



L'usage de drogues en Communauté française

RAPPORT COMMUNAUTÉ FRANÇAISE 2003-2004

Juin 2006

A. Liesse
V. Piron
M. Rwubusisi
F. Hariga
Ph. Bastin
M. Dal

Eurotox asbl
Observatoire
socio-épidémiologique
alcool-drogues
Communauté française de Belgique



*Ministère
de la Communauté
française*

Avec le soutien
de la Communauté française

Table

Introduction	7
Remerciements	11
Chapitre 1 : Cadre légal et organisationnel	13
1.1. Organisation	13
1.1.1. <i>Compétences</i>	13
1.1.2. <i>Les stratégies politiques</i>	16
1.2. Financement public du secteur toxicomanie	23
1.2.1. <i>Considérations générales</i>	23
1.2.2. <i>L'Etat fédéral</i>	24
1.2.3. <i>La Communauté française</i>	26
1.2.4. <i>La Région wallonne</i>	28
1.2.5. <i>La COCOF</i>	29
1.3. Les développements législatifs récents	30
1.3.1. <i>Directive commune de la Ministre de la Justice et du Collège des procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la poursuite des infractions en matière de détention de cannabis (25 janvier 2005; MB le 1^{er} février 2005)</i>	30
1.3.2. <i>Arrêté du Gouvernement wallon du 3 juin 2004, portant exécution du décret du 27 novembre 2003 relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes.</i>	32
1.3.3. <i>Arrêté royal du 17 janvier 2005 accordant une aide financière à certaines villes et communes dans le cadre d'une convention relative à la prévention des nuisances sociales liées aux drogues (« plans drogues »).</i>	33
1.4. Débat/évolution de la situation	33
1.4.1. <i>Cannabis</i>	33
1.4.2. <i>Dopage</i>	37
1.4.3. <i>La prévention : prévenir, guérir, ou gesticuler?</i>	38
1.4.4. <i>La place des stratégies de réduction des risques dans la politique de santé en matière de drogues</i>	42
1.4.5. <i>L'usage « problématique », cet inconnu</i>	44
Chapitre 2 : Situation épidémiologique et tendances	47
2.1. La prévalence des usages de drogues	47
2.1.1. <i>L'usage de drogues dans la population générale</i>	47
2.1.2. <i>L'usage de drogues chez les jeunes</i>	52
2.1.3. <i>L'usage de drogues dans les groupes spécifiques</i>	56
2.2. Les conséquences sur la santé	71
2.2.1. <i>Demande de traitement auprès des services spécialisés en toxicomanies: données issues de l'indicateur de la demande de traitement</i>	71
2.2.2. <i>La morbidité en rapport avec la consommation de drogues</i>	98
2.2.3. <i>La mortalité en rapport avec la consommation de drogues</i>	108
2.3. Les conséquences sociales	113
2.3.1. <i>Confrontation à la justice</i>	113
2.4. Disponibilité et offre	116
2.4.1. <i>Les saisies en Belgique</i>	116
2.4.2. <i>Le prix des drogues en Belgique</i>	116

Chapitre 3 : Promotion de la santé, prévention et réduction des risques	119
3.1. La promotion de la santé et la prévention	119
3.1.1. Politique de la Communauté française en matière de Promotion de la Santé :	119
3.1.2. Tendances actuelles des interventions des différents services en Promotion de la Santé en Communauté française	119
3.2. La Promotion de la Santé et la Réduction des Risques	122
3.2.1. Les dispositifs d'échanges de seringues	123
3.2.2. La vente de kits d'injection en pharmacie	124
3.2.3. Les opérations « Boule de Neige »	125
3.2.4. Le travail de rue	125
3.2.5. Le développement de l'accès à l'information	125
3.2.6. Les interventions en milieu festif	125
3.2.7. Les interventions de réduction des risques en prison	126
3.3. Les outils	127
3.3.1. Brochures, livres et revue :	127
3.3.2. Colloques, outils et vidéos :	129
Chapitre 4 : Focus Alcool	131
4.1. Cadre légal et organisationnel	131
4.1.1. Les stratégies politiques	131
4.1.2. Cadre législatif, réglementaire, déontologique	136
4.2. Situation épidémiologique et tendances	140
4.2.1. Etude : La consommation d'alcool chez les jeunes. Quelles stratégies commerciales ?	140
4.2.2. Etude : Dépistage des patients ayant un problème de consommation excessive d'alcool	141
4.2.3. Flash Eurobaromètre n°158 : Young People and Drugs	143
4.2.4. L'enquête sur la santé 2004 (HIS) : Population générale adulte	143
4.2.5. Enquête HBSC 2002 : « La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire »	144
4.2.6. ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) 2003	145
4.2.7. Indicateur de demande de traitement (TDI)	146
4.3. Projets, programmes, tendances	148
4.3.1. Projets	148
4.4. Débat/évolution de la situation	153
4.4.1. Le statut de l'alcool	153
4.4.2. Statu quo politique ; lois lacunaires	155
4.4.3. Pub pour les boissons alcoolisées : efficacité d'une convention avec le secteur privé ?	156
4.4.4. Campagnes médiatiques, espaces de radiodiffusion gratuits : la dernière chance ?	159
4.5. Conclusions et recommandations	159
4.5.1. Conclusions	159
4.5.2. Recommandations	161
Chapitre 5 : Cadre et missions d'Eurotox	163
Introduction	163
5.1. L'asbl Eurotox	163
5.2. Sous-point focal de l'OEDT	163
5.2.1. Structure	163
5.2.2. Missions du sous-point focal Eurotox :	164
5.3. Observatoire Socio-Epidémiologique Alcool Drogues en Communauté française	166
5.3.1. Rapport sur l'usage de drogues en Communauté française	166
5.3.2. Développement du recueil de données (système de monitoring) en Communauté française	166

5.4. Autres activités de l'asbl Eurotox	168
5.4.1. Recherche	168
5.4.2. Action spécifique	168
Annexes	170
Annexe 1: Liste des tableaux et figures	170
Annexe 2: Fiche de renseignement "emerging trends" / tendances émergentes	176
Annexe 3: Manuel d'accompagnement de la fiche de renseignement "emerging trends"	179
Annexe 4: Message récapitulatif d'une année d'activité du yahoo group «tendances_émergentes_alerte_précoce» (28 mars 2003)	181
Annexe 5: Exemple de message d'alerte précoce (21/11/2005) et des communications qui en furent tirées à destination des usagers («flyers» transmis par mail - à photocopier recto/verso par les intervenants qui souhaitent les distribuer)	184
Annexe 6: Budgets 2003 et 2004 des plans drogues et des volets drogues des contrats de sécurité et de prévention	191
Annexe 7: Liste des centres de traitement participant au recueil TDI	195
Annexe 8: Représentativité des données par province	197
Annexe 9: Liste (non exhaustive) des centres actifs en prévention, réduction des risques, traitement et réinsertion professionnelle en Communauté française	200
Bibliographie	205



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 troisième rapport socio-épidémiologique produit par Eurotox sur l'usage de drogues (légal et illégal) en Communauté française. Les rapports précédents couvraient les périodes 1999 – 2000 et 2001 – 2003. Le présent rapport couvre la période 2004-2005. Les données qui ont servi à sa rédaction s'étendent donc sur ces deux années (lorsqu'elles étaient disponibles). Il arrive que des années antérieures soient prises en compte, lorsqu'il s'agit de dégager des tendances sur le long terme.

Pour la première fois, Eurotox a développé un focus sur une matière particulière. Il s'est agi, pour cette grande première, de l'alcool et de son (més)usage, abordés dans le chapitre 4.

Le rapport est composé de cinq 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, en guise d'introduction.

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**, du **financement public** et des **développements législatifs** récents.

On y découvrira que l'insécurité juridique en matière de consommation de cannabis subsiste. En effet, des notions juridiques vagues (« quantité pour usage personnel », « usage problématique » et « nuisances publiques ») ont disparu en même temps que l'article de loi qui les contenait, supprimé par la Cour d'Arbitrage (article 16 de la loi du 3 mai 2003), mais on les retrouve dans d'autres textes légaux qui n'ont pas encore été revus comme cela avait été promis. En lieu et place de cela, une « Directive commune de la Ministre de la Justice et du Collège des procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la poursuite des infractions en matière de détention de cannabis » (25 janvier 2005) a entrepris en vain de « régler » cette matière. Outre le fait qu'elle n'évacue pas les notions dangereuses déjà citées, toute constatation de détention de cannabis fera désormais l'objet d'un procès-verbal. Exit donc l'enregistrement anonyme prévu par la directive précédente qui, selon Infor-Drogues, était un (petit) pas vers une dépénalisation de fait.

On y lira que la répartition des contrôles anti-dopage (aujourd'hui sous la responsabilité du Ministre des Sports) est passée de 85% chez les amateurs (2004) à 85% chez les professionnels (2005). Une valeur d'exemple est ainsi recherchée par le Ministre. Hélas, dans le même temps, la distribution de brochures d'information ciblant les sportifs dans les clubs, destinées à prévenir la pratique du dopage, a été abandonnée sous la nouvelle législature. Ceci après une seule courte année (une partie de 2004) de distribution aux fédérations sportives, aux organismes responsables de la formation des kinésithérapeutes, médecins du sport et professeurs d'éducation physique ou encore dans les établissements de sport-école.

De la sorte, les contrôles deviennent pratiquement le seul mode d'intervention, et comme ils ne sont presque jamais inopinés (88 sur 1027 en 2004), ils ressemblent peu à une réelle volonté d'éradiquer le dopage.

On y « redécouvrira » que la prévention (matière en principe communautarisée) est non seulement cruellement privée de moyens par rapport aux acteurs qui viennent grignoter cette compétence (tels le Ministère de l'intérieur), mais également éclatée entre tous les niveaux de pouvoir et toutes les « casquettes » (Intérieur; Santé au niveau fédéral; Santé au niveau communautaire, police fédérale – avec le programme MEGA dans les écoles mais aussi de véritables opérations « coups de poing » très visibles et très improductives, organismes privés confessionnels ou commerciaux et même sectaires, etc.). Cette dilution amène hélas certains à choisir les modes de « prévention » ou de « lutte » les plus visibles et les moins dangereux (sur le plan électoral par exemple). L'économie serait ainsi faite, croit-on trop souvent, de subtiles discussions sur le plaisir que procurent certaines substances (comme l'alcool,

d'ailleurs), selon quel rituel goûter ce plaisir, dans quel cadre et dans quelles limites.

