008), atteignant le prix record de 9 euros par gramme, probablement en raison de la récente diminution de l'offre. A l'inverse, on constate une diminution du prix moyen de l'héroïne (25 euros/gramme en 2008) et une stabilisation relativement généralisée du prix moyen des psycho-stimulants (cocaïne : 50 euros/gramme ; amphétamines : 9,5 euros/gramme ; ecstasy : 6 euros/gramme).

On constate également certaines différences régionales au niveau des prix pratiqués. Par exemple, certains produits sont plus chers en région liégeoise (héroïne, cocaïne et ecstasy) et d'autres moins chers en région bruxelloise (cannabis et cocaïne).

Ces fluctuations annuelles et régionales ont bien évidemment des conséquences directes sur la disponibilité des différents produits et donc sur les choix et comportements de consommation des usagers. Elles sont à mettre directement en relation avec la disponibilité (ou rareté) des produits et le degré de concurrence entre dealers (qui est proportionnel à leur nombre sur un territoire donné), mais aussi avec certaines caractéristiques du conditionnement (variation de l'écart entre le poids déclaré et le poids réel des « paksons », degré de pureté du produit). Il est toutefois difficile à ce stade d'identifier systématiquement la (ou les) cause(s) exacte(s) des différences annuelles et régionales des prix observés à travers cette enquête.

[1] Il s'agit d'un des 5 indicateurs épidémiologiques créés par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), qui est constitué de 20 variables. Il permet d'offrir une estimation du nombre et du profil de personnes ayant fait une demande de traitement auprès d'un centre spécialisé en toxicomanies. En 2007, un total de 4435 demandes ont été enregistrées en Communauté française, dont 1185 premières demandes (patients sans antécédents thérapeutiques). Pour une description détaillée du groupe des primo-demandeurs, nous renvoyons le lecteur au rapport complet disponible sur notre site Internet.

[2] Cette surreprésentation des demandeurs à faibles revenus et peu scolarisés est probablement due au fait que les personnes en situation d'abus ou de dépendance à une substance qui ont de meilleurs revenus ont sûrement davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans un cabinet privé.

[3] En tant que Sous Point Focal belge de l'OEDT, Eurotox réalise annuellement une enquête sur le prix des drogues en rue et ce, grâce à la centralisation de données fournies par différents partenaires de premières lignes chargés d'interroger 10% des usagers rencontrés (travailleurs de rue, comptoirs d'échange de seringues, intervenants en milieu festif, etc.). En 2008, nous avons compilé des informations en provenance d'une centaine d'usagers.



Données indicatives sur l'usage des drogues dans des groupes spécifiques

Dans la mesure où les enquêtes de prévalence sur l'usage de drogues dans la population générale sont rares, et qu'elles sont quasi inexistantes dans des groupes spécifiques, le recours aux données issues d'associations travaillant dans le secteur des assuétudes est un précieux indicateur de consommation. 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. Par conséquent, nous avons décidé de présenter séparément ce type de données et de ne plus les inclure dans le chapitre consacré à la « situation épidémiologique et tendances » (chapitre 2). Ces données sont désormais présentées dans le chapitre 3, qui reprend les « données indicatives sur l'usage de drogues dans des groupes spécifiques ». Pour les raisons mentionnées supra, ces données doivent être interprétés avec prudence et être plutôt 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 devront être validées par ailleurs.

De manière générale, on constate que le produit le plus consommé en 2007 après le tabac et l'alcool est le cannabis et ce, quel que soit le groupe spécifique envisagé. On constate également en milieu festif⁴, que la majorité des indicateurs de consommation est en diminution progressive depuis 2004 (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). Le phénomène de polyconsommation semble également en diminution depuis 2005. Cette diminution des indicateurs de consommation pourrait toutefois 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 participants à ces actions de réduction des risques en milieu festif.

🕒 L'actualité législative

Cette année, pour commencer, nous avons le plaisir de présenter au lecteur le nouveau **« Décret relatif aux plans de cohésion sociale dans les villes et communes de Wallonie, pour ce qui concerne les matières dont l'exercice a été transféré de la Communauté française » (6 novembre 2008).**

Nous voyons certaines promesses dans ce dispositif des « plans de cohésion sociale », et, comme leur nom le suggère, une certaine cohérence. Pour commencer, pointons dans ce texte, à côté de l'indéboulonnable lutte contre l'insécurité, le **développement social des quartiers** et la **lutte contre toute forme de précarité**.

Voici donc, pour la première fois depuis longtemps en Communauté française, un engagement typique de la promotion de la santé, ou de l'action communautaire. On s'écarte du symptôme pour adopter un regard éloigné, une vue d'ensemble, ce qui en principe permet d'agir en amont de l'émergence d'un problème, et de le prévenir.

Pour essayer d'adopter une vue plus large encore, nous sommes d'avis que, le jour où on aura réellement réinvesti à la source de toutes les fragilités, dans le développement social des quartiers mais aussi dans l'insertion socioprofessionnelle, dans le retissage de liens sociaux et dans l'accès à la santé⁵, peut-être que cette santé tant recherchée - et notamment une (auto)-gestion satisfaisante des consommations - fleurira d'elle-même, sans plus avoir besoin du serin permanent et inefficace de la « sécurité ».

