

Usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles

Synthèse du rapport 2010 d'Eurotox sur l'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles

LES TENDANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES MARQUANTES

L'usage de drogues dans la population générale

L'enquête de santé par interview (HIS, Health Interview Survey) a pour objectif d'estimer tous les quatre ans l'état de santé de la population générale vivant en Belgique. Un volet « drogues illicites » permet d'estimer, en quelques questions, la consommation de certains produits illicites (cannabis, amphétamines/ecstasy, cocaïne, etc.) dans la population âgée de 15 à 64 ans.

Les résultats de l'enquête HIS 2008 (voir Tableau 1) montrent que 14,2% de la population belge âgée de 15 à 64 ans a déjà expérimenté au moins une fois le cannabis au cours de la vie (prévalence sur la vie). L'expérimentation de ce produit est plus fréquente chez les plus jeunes : elle concerne 21,1% des 15-24 ans et avoisine les 30% chez les 25-34 ans. En ce qui concerne l'usage actuel de cannabis, cette enquête révèle que 3,1% 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 6,5% chez les 15-24 ans et 7% chez les 25-34 ans. 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.

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 déclaré 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 des autres drogues illicites au cours des 12 derniers mois, elle est de 1,5% sur l'ensemble de la population belge âgée de 15 à 64 ans.

Finalement, si on observe, depuis 2001, une nette augmentation de la prévalence d'usage de cannabis sur la vie (essentiellement chez les 25-34 ans), l'usage récent (12 derniers mois) et l'usage actuel (30 derniers jours) ont augmenté de manière moins marquée¹.

Tableau 1: 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%

L'usage de drogues chez les jeunes

L'enquête HBSC (« Health Behaviour in School-aged Children ») est une étude élaborée en partenariat avec le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé, dont l'objectif est de mieux appréhender la santé et le bien être des jeunes, leur comportement de santé ainsi que le contexte social dans lequel ils évoluent, et ce dans l'ensemble des pays/régions de l'Union Européenne. Un volet assuétudes (tabac, alcool, drogues et multimédias) est proposé parmi l'ensemble des thématiques abordées dans l'enquête.

Les résultats de la dernière enquête montrent qu'en 2006 (voir Tableau 2) 28% des jeunes de 12-20 ans de l'enseignement secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles ont déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, ces chiffres étant stables depuis 1998. En ce qui concerne la consommation récente (au cours

1. 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, notamment parce qu'elles ne s'appliquent pas, de par leur méthodologie, aux personnes marginalisées (incarcérées, en institutions, sans domicile fixe, etc.), qui en sont pourtant probablement les plus grands consommateurs (notamment en milieu carcéral).

des 12 derniers mois), l'enquête montre qu'elle concerne 20,9% des jeunes interrogés : plus précisément, 79,1% se déclarent non consommateurs, 6,2% se déclarent expérimentateurs (1 ou 2 fois), 9,4% comme usagers moyens (3 à 39 fois) et 5,3% déclarent un usage plus fréquent (40 fois ou plus). Enfin, en ce qui concerne la consommation régulière, 6,5% des jeunes de 12-20 ans ont déclaré consommer du cannabis de manière hebdomadaire, et 3,1% de manière quotidienne. Ces derniers chiffres sont en baisse par rapport à 2002. Les résultats montrent aussi que l'expérimentation du cannabis est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, et en ce qui concerne la consommation régulière, 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'avoir une consommation quotidienne.

Tableau 2 : Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis dans la population belge scolarisée âgée de 12 à 20 ans. Enquête HBSC 2006.