On s'y rappellera que les différents ministres de l'enseignement ont laissé le personnel scolaire et les directions bien seuls face à la question de la consommation de drogues, en dépit de l'inscription de cette priorité dans la « note politique fédérale » sur la consommation de drogues de janvier 2001.

On s'y permettra toutefois un mince espoir, puisque le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 de la Communauté française enjoint les autorités scolaires à « garantir l'application de la politique de promotion de la santé et de prévention de la Communauté française en matière d'assuétudes, ceci afin d'éviter les interventions préventives de la police qui sont contre-productives par rapport à cette politique ».

On y notera également une autre petite lueur dans le champ scolaire, où les nouvelles structures PSE, à côté des centres PMS, pourraient constituer dans le futur, si on leur en donne les moyens, des aides importantes à une vraie approche préventive.

Ce chapitre sera également l'occasion de s'étonner une fois encore de ce que les stratégies de réduction des risques, bien qu'inscrites tantôt comme prioritaires tantôt comme à encourager dans de nombreux textes relevant aussi bien de la promotion de la santé que du soin ou de la prévention, se heurtent continuellement à de nombreux freins idéologiques, légaux, judiciaires, et financiers au détriment de l'intérêt en terme de Santé publique.

Enfin, ce premier chapitre fait un détour par la notion d' « usage problématique ». On verra que celle-ci est très répandue et que sa définition varie d'un contexte à l'autre, d'un interlocuteur à l'autre, un peu comme c'est le cas pour le concept de « prévention ». Or, une étude réalisée sur l'opérationnalité du concept d'usage problématique de drogues illégales dans un contexte légal¹ dégage un ensemble de difficultés et de contradictions qui amène les auteurs à considérer la notion d'usage problématique comme impossible à manier pour les policiers et les magistrats, et intraduisible de manière pertinente sur le plan légal. Ce qui les conduit à conclure que la notion devrait être purement et simplement éliminée des textes légaux, car elle ne crée pas la plus-value de clarté et de sécurité juridiques recherchées. Toutefois, une partie de l'étude menée avec des intervenants policiers, judiciaires et psycho-médico-sociaux amène les chercheurs à dégager une autre notion qui pourrait remplacer le concept d' « usage (non)-problématique » : celle d'*usage personnel*. Celle-ci est définie selon des quantités très précises de marijuana, de haschich, d'huile de haschich ou de pâtisseries au haschich proposées à titre indicatif comme relevant d'un *usage personnel*, en conclusion de l'étude.

Le **DEUXIÈME CHAPITRE** est un volet essentiellement **épidémiologique** du rapport. On y aborde l'importance (« la **prévalence** ») de l'**usage des drogues**, que ce soit dans la population générale ou chez les « jeunes ». Des milieux particuliers sont également examinés sous cet angle : les usagers de drogues en milieu festif, en rue, mais aussi par exemple en prison ou, pour la première fois, les personnes prostituées.

Les **conséquences sur la santé** forment un autre volet du chapitre. On y examine des conséquences épidémiologiques telles que l'**exposition (et la contamination) à des maladies** telles le SIDA, les hépatites B et C ou encore la tuberculose. **La mortalité** liée à la consommation de drogues y est ensuite développée. Empoisonnements accidentels, overdoses, suicides... sont autant de causes de décès exposées dans leur lien avec les drogues.

Les **conséquences sociales** sont également abordées, avec la **confrontation à la justice** (nombre et type d'infractions liées aux drogues dans l'ensemble de la criminalité enregistrée, mais aussi sécurité routière et drogues).

Enfin, on en terminera avec un mot sur les **disponibilités et l'offre** de drogues en Belgique et sur les **prix** de celles-ci. L'offre de drogues est traditionnellement inférée des saisies effectuées par la police fédérale, avec le biais dû au fait que les saisies peuvent dépendre d'un contexte politique et des politiques de poursuites qui en découlent, et que les quantités peuvent augmenter énormément suite à

¹ Decorte, Tom - Kaminski, Dan - Muys, Marjolein ... et al. L'usage problématique de drogues (illégales) : recherche concernant l'opérationnalisation du concept dans un contexte légal : rapport final. Gent : Academia Press, 2005

une saisie “exceptionnelle”. Les données policières sont donc à interpréter avec prudence, notamment quant aux prix par gramme, de nombreux exemples montrant que des prix dégressifs en fonction des quantités sont appliqués pour l’héroïne brune mais aussi pour la cocaïne. Le prix de l’ecstasy aussi peut varier fortement en fonction des quantités achetées. Les prix relevés en rue via des comptoirs d’échange de seringues, des éducateurs de rue et des intervenants en milieu festif à Bruxelles et dans 4 villes de Wallonie en 2004 sont par ailleurs légèrement inférieurs à ceux annoncés par la police. Les données de ces intervenants permettent par ailleurs de conclure que l’héroïne blanche est peu accessible en Belgique, qu’on n’y vend pas de crack (les consommateurs le préparent eux-mêmes - free-base-), ou encore que les usagers rapportent une chute du prix du cannabis à l’occasion du passage à l’euro.

Le **TROISIÈME CHAPITRE** concerne la mise en œuvre concrète, sur le terrain de la **Communauté française**, des compétences décrites au chapitre 1. Il s’intitule **projets, programmes, tendances**.

Ce chapitre aborde la promotion de la santé et la prévention ainsi que la réduction des risques liés à l’usage de drogues. Il dresse d’abord le constat des tendances actuelles des interventions de promotion de la santé en Communauté française. Celles-ci se répartissent en une approche globale d’une part (centrée sur la promotion d’une vie « en santé », de comportements et de contextes favorables à un choix responsable, plutôt que sur un simple évitement des produits), et une approche par publics-cibles/lieux de vie d’autre part. Cette dernière donne lieu à des actions « grand public », des actions dans les écoles, des actions destinées au public de la rue et enfin des interventions en milieu carcéral. Ce « répertoire » a été établi via une grille de collecte envoyée par Eurotox à toutes les institutions subsidiées par la Communauté française et la Région Wallonne qui ont dans leurs attributions des projets de prévention, de réduction des risques, de traitement ou de réinsertion.

On notera au passage avec intérêt les initiatives développées pour le public scolaire, qui vont de la formation d’adultes relais à la simple diffusion de brochures, se concentrant sur les comportements et situations de consommation plutôt que sur les produits. Celles-ci témoignent d’une réelle expertise, qui prouve qu’il est possible et souhaitable d’intervenir dans les écoles autrement que de manière répressive, et en amont du phénomène circonscrit des consommation en elles-mêmes.

Quant à la réduction des risques, elle résulte en dispositifs d’échanges de seringues, vente de kits d’injection en pharmacie, opérations “Boule de Neige” (actions de prévention de l’infection par le VIH ou les maladies infectieuses à mode de transmission analogue, menées par des « pairs », soit des usagers de drogues, à l’intention d’autres usagers), travail de rue, interventions en milieu festif et interventions dans les prisons.

On relèvera que l’échange de seringues s’est développé dans un premier temps surtout en région liégeoise et dans une moindre mesure à Bruxelles, avant de gagner modestement sur Dinant et Charleroi, les provinces du Hainaut et du Luxembourg restant aujourd’hui les plus pauvres en termes d’accessibilité au matériel d’injection.

Les chiffres des seringues distribuées montrent une augmentation linéaire constante de 1994 à 2002, suivie d’un certain fléchissement en 2003 et d’une stagnation depuis. On notera aussi que les taux de récupération de seringues usagées sont très élevés en Communauté française comparés à ce que l’on observe dans d’autres pays de l’Union Européenne. On déplorera que les Stéricups®, kits contenant une cuillère stérile et un filtre, également distribués depuis 2001, ne sont pas disponibles dans tous les comptoirs (faute de moyens). On constatera par ailleurs que les kits d’injection (pochettes Stérifix) en vente dans les pharmacies sur base volontaire à Bruxelles, Namur, Charleroi et (depuis 2003) Mons, se sont vendus à 28.986 exemplaires en 2000 et à 38.500 exemplaires en 2005, après une augmentation constante et un pic de 46.850 en 2004. L’examen du travail de rue sera l’occasion de remarquer que les éducateurs coordonnent davantage leurs actions en réseau en y intégrant les usagers comme partenaires, mais aussi, de plus en plus, en incluant dans le public-cible les personnes qui entrent en contact avec les personnes qui vivent dans la rue.

Toujours dans la réduction des risques, on verra avec une certaine satisfaction que les actions de « testing » de produits en milieu festif, interrompues depuis septembre 2002 suite à l’intervention du ministre de la justice, ont pu être reprises en 2005 par Modus Fiesta, projet de l’asbl Modus Vivendi. Ces actions sont avant tout une porte d’accès à un public difficile à atteindre autrement (car il ne se perçoit

pas comme potentiellement en danger), et elles créent l'occasion d'un échange confiant susceptible de déboucher sur une prévention profitable à la santé de l'utilisateur.

On devra malheureusement en terminer par une note plus négative : la distribution de brochures d'information en milieu carcéral (à charge de la pharmacie centrale de l'administration des établissements pénitentiaires située à Forest, sur commande des services sociaux ou de santé des prisons), laisse toujours cruellement à désirer, de même que l'accès aux préservatifs en prison.

Enfin, une liste des **outils** de prévention ou de réduction des risques ponctue ce troisième chapitre.

Le QUATRIÈME CHAPITRE est un « **Focus Alcool** », premier coup de projecteur sur un sujet particulier au sein d'un rapport d'Eurotox sur l'usage de drogues en Communauté française.