Pour arriver à ces fins, le texte instaure l'utilisation d'un **indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux pour déterminer les populations bénéficiaires**. Ici encore, on ne prend plus uniquement les criminels ou les délinquants pour restaurer la sécurité en les ramenant à leurs *devoirs* (un peu tard); on vise plutôt les lieux et les gens dont la cohésion sociale est menacée, et on tente de leur rendre des droits *avant* d'avoir à les ramener à leurs devoirs ! Si c'est appliqué avec rigueur, c'est un changement qualitatif presque historique par rapport aux contrats de sécurité, plans drogues, et leurs divers dérivés.

[4] Attention, il s'agit de données rapportées par les personnes qui ont eu un contact direct avec l'une des associations de réduction des risques présente lors des événements couverts, et non pas de l'ensemble des personnes présentes dans le milieu festif.

[5] (Toutes choses proposées par ces plans de cohésion).

On attend donc avec impatience de voir ce que vont donner ces plans sur le terrain.

Vient ensuite le **« Décret relatif à l'agrément en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions aux réseaux et aux services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ainsi qu'à la reconnaissance en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions à leurs fédérations » (30 avril 2009).**

L'ancien décret sur les réseaux de soins en assuétudes en Région Wallonne est abrogé, et remplacé par ce nouveau décret, qui régit les mêmes matières.

Les réseaux de soins spécialisés en assuétudes sont maintenus. Ils sont actifs et répartis selon des « zones de soins » qui sont au nombre de douze, sur le « territoire de langue française de la Région Wallonne ».

Certaines nouveautés sont à signaler :

- Les **réseaux sont à présent dissociés des services**. Dans le précédent décret, un service devait être agréé par un réseau pour être agréé par la Région. Ce n'est plus le cas. En théorie, un service pourrait bénéficier d'un agrément de la Région Wallonne sans être inclus dans un réseau de soins (ou après être sorti d'un réseau de soins, ou si ce réseau perd lui-même son agrément de la Région en tant que réseau).
- Les **agréments** ne sont plus limités dans le temps. Ils peuvent être pérennes, sous bénéfice d'évaluation (évaluation bisannuelle via un expert engagé à cet effet par le gouvernement de la Région Wallonne).
- Le **« projet de service »** : celui-ci remplace les anciennes demandes d'agrément quinquennal. Il est constitué d'un canevas standard plus développé que celles-ci. Chaque service et chaque réseau de soins devra en introduire un, et chacun de ces projets de service servira de base à l'évaluation bisannuelle qui décidera de la pérennité de l'agrément.
- Les **missions** des réseaux sont redéfinies afin d'améliorer la qualité des soins mais aussi d'assurer la *continuité* des prises en charge (Art.5 du décret). Notamment, la collaboration avec les plates-formes de santé mentale doit être développée, entre autres pour **définir l'offre existante**. Il s'agit par ailleurs également de définir la **complémentarité** des interventions via une **concertation institutionnelle** entre les différents acteurs. Il faut également élaborer des **conventions** et des **outils communs** sur différents aspects des interventions (accompagnement psychosocial, prise en charge résidentielle, réduction des risques, etc.). A ces fins, une **interview** doit être organisée entre les membres du réseau si ce ne fut déjà fait sous la précédente législation.

Et enfin, le **« Décret de la COCOF relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé » (5 Mars 2009).**

Ce décret rassemble et agrée les services ambulatoires qui offrent des services dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé.

Un seul décret régit donc désormais ces différentes matières et structures (santé mentale, assuétudes, soins à domicile, Centres d'Action Sociale Globale, etc.)

L'obligation est instituée, pour chacune des structures agréées, de mener à bien une démarche d'évaluation qualitative. Celle-ci est définie comme permanente et auto-administrée. Elle implique les membres du personnel des structures agréées mais aussi leurs conseils d'administration. Les partenaires de ces structures peuvent également être consultés. Enfin, éventuellement, dans les respects de la déontologie en vigueur, il peut même être fait appel aux bénéficiaires de ces services pour participer à cette évaluation.

Le Collège de la COCOF détermine les thèmes propres à chaque secteur, sur propositions des services eux-mêmes et dans le respect des missions de chaque secteur. Chaque structure choisit parmi ces thèmes ceux qui seront privilégiés et feront l'objet de l'évaluation qualitative. Des objectifs précis sont fixés par l'organisme, en relation avec les thèmes privilégiés, ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs. Le tout est proposé sous forme de projet d'évaluation sur une période de trois ans. Dans la mesure des crédits disponibles, le collège accompagne méthodologiquement et financièrement les projets d'évaluation menés par les organismes, notamment en désignant des agents de ses propres services pour assurer cet accompagnement.

On notera l'apparition de « réseaux » agréés et subventionnés pour une durée de trois ans renouvelable. Cette