	1998	2002	2006
Prévalence vie	28%	27%	28%
Prévalence 12 derniers mois	/	/	20,9%
Prévalence 1 fois/semaine ou +	7%	8%	6,5%
Prévalence 1 fois/jour ou +	3%	4%	3,1%

Tableau 3 : Prévalence de consommation de drogues en prison par produit

Produits	Echantillon total (n=1078)		Consommateurs d'au moins 1 produit en prison (n=386)
	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
Benzodiazépines	122	11,3	31,0
LSD/champignons	16	1,5	4,1
Méthadone/Subutex	51	4,7	13,0
Autre	10	0,9	2,5
Préparations artisanales	10	0,9	2,5

L'usage de drogues en prison

Les résultats de l'enquête sur les risques sanitaires liés à l'usage de drogues en prison (Todts et al., 2009) montrent que (voir Tableau 3) 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 (31,9% des détenus interrogés), suivie par l'héroïne (11,6%) et les benzodiazépines (11,3%). En revanche, la découverte de nouveaux produits en prison est moins fréquente et concerne 13% des détenus interrogés. Malgré ces chiffres et nonobstant 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), selon lequel « 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 », la prévention, la Réduction des Risques et même les soins (traitements de substitution,...), éprouvent encore bien du mal à s'implanter en milieu carcéral.

L'indicateur de demandes de traitement²

Les analyses relatives à l'indicateur de demandes de traitement montrent que l'âge moyen des patients admis en 2009 est d'environ 34,3 ans (min. 14 - max. 76). Les patients sont majoritairement de sexe masculin (80%) et d'origine belge (74%). Parmi les 26% de patients d'origine étrangère, 15% proviennent de pays hors Union Européenne. Une importante proportion de l'ensemble des demandeurs est peu scolarisée (62%) et à faibles (voire sans) revenus (18% sans revenus, 21% au chômage et 38% avec revenus de remplacement)³. Les patients vivent généralement seuls (37%), en couple (23%), ou avec leur(s) parent(s) (17%). Mais on notera que 28% d'entre eux ne possèdent pas de logement fixe.

Au niveau de la consommation, les produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement enregistrées en 2009 sont, par ordre d'importance, les opiacés (52%), l'alcool (21%), la cocaïne/crack (12%) et le cannabis (10%). Le mode de consommation le plus fréquemment rapporté est l'inhalation/fumette (56%), suivi de l'absorption par voie orale (27%). Néanmoins, environ 8% des demandeurs ont déclaré avoir eu récemment recours à des comportements d'injection. L'âge moyen de la première consommation du produit à l'origine de la demande (tous produits confondus) est d'environ 21 ans, mais il varie grandement en fonction du produit. On notera finalement que plus de la moitié des patients ayant introduit une demande de traitement en 2009 présentent des antécédents judiciaires.

Prix des drogues en rue⁴

Les résultats de cette enquête nous montrent (voir tableau 4) que le prix moyen du cannabis, après avoir fortement augmenté ces dernières années (en particulier en 2008), accuse une légère diminution (environ 8 euros par gramme en moyenne en 2009). A l'inverse, on constate en 2009 une légère augmentation du prix de l'héroïne (environ 26 euros/gramme), de la cocaïne (53 euros par gramme) et des amphétamines (11,6 euros par gramme) par rapport à 2008. On constate également certaines différences régionales au niveau des prix pratiqués. Par exemple, l'héroïne brune est la plus chère en région liégeoise (35 euros/gramme) alors qu'elle est la moins chère en région bruxelloise (21 euros/gramme).

2. Il s'agit d'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'offrir une estimation du nombre et du profil de personnes ayant fait une demande de traitement auprès d'un centre spécialisé en toxicomanies. En 2009, 3428 demandes ont été enregistrées en Communauté française, dont 791 premières demandes (patients sans antécédents thérapeutiques).

3. 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 des cabinets privés. Or, ceux-ci ne participent pas à l'enregistrement des demandes de traitement.

4. 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 première ligne chargés d'interroger des usagers (travailleurs de rue, comptoirs d'échange de seringues, intervenants en milieu festif, etc.). En 2009, nous avons compilé des informations en provenance de près de 170 usagers.

Ces fluctuations annuelles et régionales peuvent s'expliquer par des variations de disponibilité (ou rareté) des produits et par le degré de concurrence entre dealers (qui est proportionnel à leur nombre sur un territoire donné), mais également par certaines caractéristiques du conditionnement (variation

de l'écart entre le poids déclaré et le poids réel des « paksons », degré de pureté du produit). Quoiqu'il en soit, elles ont évidemment des conséquences directes sur l'accessibilité des différents produits et donc sur les choix et comportements de consommation des usagers.

Tableau 4 : Evolution du prix (en euros) des drogues en rue. Eurotox 2004-2009.