Ce chapitre dresse le constat inquiétant selon lequel l'alcool est un produit si familier que son usage, et dans une mesure très large son *mésusage* semblent occuper une place dans notre société (voire « remplir une fonction ») dont seuls certains acteurs du champ socio-sanitaire semblent réellement s'émouvoir. Ceci n'est certes valable qu'une fois gratté le vernis du discours officiel, mais on ne peut que s'étonner devant les lacunes des lois, le laxisme dans leur application, la peine des plans quinquennaux de promotion de la santé à enfoncer le clou, le peu de sollicitation dont fait l'objet le gouvernement de la Communauté française pour des projets de prévention exclusivement dédiés à l'alcool, la tolérance parfois injustifiée de l'appareil répressif envers l'abus d'alcool en regard de son appréhension des drogues illicites, les terribles vides juridiques en termes de vente d'alcool à des mineurs, la conquête agressive du marché de ces jeunes mal protégés via des produits vendus et présentés comme des limonades (les « *alcopops* »), l'appel surréaliste à l'auto-discipline des alcooliers et des publicistes via une convention établie sous la houlette du ministre fédéral de la santé pour protéger ces jeunes malgré tout, la réaction quasi nulle de la société civile (dernier rempart possible, via les plaintes déposées contre l'irresponsabilité de certaines de ces campagnes de publicité), l'absence d'initiatives en termes d'un rééquilibrage des messages publicitaires via des campagnes pourtant gratuites de promotion de la santé et, last but not least, les 4000 morts (sur 100.000 annuels en Belgique) à attribuer aux conséquences de la consommation d'alcool qui continuent à émailler les statistiques.

Ces conclusions, largement illustrées, amènent Eurotox à faire valoir au pouvoir politique aussi bien qu'aux acteurs de terrain de la prévention des assuétudes (mais aussi, pour être exhaustif, à la société civile), que le passage du discours politique (ou moral) et de l'encadrement légal à des actes concrets, en termes d'éducation et de prévention/promotion de la santé en Communauté française (mais aussi en termes de contrôle citoyen – via le Jury d'éthique publicitaire) est nécessaire si l'on souhaite que l'expression déjà proverbiale « drogues licites *et* illicites » ne reste pas la lettre morte qu'elle est souvent aujourd'hui (en ce qui concerne l'alcool du moins). Des actions possibles en ce domaine sont largement exposées/proposées dans le corps de ce chapitre 4, renvoyant aux plans quinquennaux de promotion de la santé en Communauté française, au rapport d'experts préalable à un plan concerté de prévention, d'aide et de soins en matières d'assuétudes ou encore au « plan alcool » de la Cellule Politique Santé Drogues.

Le CINQUIÈME 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. Il y est question entre autres des missions d'**alerte précoce** en cas d'apparition d'un produit ou d'un mode de consommation nouveaux et comportant des risques accrus, et de description des **tendances émergentes** en matière de consommation de drogues. Cette dernière matière ayant fait l'objet de la création d'un groupe d'« échange de savoirs » sur le sujet, constitué de professionnels échangeant leurs expertises respectives via un service d'Internet, un nouveau paragraphe est consacré à la description de ce groupe et de son fonctionnement.

Les **données et besoins de données à caractère épidémiologique** y sont également décrits.

Enfin, nous y annonçons la création et la prochaine mise « en ligne » du site web d'Eurotox.

Des ANNEXES auxquelles renvoie le corps du texte sont proposées au lecteur pour terminer.



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 pour la première fois, parfois avant leur publication, des données illustrant d'un jour nouveau certaines parties de notre chapitre 2 (situation épidémiologique et tendances). Soit Espace P... , Sésame et l'Observatoire de la santé du Hainaut.
- 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), l'ASL (Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung de la Communauté germanophone).
- 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 pendant la période couverte par ce rapport (2004-2005).
- 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, ont contribué à la réalisation des activités et des missions d'Eurotox.
- La Coordination Drogues Charleroi et la CTB, pour leur participation incontournable au recueil de données épidémiologiques en Communauté française.



Chapitre 1 : Cadre légal et organisationnel

1.1. Organisation

1.1.1. Compétences

Les matières de 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'état fédéral

□ Respect des lois

Le Ministère des Affaires étrangères est en charge des matières relatives aux relations internationales. Toutefois, les relations avec certaines organisations ont été déléguées au Ministère de la Justice. Il en fut ainsi par exemple des relations avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC). Cependant aujourd'hui, après informations prises auprès de la Direction générale des Droits fondamentaux et Libertés (Ministère de la Justice), il semble qu'en ce qui concerne les Nations Unies, la coordination reste de la compétence des Affaires étrangères. A ce titre, le chef de la délégation à la Commission des stupéfiants est l'ambassadeur belge à Vienne, où l'UNODC a son siège.

Le Ministère de la Justice assure par ailleurs une coordination des départements compétents, tant fédéraux que des entités fédérées, ainsi que des services de police. En tant que responsable de l'administration pénitentiaire, le Ministère de la Justice s'occupe aussi des projets de formation du personnel des institutions pénitentiaires.

Le Ministère des Finances est chargé de contrôler tous les imports, y compris illicites.

□ Epidémiologie, recherches, évaluation

Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique finance des recherches.

De son côté, le Premier Ministre, à travers les anciens SSTC (Services Scientifiques, Techniques et Culturels), rebaptisés aujourd'hui "Politique Scientifique Fédérale"², finance également divers types de recherches, entre autres en toxicomanie (ex. L'évaluation des MASS³, et un programme de recherches d'appui à la "note de politique fédérale relative à la problématique de la drogue" - voir infra - comportant 27 projets, dont certains encore en cours), des recherches criminologiques et épidémiologiques.

□ Traitements, réhabilitation

Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique finance les centres de rééducation fonctionnelle via l'INAMI (centres thérapeutiques spécialisés pour toxicomanes qui ne sont pas agréés comme centres hospitaliers).

Il finance par ailleurs les centres hospitaliers (hôpitaux psychiatriques, sections psychiatriques des hôpitaux généraux, maisons de soins psychiatriques et habitations protégées) qui accueillent des usagers de drogues

² Voir www.belspo.be

³ Les Mass : les maisons d'accueil socio-sanitaires.

□ Prévention de la criminalité

Le Ministère de l'Intérieur gère les différents projets visant à la prévention de la criminalité, dans le cadre des contrats de sécurité et de prévention (anciennement « contrats de sécurité et de société », rebaptisés depuis le 1^{er} janvier 2002 - cfr points 1.2.2. et 2.2.2.).

Les villes et communes ont été invitées à soumettre une proposition de contrat tenant compte, entre autres choses, de la Note politique du gouvernement fédéral relative à la Problématique de la Drogue rédigée en Janvier 2001.

Le Secrétariat permanent à la Politique de Prévention (SPP)⁴ gère la prévention de la criminalité liée à la drogue et est explicitement responsable de la prévention et de la lutte contre les nuisances sociales.

□ Coordination

Comme le stipule l'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, publié au Moniteur belge le 2 juin 2003), « une cellule de coordination dite “Cellule Générale de Politique en matière de Drogues” est créée, regroupant les différents niveaux de pouvoir. Elle se réunira mensuellement au moins, et sera chargée d'assurer une approche intégrée et globale de la problématique, en appuyant l'action de la “Conférence interministérielle politique en matière de Drogues”. Cette dernière regroupe les Ministres fédéraux, régionaux et communautaires des différentes compétences concernées (Santé publique, Justice, Intérieur, Affaires étrangères, Politique des grandes villes...) ou leurs représentants. Ces mêmes compétences doivent être représentées dans la Cellule drogue. La Conférence se réunit au moins annuellement, sous la présidence du Ministre fédéral qui a la Santé publique dans ses compétences ».

A l'heure de la rédaction du présent rapport, malheureusement, la Cellule Générale n'a toujours pas été créée.

En revanche, une “Cellule Politique Santé Drogues” (CPSD, compétente pour le volet “santé” des problèmes de drogue) a été créée et effectue, depuis 2002, ce travail de concertation entre les différents niveaux de pouvoir.

Les missions des deux cellules sont similaires mais la cellule santé s'occupe uniquement du champ « santé », alors que la cellule générale devra s'occuper de tous les aspects de la politique drogue, d'où l'intérêt d'avoir des cellules de travail en différentes matières. La composition de la cellule générale devra tenir compte de l'ensemble des compétences concernées par la problématique des drogues.

Voici quelques exemples importants des activités de la CPSD :

- Enregistrement des demandes de traitement - TDI (Treatment Demand Indicator) : la Belgique est tenue de transmettre à l'OEDT⁵ des données correspondant au protocole européen sur le «Treatment Demand Indicator» (TDI). Or, ces données ne sont actuellement pas transmises, faute d'une méthodologie de collecte du TDI commune aux différents niveaux de pouvoir belges. La CPSD a interpellé l'ISSP⁶ à ce sujet et un groupe de travail a été créé en 2004 en vue d'enfin harmoniser cette collecte.
- Elaboration de projets politiques concertés pour une politique de santé intégrée : oeuvrant à la coordination et à la concertation, la CPSD s'occupe entre autres de faire avancer la création de la Cellule Générale (notamment en poussant les Communautés et Régions à voter les décrets et ordonnances ad hoc); de coordonner l'utilisation par les entités fédérées du « fonds anti-tabac » ou encore de coordonner et de stimuler la réflexion du fédéral et des

⁴ Le SPP (Le secrétariat permanent à la politique de prévention) est le département du Ministère de l'Intérieur chargé de soutenir les initiatives de prévention locales ainsi que la politique générale de prévention du pays, dans le sens où l'entendent les ministères de l'intérieur et de la justice.

⁵ Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (www.emcdda.eu.int)

⁶ Institut Scientifique de Santé publique, « Point Focal » belge, c'est-à-dire responsable fédéral de la transmission de ces données et des relations à l'OEDT en général.

entités fédérées sur les assuétudes à d'autres produits licites tels l'alcool (réflexion sur un « plan alcool ») mais aussi le jeu.

- Prévention de l'usage et limitation des dommages : ces matières occupent directement la CPSD, notamment via un groupe de travail destiné à évaluer le Système d'Alerte Précoce sur les (nouveaux) produits ou les nouveaux modes de consommation entraînant des risques accrus , dit aussi « Early Warning System – EWS (cfr chapitre 5) ».
- Missions spécifiques de la CPSD : la cellule s'acquitte également de missions spécifiques comme réaliser et tenir à jour un inventaire des autorités compétentes en matière d'assuétudes mais aussi des organisations spécialisées et/ou centres de recherche/universités qui abordent la problématique des drogues ; émettre des avis et recommandations sur l'harmonisation et l'efficacité des politiques adoptées ou proposées ; faire des propositions en matière d'amélioration de la qualité des données transmises à la cellule par les différentes autorités ou encore proposer et préparer des protocoles de coopération mettant en œuvre les objectifs définis avec les différentes entités (exemple : le protocole TDI).

1.1.1.2. Communauté française

Depuis la “Loi spéciale de réformes institutionnelles” du 8 août 1980, la Communauté française est compétente pour les matières dites “personnalisables” qui comprennent la politique de santé et l'aide aux personnes.

Cependant, les matières suivantes : traitements non résidentiels - ambulatoires, de réhabilitation, de resocialisation et de politique de réduction des risques liés à la consommation, ont été transférées à la COCOF et à la Région wallonne par la Communauté française, tandis que la prévention restait du ressort de cette dernière.

La réduction des risques liés à l'usage de drogues, dont les projets peuvent être subventionnés par l'une ou l'autre région, ou encore par la Communauté française.

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 la recherche. La Région finance les fédérations qui assurent le rôle de coordination pour leurs membres.

La Région wallonne dispose d'une réglementation spécifique : le “Décret relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes”, adopté le 27 novembre 2003.

Les principaux objectifs de ce décret sont de renforcer la cohérence des actions menées dans une logique de réseau et de valoriser les compétences d'institutions soit spécifiques soit généralistes. Il s'agit également d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services offerts.

Ainsi, des institutions se sont vu offrir la possibilité d'un agrément officiel via l'intégration dans un réseau de soins, ce qui a notamment pour effet de rendre obligatoire et structurelle leur subsidiation par la région, du moins tant que court leur agrément.

Signalons toutefois que les premiers réseaux ne seront pas financés avant 2007, les acteurs de terrain ayant relevé certaines impraticabilités qui doivent être corrigées.

La Région wallonne finance aussi les fédérations, qui peuvent prendre le relais de coordination pour leurs membres.

1.1.1.4. La Commission Communautaire française (COCOF)

Pour la Région bruxelloise, la COCOF soutient, comme en Région wallonne, des projets qui s'inscrivent dans le domaine curatif ambulatoire au sens large.

Le "Décret relatif à l'agrément et aux subventions des services actifs en matière de toxicomanie" du 27 avril 1995, ainsi que des arrêtés, fixent les conditions d'agrément ou de subventionnement du secteur. Par ce décret, la Commission Communautaire française se déclare compétente pour 6 missions menées par les services agréés: l'accompagnement (psychologique), les soins, la prévention, la réinsertion, la formation et la liaison. Les services agréés répondent à ces missions en tout ou partie, ce qui explique que certains services ne sont pas «curatifs» au sens strict du terme.

Un processus d'évaluation du décret et de son application a été lancé en 2005. Celle-ci a donné lieu à des auditions en commission «santé» de la COCOF. Les débats étaient en cours de finalisation à l'heure de la rédaction de ces lignes.

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

Au niveau communal, des projets de réduction de la demande sont menés sous l'impulsion de divers acteurs tels l'Aide en milieu ouvert ou les Contrats de sécurité et de prévention, dont la responsabilité est fédérale (Cfr. 1.1.1.), mais dont la gestion est locale. Leurs philosophies et l'objet de leur intervention sont parfois diamétralement opposés.

1.1.2. Les stratégies politiques

1.1.2.1. La note politique fédérale

Pour rappel, cette note a été rendue publique en janvier 2001, aux fins de créer un "organe politique chargé de cette problématique regroupant le gouvernement fédéral et les gouvernements communautaires". Cet organe n'existait pas jusqu'alors et devait viser 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
- répression pour les producteurs et les trafiquants

Cette note portait déjà création, à ces fins, de la Conférence Interministérielle sus-citée, regroupant les ministres compétents des instances fédérales et des entités fédérées, et d'une "cellule drogue" :

"L'objectif visé est la réalisation d'une politique globale et intégrée. La Cellule Drogue sera ainsi composée de représentants de toutes les autorités compétentes (Etat fédéral, Communautés et Régions). La direction de la Cellule Drogue sera assurée par un(e) coordinat(eu)r(ice) en matière de drogues,

compétent(e) pour coordonner la politique en matière de drogues. La Cellule Drogue appuiera l'action et donnera des avis aux autorités concernées ainsi qu'à la Conférence interministérielle Politique en matière de Drogues⁷."

1.1.2.2. « Contrats de sécurité et de prévention » et « plans drogues »

L'obtention de subsides fédéraux par une commune, aux fins de prévention de la criminalité liée aux drogues, fait l'objet d'une convention (réglée par l'Arrêté Royal du 27 mai 2002) entre la commune et le Ministre de l'intérieur. Celle-ci est obtenue à certaines conditions de base: un caractère urbain marqué, un taux de criminalité par habitant élevé, un revenu par habitant très faible, sont des facteurs qui interviennent dans les conditions d'octroi. Si celles-ci sont réunies, la « convention relative à la prévention de la criminalité » peut être signée.

Une telle convention est en fait un des fameux « contrats de sécurité et de prévention ». Mais, moyennant une demande de la commune au Ministre, la convention peut aussi être un « plan drogues ». Celui-ci doit être une « initiative qui vise la prévention des nuisances sociales liées aux drogues et la coordination locale des actions développées en matière de toxicomanie » (Arrêté Royal du 17 janvier 2005 sur les « conventions relatives à la prévention des nuisances sociales liées aux drogues », art.1, 1^o). En plus de fournir un bon diagnostic local de la problématique, le plan doit entre autres choses: rétablir et renforcer le tissu social dans les villes ou communes; lutter contre le sentiment d'insécurité; assurer un accueil à bas seuil d'accès et atteindre, prioritairement, un public-cible marginalisé non couvert par les structures traditionnelles d'aide et de soins présentes sur l'entité concernée. (Art.4).

La liste complète des plans drogues et volets drogues des contrats de sécurité et de prévention, ainsi que de leurs budgets pour les années 2003 et 2004, est communiquée en annexe n°6 du présent rapport.

1.1.2.3. Politique de la Communauté française en matière de prévention des toxicomanies

Un mot, pour commencer, sur le concept de promotion de la santé et, à l'intérieur de celui-ci, ce qu'il en ressort en matière de prévention des assuétudes.

Le cadre de référence - Le concept de Promotion de la santé

Le "Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française" du 14 juillet 1997, a adopté comme référence de cette mission le concept de Promotion de la Santé tel que défini dans la "Charte pour la promotion de la santé", dite "Charte d'Ottawa". Celle-ci est le fruit de la première conférence internationale pour la promotion de la santé tenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1986.

Ainsi, par Promotion de la Santé, le décret entend: "le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la Santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques".

Dans cette optique de Promotion de la Santé, la prévention n'est donc pas axée principalement sur la connaissance des produits. Elle privilégie plutôt l'analyse des représentations sociales et la compréhension des comportements liés aux produits.

⁷ Chambre des Représentants et Sénat de Belgique, Note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue, Doc. Parl., 50-1059/1 et 2-635/1, p.32.

Deuxième plan quinquennal de promotion de la santé : 2004-2008.

Après le premier plan quinquennal, qui a couvert la période 1998-2003, voici donc son successeur, élaboré sous la législature précédente (qui a pris fin à l'été 2004, date des élections régionales et communautaires).

Tout d'abord, il est à noter que dans le chapitre III du programme, qui présente les thématiques prioritaires de ce nouveau plan, les assuétudes sont présentées en tête de liste.

L'éducation à un comportement responsable et à un libre choix reste d'actualité, mais coexiste avec l'incitation à éviter un comportement (de consommation).

L'accent est toujours mis, comme nous le verrons dans notre « focus alcool » (chapitre 4) sur la nécessaire approche commune des drogues licites et illicites.

La réduction des risques sanitaires liés à la consommation de drogues est elle aussi mise en avant.

Par ailleurs, l'attention est attirée sur une nécessaire cohérence entre actions et programmes de promotion du bien-être et de la santé mentale d'une part, actions et programmes de prévention des assuétudes de l'autre.

Enfin, il est présenté comme souhaitable d'importer la politique de prévention et de promotion de la santé de la Communauté française à l'école (par les autorités scolaires) afin d'éviter les interventions de la police (décrites de manière critique dans notre précédent rapport), celles-ci étant considérées comme contre-productives.

Citons enfin les objectifs développés dans le plan, en promotion de la santé liée aux assuétudes d'une part, en matière de prévention de l'autre :

« 1.1. Objectifs de promotion de la santé

a) Développer les compétences favorisant la santé mentale et relationnelle et promouvoir un équilibre de vie qui ne soit pas dépendant de la consommation régulière de substances psycho-actives.

b) Aider les jeunes à se situer personnellement par rapport à la consommation de substances psycho-actives, en prenant en compte les projets de vie personnels des jeunes et leurs conditions de vie, mais aussi la réalité sociale.

c) Développer des programmes de gestion et de réduction des risques sanitaires liés à la consommation des différents produits, en tenant compte du type de produits, du mode et de la fréquence de la consommation, du sexe et des différences d'âge et de maturité des jeunes, des propriétés des différents produits et des risques sanitaires liés à leur consommation.

d) « Dénormaliser » l'industrie du tabac (= déconstruire les mécanismes par lesquels celle-ci se présente comme légitime et normale et commercialise un produit présenté comme légitime et normal). »

On notera avec intérêt cette notion forte et novatrice, face à une industrie puissante, de « non-légitimité » d'une drogue légale très répandue : le tabac. Mais aussi la volonté pour la première fois affichée de délégitimer (c'est à dire de faire acter proactivement sa « non-légitimité », sans se contenter de la relever). Tout ceci pour un produit dont, pourtant, ni le commerce ni la consommation n'enfreignent les lois.