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

🕒 L'ACTUALITÉ LÉGISLATIVE

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. Celle-ci propose 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.

Il est certes encourageant a priori de trouver dans ces conclusions une note rédigée en principe pour promouvoir la prévention des assuétudes et la réduction des risques liés aux usages de drogues. On restera cependant vigilant à 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 exigence de preuves tangibles évoque en effet l'arrivée dans le champ de la santé et du social de l'obligation de résultats, et souvent de résultats chiffrés, propre à l'économie de marché. Or, la réduction des risques peut produire des résultats qualitatifs (amélioration de la santé et de la qualité de vie) des consommateurs qui, bien que constatés sur le terrain, ne sont pas directement chiffrables⁵.

Par ailleurs, la volonté de tenir compte de ce qui serait « fondé sur des données scientifiques » existe-t-elle réellement ? On peut ainsi se demander pourquoi les très pertinentes études déjà menées, qui font déjà autorité dans le secteur, n'ont pas été citées dans ces conclusions. On pourrait ne pointer 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). On peut encore citer a minima une expertise collective de l'INSERM⁶ consistant en une revue de la littérature sur la réduction des risques liés aux usages de drogues, et en 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). Exiger de nouvelles « preuves » sans mettre en avant celles qui existent déjà semble frileux voire incohérent sur le plan politique, et suggère une volonté de ne pas s'engager.

Un autre point nous semble également contre-productif : c'est la juxtaposition dans un même texte de mesures d'encadrement, de prévention et de réduction des risques sanitaires d'une part ; de mesures de contrôle et de répression de l'autre, lesquelles devraient pourtant constituer des missions distinctes pour que les deux champs gardent chacun leur efficacité.

On ne sait donc pas si on doit se réjouir du verre à moitié plein (un texte invitant les états à promouvoir la prévention et la réduction des risques sanitaires en assurant leur synergie avec soins et 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 fan-

5. Même si en dernier ressort, la charge de l'ensemble de la société, et notamment de la sécurité sociale, peut s'en trouver allégée.

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

tasme 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 hybride 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 ? L'ambivalence étant cependant bien réelle, les acteurs socio-sanitaires resteront certainement soucieux d'analyser laquelle de ces deux directions possibles est privilégiée.

« Crache test »

Le contrôle de l'usage de drogues illicites au volant était régi par la loi de 1999 modifiant la loi de 1968 sur la sécurité routière. Elle prévoyait une batterie de tests standardisés (poser l'index sur le bout du nez, rester debout 30 secondes sur une jambe, etc.) suivis éventuellement d'un test urinaire. Ces tests sont considérés aujourd'hui comme obsolètes. Le test d'urine s'avérait peu fiable, détectant la présence de THC même à l'état de résidu chez des personnes n'étant plus en état modifié de conscience. 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.

Drogues illégales : un enjeu de sécurité routière ?

Les chiffres européens montrent que la consommation d'alcool semble incomparablement plus impliquée dans les accidents de la route que les psychotropes illégaux (dont le cannabis). 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 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).

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 aussi bien que des 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 nous ne sommes pas dans ce cas de figure. En effet, la tolérance zéro est appliquée aux drogues illégales, mais pas pour l'alcool, bien que ce dernier soit 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 : la conduite sous imprégnation alcoolique entraîne une amende allant de 137,5 à 2750 euros, entre 0,5 et 0,8g d'alcool par litre de sang (une consommation égale ou supérieure à 0,5g par litre de sang étant considérée légalement comme invalidante pour la conduite automobile). Pour les autres drogues, et singulièrement le cannabis, pour des taux à la limite du décelable⁷, l'amende 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 fois injuste, et pour punir les contrevenants, ce qui l'est une deuxième fois !

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 dû prévoir des seuils de dangerosité des drogues légales (benzodiazépines, notamment...) et illégales en termes de conduite, et exonérer le cannabis passif, pour peu qu'il donne lieu à des taux se révélant en-dessous du seuil de dangerosité prédéfini.⁸

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 une autre procédure légale que celle liée à la police de la circulation. Si cette loi n'était qu'une excoissance 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.

7. 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.

8. 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 !