On suivra avec intérêt dans les faits la mise en application de ce principe fort, notamment par l'occupation des espaces publicitaires gratuits mis à disposition par les média en contrepartie des pubs pour alcools, tabac ou médicaments. (Cfr chapitre 4 : Focus alcool)

« 1.2. Objectifs de prévention

Sensibiliser et former les intervenants de première ligne (maisons médicales, centres de santé mentale, généralistes...) à mettre en question les habitudes de consommation et à soutenir les patients dans la recherche d'une consommation à moindre risque ou de l'abstinence. »

On retrouve là in extenso une des recommandations du rapport d'experts en vue d'établir

un plan concerté en matières d'assuétudes (cfr 1.2.5.), qui invite le champ « généraliste » de la santé à rendre la pareille au champ « spécialisé » de la réduction des risques, soit ouvrir le patient à cette autre approche (ce que feraient déjà, dans l'autre sens, les acteurs de la réduction des risques).

1.1.2.4. Le rapport d'experts en vue d'un plan concerté Communauté française / Région wallonne

Les élections régionales et communautaires du printemps 2004 ont mené à des changements de gouvernements en Communauté française et en Région wallonne.

Le nouveau gouvernement conjoint de la Communauté française et de la Région wallonne a par la suite chargé les deux ministres en charge de la Santé publique dans ces entités, de nommer un collège d'experts qui analyserait la situation en termes d'assuétudes. Un rapport était attendu de ce collège, aux fins d'établir un « Plan concerté de prévention, d'aide et de soins en matière d'assuétudes ».

Prévention, aide et soins seraient trop fragmentés et cloisonnés, selon les deux gouvernements. Le rapport, ainsi que le plan qui en découlerait doivent remédier à ce cloisonnement. Le plan doit aussi permettre de favoriser transversalité et cohérence dans l'intervention concernant les assuétudes dans certains milieux, soit : la jeunesse, les milieux éducatifs, les milieux d'insertion socioprofessionnelle...

Le rapport, attendu après 6 mois de travail du collège (janvier-juin) devait :

- Etablir un registre critique des actions et projets menés dans le champ de la prévention et des soins aux usagers de drogues et à leurs familles, avec identification des lacunes et des doublons ;
- Etablir un inventaire exhaustif et argumenté des besoins qui requièrent une action commune des deux gouvernements
- Proposer des actions prioritaires concrètes à subsidier en 2006 par la Région wallonne et la Communauté française

... et ce en balayant les 8 problématiques suivantes :

- 1) Amélioration et diversification de l'aide et des soins
- 2) La définition d'une politique optimale de contrôle des risques, quelle que soit leur nature, et pour tous les publics concernés
- 3) Le renforcement des liens entre actions de réduction des risques et de prise en charge médicale
- 4) La création de nouvelles structures de support et d'accompagnements pour parents de personnes dépendantes
- 5) La mise en place de collaborations entre l'aide à la jeunesse et les services d'aide médicale ou thérapeutique
- 6) La création dans les écoles et autres lieux dédiés à la jeunesse, en collaboration avec ceux-ci, de relais en termes de prévention et d'orientation vers le secteur de la prise en charge
- 7) La participation du secteur socio-éducatif au réseau des assuétudes
- 8) L'amélioration de la prise en charge des délinquants toxicomanes (spécialement les mineurs), y compris en cas d'emprisonnement.

A l'occasion d'un autre gouvernement conjoint (Communauté française / Région bruxelloise), il a été décidé que cette dernière prendrait part à l'élaboration du plan conjoint d'intervention, afin que les acteurs bruxellois francophones soient représentés dans ce processus. Un expert bruxellois de terrain en matière de prévention et de soins a donc été adjoint au collège.

Voici certains résultats importants du rapport

A. Le registre critique des actions et projets s'est avéré trop lourd à réaliser (l'entièreté de la mission aurait dû y être consacrée).

B. L'inventaire des besoins requérant une action conjointe des trois gouvernements se retrouve dans certaines des 76 recommandations qui émaillent le rapport. En voici quelques unes à titre indicatif :

Statut de la note politique fédérale : le statut actuel de la note politique fédérale de janvier 2001 devrait être redéfini, de même que la création de la « cellule générale drogue » recommandée par la note, mais toujours inexistante.

Priorité à la santé : la santé, avant la sécurité ou les nuisances, devrait être reconnue comme la priorité dans la politique des drogues, même si les autres sujets doivent être traités aussi. Cela devrait se refléter dans les budgets publics accordés à ces postes (rappel : 54% des fonds publics vont actuellement aux aspects sécuritaires de la politique des assuétudes, pour 4% à la prévention et 38% à l'assistance).

Usage des données existantes : les données nombreuses et variées issues du terrain sont sous-utilisées. Cette tendance devrait être inversée.

Communication appropriée : la communication au public doit être améliorée, entre autres pour ne pas sous-estimer certains produits (alcool, tabac) qui causent le plus de dommage en termes de Santé publique. Une bonne communication doit par ailleurs assurer l'adhésion du public aux objectifs affichés.

Meilleur usage du travail fourni par les lieux de concertation institués : les gouvernements devraient user davantage des travaux d'assemblées de spécialistes telles les FEDITO ou la CPSD.

On notera que la volonté de mise en réseau des ressources existantes, de transversalité, de concertation, d'approche intégrée, ont trouvé un début d'expression, voire d'application, dans des positions ou actions passées telles la note politique fédérale de janvier 2001, la création de la CPSD, la prise en compte des drogues licites dans les plans quinquennaux de promotion de la santé en Communauté française ou encore le décret du gouvernement wallon sur les réseaux de soins en matière d'assuétudes . Ce rapport prolonge ces positions et la volonté de continuité (ou parfois de mise en œuvre tardive !) de ces actions.

C. Quant aux actions prioritaires concrètes, la procédure imposée au collège d'experts était d'étudier les 3 variables : soins - réduction des risques - prévention, selon les 3 axes - jeunesse (« à problèmes ») - logement - insertion. Ce faisant, le collège était supposé apporter des réponses aux 8 problématiques citées ci-dessous. Voici ces éléments de réponses, lorsque ceux-ci existent dans le rapport :

1) Amélioration et diversification de l'aide et des soins

Éléments de réponse : L'offre résidentielle est de 120 à 150 lits en Communauté française. C'est trop peu, d'autant qu'ils sont partiellement consacrés aux personnes dépendantes de l'alcool. De plus, l'offre spécifique pour les mères accompagnées de leur(s) enfant(s) est très faible.

2) La définition d'une politique optimale de contrôle des risques, quelle que soit leur nature, et pour tous les publics concernés

Éléments de réponse : L'évolution rapide des produits et des modes de consommation devrait être suivie par une approche de la réduction des risques adaptée à cette rapidité, soit souple et innovante. Par ailleurs, c'est bien la « réduction » des risques qui devrait prévaloir, et non le « contrôle » des risques, puisque le but est bien de réduire, ne fût-ce qu'en termes de santé, les risques encourus par les consommateurs de drogues.

3) Le renforcement des liens entre actions de réduction des risques et prise en charge médicale

Éléments de réponse: Il semble que les acteurs de la réduction des risques n'hésitent pas à rediriger les consommateurs vers des structures de prise en charge lorsque c'est nécessaire. Le contraire ne semble pas aussi vrai, et devrait être encouragé: les acteurs généralistes (par exemple les médecins généralistes), devraient être sensibilisés aux messages de réduction des risques à adresser aux consommateurs. Ceux-ci, s'ils sont prodigués sans jugement de valeur, créent un rapport de confiance qui permet d'abaisser les comportements dangereux de manière plus efficace.

4) La création de nouvelles structures de support et d'accompagnements pour parents de personnes dépendantes

5) La mise en place de collaborations entre l'aide à la jeunesse et les services d'aide médicale ou thérapeutique

6) La création dans les écoles et autres lieux dédiés à la jeunesse, en collaboration avec ceux-ci, de relais en termes de prévention et d'orientation vers le secteur de la prise en charge

7) La participation du secteur socio-éducatif au réseau des assuétudes

Éléments de réponse: Tout au long du rapport, la création de lieux de dialogue entre le secteur des assuétudes et d'autres secteurs/compétences a été promue par le collège.

8) L'amélioration de la prise en charge des délinquants toxicomanes (spécialement les mineurs), y compris en cas d'emprisonnement.

Éléments de réponse: Actuellement, le système carcéral génère un haut risque d'addiction aux drogues. C'est un lieu d'initiation et de mauvais accès aux moyens de prévention et à la réduction des risques.

Les personnes dépendantes emprisonnées devraient avoir l'assurance d'une prise en charge médicale, en accord avec le principe d'équivalence d'accès pour les détenus et les personnes libres.

De même l'accès aux prisons doit être assuré, dans de bonnes conditions, aux acteurs de la santé extérieurs.

Le personnel carcéral devrait recevoir une formation appropriée en matière d'assuétudes.

Le vaccin contre l'hépatite B devrait être généralisé.

L'accès à l'information (opérations «boule de neige» en réduction des risques...) et au matériel (échange de seringues...) devrait être amélioré.

Les traitements de substitution devraient être mis à disposition.

L'ensemble de ces mesures devrait être étendu aux IPPJ (centres de détention pour mineurs), et ceux-ci devraient offrir la possibilité d'un suivi psychologique.

Le collège d'experts insiste d'autant plus sur ces points que des protocoles de coopération existent entre les différents niveaux de pouvoir impliqués, et notamment l'Accord de coopération entre l'Etat, les Communautés, la Commission communautaire commune, la Commission Communautaire française et les Régions pour une politique de drogues globale et intégrée (2 septembre 2002).

Ceux-ci devraient assurer le cadre nécessaire à la collaboration entre les différents ministères et administrations concernées.

1.1.2.5. Le programme de la Région de Bruxelles-Capitale

Les compétences en matière de santé de la Région de Bruxelles-Capitale relèvent de trois entités différentes: la Commission Communautaire française (COCOF) dont nous avons déjà évoqué les compétences (1.1.4.), son équivalente la Vlaamse Gemeenschap commissie et l'organe bi-communautaire c'est-à-dire

la Commission Communautaire commune/Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

La prévention fait partie du programme de la Région de Bruxelles-Capitale qui se résume en 11 points élaborés par la Concertation Toxicomanies Bruxelles - Overleg Druggebruik Brussel (CTB-ODB):

1. Rassembler les données épidémiologiques de façon systématique
2. Pourvoir l'information sur les services et les personnes ressources
3. Soutenir la prévention et rassembler ses acteurs
4. Encourager les intervenants non-spécialisés de première ligne
5. Développer un accompagnement à la réinsertion
6. Établir une coordination entre les différents niveaux de pouvoir en Belgique
7. Participer aux travaux et collaborer avec les instances internationales
8. Intervenir auprès des instances compétentes pour assurer l'aide et les soins aux usagers de drogues
9. Intervenir auprès de l'ordre des médecins et de l'ordre des pharmaciens
10. Soutenir le comité de concertation et le coordonnateur dans la réalisation du programme bruxellois
11. Encourager et développer la réduction des risques.

1.1.2.6. Un « Plan Communautaire Opérationnel » (POC) pour les assuétudes ?

Il faut hélas en terminer par une information « en creux » : l'absence, pour l'instant, de plan opérationnel communautaire dédié aux assuétudes.

Mais qu'est-ce qu'un plan communautaire opérationnel? Les quatre Services communautaires de Promotion de la Santé en Communauté française (l'ULB PROMES, Question Santé, l'UCL-RESO et l'ULG-APES) ont été sollicités par la Ministre en charge de la santé en Communauté française pour mettre en pratique concrètement le Programme quinquennal de Promotion de la santé 2004-2008. Cela se fait via des POC, soit des plans de mise en œuvre, par thèmes, des priorités exprimées dans le plan quinquennal.

Ainsi, voici trois exemples de POC : Infections sexuellement transmissibles et SIDA ; maladies cardiovasculaires ; santé bucco-dentaire.

Les assuétudes n'ont pas fait l'objet d'un POC élaboré par les Services communautaires car cette priorité du plan quinquennal fait l'objet dans un premier temps d'un « traitement » via le rapport du collège d'experts développé au point 1.1.2.4.

Il faut toutefois rappeler d'une part que ce rapport d'experts ne devait être qu'un préambule à un plan concerté d'action, d'autre part que ce plan, une fois élaboré, devra déboucher sur un POC consacré aux assuétudes si les ministres en charge entendent réellement que ce sujet soit traité de manière prioritaire. Le POC consacré au SIDA, considérant la promotion de la santé, de la prévention, de la responsabilité et de la réduction des risques qui caractérisent cette matière, n'est d'ailleurs pas sans lien avec la thématique des assuétudes (cf les usagers de drogues par voie intraveineuse). Il pourrait en ce sens montrer la voie vers un POC consacré à celles-ci.

Les assuétudes, en dépit de leur « non-inscription » dans un POC actuellement, restent , rappelons-le, une priorité en promotion de la santé en Communauté française.

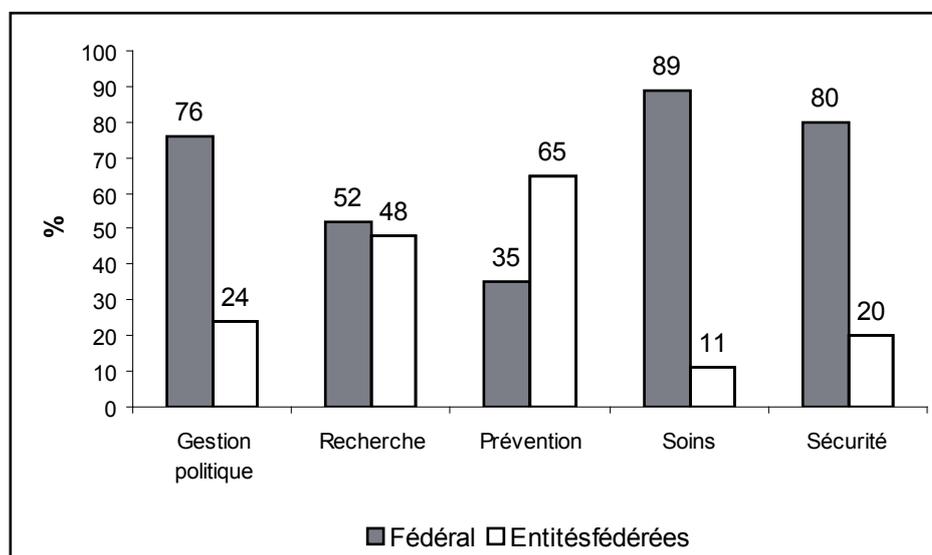
1.2. Financement public du secteur toxicomanie

1.2.1. Considérations générales

En Belgique, il existe une grande diversité de sources de financements. Il est complexe d'avoir une image exhaustive du financement du secteur. Toutefois, les résultats de l'étude "La politique vis-à-vis des drogues en chiffres"⁸, confiée conjointement à des représentants de trois universités belges (KUL, ULB et RUG), apportent aujourd'hui une réponse plus complète à cette question. Les données traitées dans cet ouvrage datent de 2002, mais on peut les considérer comme suffisamment « structurelles » pour constituer une excellente indication, même à moyen terme.

Ces données ont permis entre autres de déterminer les contributions respectives du gouvernement fédéral et des entités fédérées (communautés, régions, provinces) aux gestions des assuétudes, en termes proportionnels, comme l'indique la figure suivante.

Figure 1 : Pourcentages de chaque secteur financés par le gouvernement fédéral et les entités fédérées (De Ruyver et al 2004, cit. in Belgian National Report on drugs 2004).



On notera que le ratio ne penche (très) nettement du côté des entités fédérées que pour le domaine de la "prévention". Et encore la « prévention » financée par le niveau fédéral est-elle la prévention des nuisances et de la criminalité liée à la drogue. La prévention financée par les entités fédérées est, elle, orientée vers la promotion de la santé.

Il ne faut pas perdre de vue que le budget « prévention » dont il est question dans la figure ci-dessus (y compris, bien sûr, les plans drogues et les volets drogues des contrats de sécurité), ne représente selon le même ouvrage que 4% de l'ensemble de « l'argent » consacré à la gestion du phénomène des drogues. Cet argent va, par ailleurs, pour 54% au secteur de la « sécurité », pour seulement 38% au secteur des « soins », 3% au poste « gestion politique », et finalement 1% au poste « recherche et épidémiologie ».

Nous allons à présent, comme dans notre rapport précédent, essayer de dégager les tendances observables à moyen terme dans les financements publics à ces différents niveaux.

⁸ DE RUYVER B., PELC I., CASSELMAN J. et al., La politique des drogues en chiffres, une étude des acteurs concernés des dépenses publiques et des populations atteintes, Academia Press, Gent, 2004.

1.2.2. L'Etat fédéral

Le budget de la Cellule Politique de Santé en matière de Drogues est reconduit (et indexé) chaque année. Le protocole d'accord de cette même cellule instituait un budget de départ de 7 millions de FB (soit environ 175.000 €). En 2004, il était de 179.750,82 €.

79 % sont réservés aux frais de personnel : 142.003,15 €.

21 % réservés aux frais de fonctionnement : 37.747,67 €.

1.2.2.1. Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique.

Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique finance, via l'INAMI, des centres thérapeutiques spécialisés pour personnes toxico-dépendantes (non agréés comme centres hospitaliers). Il finance par ailleurs des centres hospitaliers (hôpitaux psychiatriques, sections psychiatriques des hôpitaux généraux, maisons de soins psychiatriques et habitations protégées) qui accueillent des usagers de drogues.

Le budget prévisionnel inscrit à cet effet en 2002 était de 27.917.768 €.⁹

Nous ne disposons pas des budgets prévisionnels des années 2003 et 2004, mais bien des dépenses réelles effectuées, soit :

Tableau 1 : Dépenses annuelles du Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique - soins ambulatoires ou hospitaliers aux personnes toxico-dépendantes ; 2003-2004

	Soins ambulatoires	Patients hospitalisés	Total
2003	9.811.579 €	21.093.628 €	30.905.207 €
2004	10.538.646 €	20.895.313 €	31.433.959 €

Dépenses annuelles du Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique - soins ambulatoires ou hospitaliers aux personnes toxico-dépendantes ; 2003-2004

1.2.2.2. Ministère de l'Intérieur

Le budget réservé à la prévention (des nuisances liées aux drogues) était de 6.127.169 € en 2002.¹⁰ Ce financement s'est fait via les contrats de sécurité et de prévention.

En 2003 et 2004, les « volets drogues » des contrats de sécurité et de prévention, et les « plans drogues », gérés par le Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention (SPP), ont totalisé les budgets suivants :

Tableau 2 : budgets annuels «plans drogues» et «volets drogues des contrats de sécurité», SPP, 2003-2004

	Wallonie	Bruxelles	Flandres	Total
2003	3.618.769	1.797.004	3.623.896	9.039.669
2004	3.535.990	1.795.459	3.664.248	8.995.697

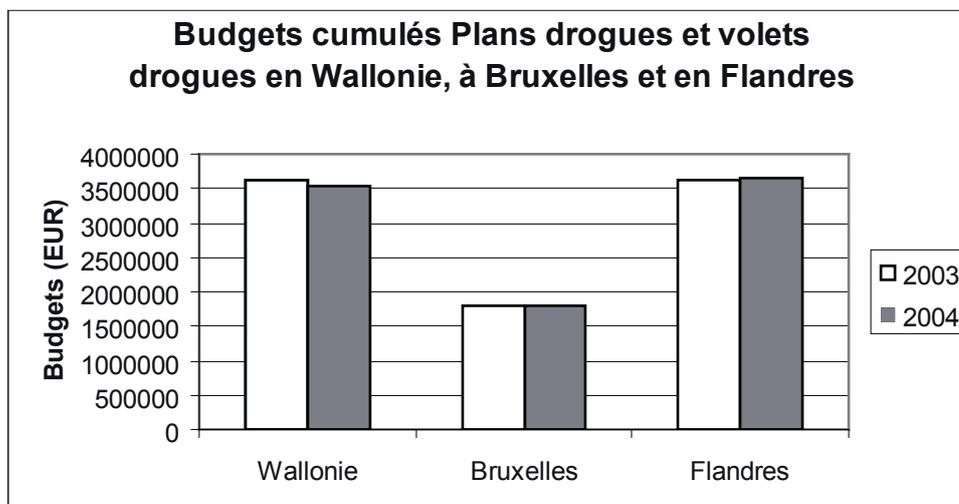
Sources: SPP Monsieur Luc Devroe, Communication personnelle

⁹ SLEIMAN S. , Belgian National Report on Drugs 2003, rapport annuel, Institut Scientifique de Santé publique, Bruxelles, décembre 2003, p23

¹⁰ Ibid

Voici un aperçu graphique de cette répartition et de l'évolution globale depuis 2002 :

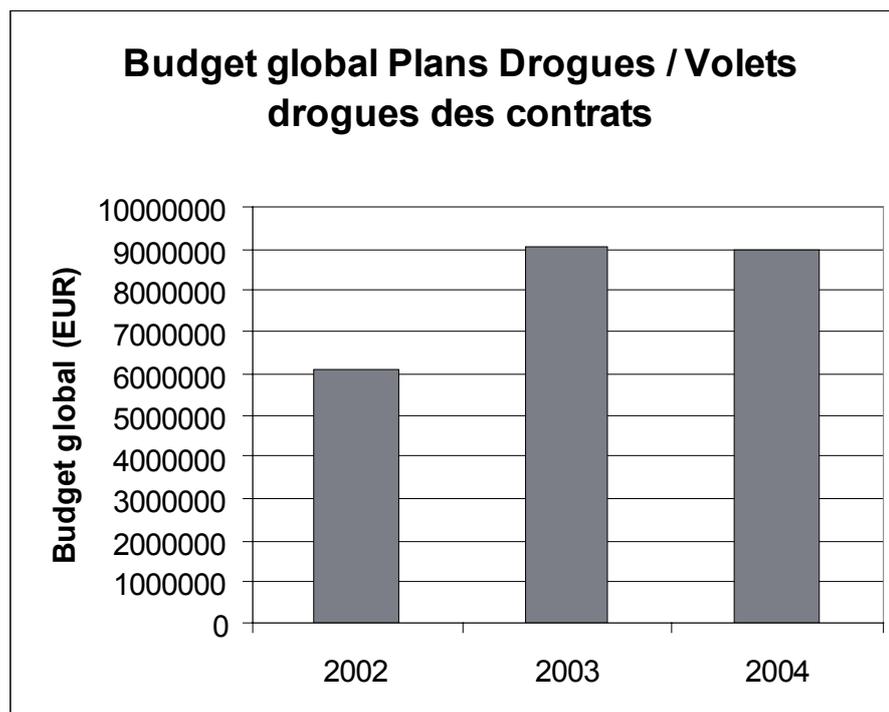
Figure 2: Budgets plans drogues et volets drogue des contrats de sécurité, par région, 2003-2004



Sources : SPP Monsieur Luc Devroe, Communication personnelle

Evolution du budget global depuis 2002 :

Figure 3: Budget global plans drogues / volets drogues des contrats de sécurité, 2003-2004



Sources : SPP Monsieur Luc Devroe, Communication personnelle; SLEIMAN S., Belgian National Report on Drugs 2003

Les « volets drogues » des contrats de sécurité ont été remplis par (et subsidiés pour) 10 communes wallonnes, 11 communes bruxelloises et 28 communes flamandes, soit un total de 49 communes en 2004. Les « plans drogues » ont eux atteint le nombre de 20 en Wallonie, 1 à Bruxelles et 8 en Flandres, soit un total de 29 en 2004, l'essentiel étant réparti sur la Communauté française, comme on l'aura relevé.

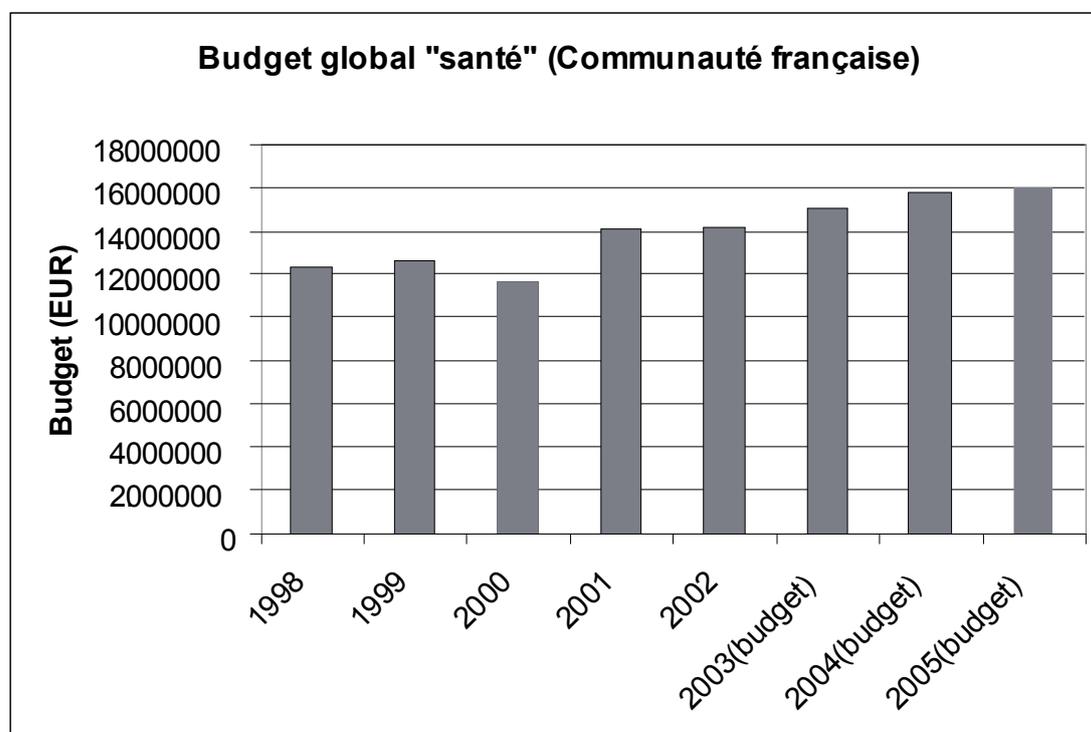
Pour rappel, une partie du budget des contrats est allouée aux « Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires » (MASS, accueil à bas-seuil d'accès des personnes toxico-dépendantes), en complément aux budgets de l'INAMI (Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique).

1.2.3. La Communauté française

Le budget consacré aux assuétudes en Communauté française était de 1.353.601,21 € en 2004, pour 1.351.213,98 € en 2003, soit un statu quo approximatif.

Dans notre précédent rapport, nous comparions l'évolution de ces budgets de 1998 à 2002, en regard du « budget santé global » en Communauté française. Ces données étaient issues des « Eléments de bilan du programme quinquennal 1998-2003 et réflexions », édités par la Communauté française. Voici une illustration de l'évolution ultérieure de ce « budget global » (qui affiche 15.039.000 € en 2003, et 15.808.000 € en 2004). Attention, ceci n'est donné qu'à titre indicatif! En effet, les montants issus du bilan (1998-2002) ont été calculés en prenant en compte les montants engagés et réellement perçus. Cet exercice n'a pas été réalisé pour 2003 et 2004, les montants sont donc ceux qui étaient inscrits au budget :

Figure 4 : Budget global « santé » (dit programme 2 – médecine préventive -) de la Communauté française, 1998-2005



Sources : Direction Générale de la Santé, Eléments de bilan du programme quinquennal 1998-2003 et réflexions, Ministère de la Communauté française, mai 2003 / Communauté française DG santé, Tatiana Pereira – communication personnelle pour 2003 et 2004

Nous avons effectué, dès notre précédent rapport, l'exercice de lire le budget santé global, et d'y distinguer les postes budgétaires qui touchent, au sens strict ou au sens large, aux assuétudes. Ceci ne peut être effectué qu'à partir de 1999, la nomenclature des postes budgétaires ayant changé entre 1998 et 1999. Voici en quoi les assuétudes sont concernées. La division en deux tableaux est voulue, les montants n'étant pas rigoureusement comparables (les « Eléments de bilan... » tenaient compte des montants engagés et réellement perçus, tandis que les chiffres 2003 et 2004 sont des montants inscrits au budget).

Tableau 3 : En Communauté française, postes budgétaires liés aux assuétudes et pourcentage du budget santé global qu'ils représentent

	Contrôle médico-sportif	%	Assuétudes	%	Sida et toxicomanies	%	Budget santé global
1999	74.368	0,6	815.086	6,5	263.335	2,1	12.539.785
2000	74.368	0,6	771.838	6,6	268.974	2,3	11.694.525
2001	86.763	0,6	814.707	5,8	604.007	4,3	14.046.674
2002	304.000	2,1	1 260.151	8,9	70.795	0,5	14.159.000

Source : Direction Générale de la Santé, *Eléments de bilan du programme quinquennal 1998-2003 et réflexions*, Ministère de la Communauté française, mai 2003

2003	421.000	2,8	1.351.214	9,0	Pas d'information exhaustive		15.039.000
2004	421.000	2,7	1.353.601	8,6	Pas d'information exhaustive		15.808.000
2005	521.000	3,3	1.411.347	8,9	Pas d'information exhaustive		15.978.000

Source : Communauté française DG santé, Tatiana Pereira et cellule dopage, Luc Mathieu – communications personnelles pour 2003 et 2004

Le budget du « contrôle médico-sportif » (lutte contre le dopage) en 2003 et 2004 est de 421.000 EUR. Cependant, il est à remarquer pour 2003, que seuls 90 000 EUR furent réellement dépensés (2002 avait été une année charnière à cause du démarrage de ces mesures, notamment via le laboratoire d'analyses de Gand, et 2003 a vu la chute du nombre de contrôles).

Les 421.000 EUR comprenaient l'équivalent de 21000 dollars, contribution annuelle de la Communauté française à l'AMA (Association Mondiale Antidopage). Le crédit fut identique en 2004, en ce compris la contribution à l'AMA.

Le budget « sida et toxicomanies » ne peut faire l'objet d'une comparaison stricte incluant les années 2003 et 2004. En effet, un nouveau « poste » budgétaire a été créé en 2003, pour regrouper des subventions aux « gros » projets sida récurrents (plate-forme de prévention du sida ; centres de référence...). Ce poste budgétaire n'est pas exhaustif : d'autres articles budgétaires servent également à financer les projets sida. Cette redistribution ne rend pas les choses strictement comparables.

Par ailleurs et pour terminer, il faut savoir que le poste SIDA dans les « Eléments de bilan du programme quinquennal 1998-2003 » n'est pas non plus entièrement représentatif de ce qui se fait vraiment, de nombreux projets actifs en prévention du SIDA étant avant tout reconnus pour des actions « toxicomanies », voire « santé globale » et donc « classés » ailleurs.

Rappelons également pour mémoire que le budget global santé comprend aussi un poste « programme vaccination ». Celui-ci fut doté de 2.227.000 EUR en 2002, soit 15,7 % du total. 2.264.000 EUR y furent consacrés en 2003 et 3.000.000 en 2004. Le saut entre ces deux dernières années correspond à un choix d'investissement du pouvoir politique, notamment dans un vaccin supplémentaire.

On ne peut véritablement compter le « programme vaccination » au rang des actions vers les publics cibles des toxicomanies. Cependant, dans une optique de gestion des risques, on peut dire que les toxicomanes par voie intraveineuse, qui procèdent à leur première injection à un âge moyen avoisinant les 20 ans, devraient être immunisés de manière plus satisfaisante contre l'hépatite B et ce à partir de 2019, grâce à cette vaccination gratuite intégrée au programme de vaccination (contre une dizaine de maladies) des nouveau-nés et des jeunes adolescents (12-13 ans) en Communauté française. Le programme prévoit en effet tous les rappels nécessaires jusqu'à l'âge de 18 ans environ. En une vingtaine d'années, une bonne partie de la population de jeunes adultes doit être couverte par cette immunisation. Précisément, le taux de couverture de cette campagne est estimé à 75%

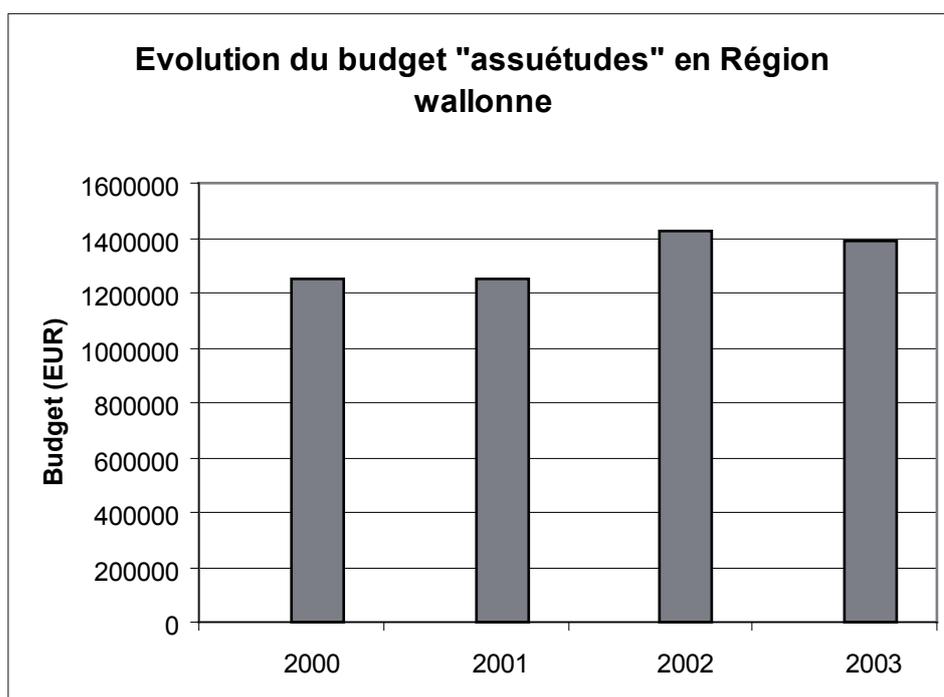
Rappelons toutefois que certains publics cibles ne sont pas concernés par cette mesure à caractère généraliste. Citons l'exemple des personnes prostituées, dont bon nombre sont d'origine étrangère et en situation précaire.

1.2.4. La Région wallonne

La Région wallonne avait, en 2000 et 2001, un budget dédié aux toxicomanies qui se montait à 1.250.000 EUR. Ce budget passa à 1.427.640 EUR en 2002, selon l'estimation du cabinet et de l'administration du Ministre de la Santé à l'époque.

Enfin, le budget de la Région wallonne totalisa 1.390.242. EUR en 2003. Le budget 2004 n'a pu être évalué à l'heure de la rédaction de ces lignes, ce travail demandant une compilation des données relatives à chaque association de terrain, compilation qui n'a pas encore été automatisée suite au changement de législature de l'été 2004.

Figure 5: Evolution du budget « assuétudes » en Région wallonne



Source: cabinet et administration du Ministre de la Santé en Région wallonne, communication personnelle

Ce budget est réparti comme suit¹¹ (les montants des subventions aux services de santé mentale ne sont disponibles que pour 2002 et 2003):

- Subventions aux services spécialisés (en toxicomanies).

Les chiffres pour l'année 2003 sont de 909.166. EUR, venant de 966.000 EUR en 2002 et 804.212.EUR en 2001.

- Subventions à des services de santé mentale remplissant des missions spécifiques en toxicomanies

Celles-ci sont également obligatoires et liées à un agrément, mais elles l'étaient déjà avant le décret « réseaux ». En 2003, 481.076 € ont été inscrits au budget pour les services de santé mentale (SSM) s'acquittant d'actions curatives dans le domaine des toxicomanies. Ce chiffre était de 461.640 € en 2002.

¹¹ Brigitte Bouton, Direction administrative du Ministre de la Santé en Région wallonne, communication personnelle

1.2.5. La COCOF

La COCOF a doté les budgets des services actifs en matière de toxicomanies de 3.088.000 EUR en 2002, 3.319.000 EUR en 2003 et 3.429.000 EUR en 2004.

Ces budgets vont aux associations agréées pour 5 ans par la COCOF.

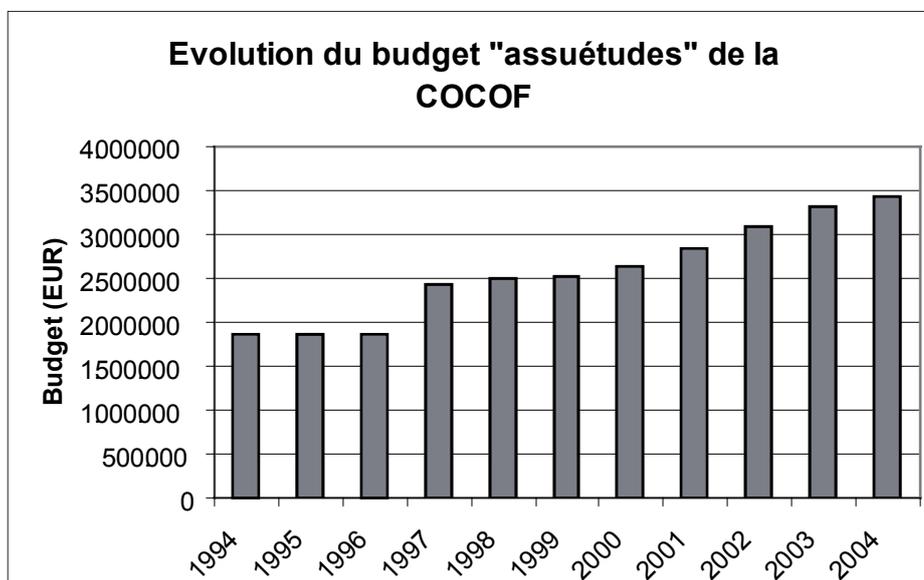
Voici un récapitulatif de l'évolution de ce budget depuis 1994.

Tableau 4 : évolution du budget « assuétudes » de la COCOF

Année	1994/5/6	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Budget (EUR)	1.859201	2.425.000	2.500.000	2.525.000	2.637.500	2.843.000	3.088.000	3.319.000	3.429.000

Source : Valérie Paternotte, Commission Communautaire française (COCOF), communication personnelle

Figure 6 : Evolution du budget « assuétudes » de la COCOF



Source : Valérie Paternotte, Commission Communautaire française (COCOF), communication personnelle

Avant 1997, les associations étaient considérées comme des initiatives subsidiées et non comme des organismes agréés. La hausse du budget depuis 1997 s'explique par la mise en oeuvre du "Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française" du 14 juillet 1997. La plupart des agréments provisoires ont débuté cette année-là et l'agrément définitif (pour un terme de 5 ans) des services actifs en toxicomanies a été effectif au 1er janvier 1999.

Ce budget a augmenté de 78% en dix ans, ce qui s'explique entre autres par la reconnaissance de nouveaux projets, l'augmentation des frais de fonctionnement (notamment liés aux accords du non-marchand) et l'augmentation des moyens attribués à la FEDITO, organisme de coordination du secteur.

En marge des agréments, des initiatives sont également subsidiées (exemple : DUNE - comptoir d'échanges de seringues fixe et mobile).

1.3. Les développements législatifs 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 ».

Tous les textes ci-après sont disponibles sur le site du Ministère de la Justice à l'URL www.just.fgov.be, à la rubrique « législation consolidée, lois. », classés entre autres par ordre de promulgation. Ils ont également paru au Moniteur belge.

1.3.1. Directive commune de la Ministre de la Justice et du Collège des procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la poursuite des infractions en matière de détention de cannabis (25 janvier 2005; MB le 1^{er} février 2005)

Cette directive fait suite à l'annulation par la Cour d'Arbitrage de l'article 16 de la *loi du 3 mai 2003 modifiant la loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques (etc.) du 24 février 1921*. Pour rappel, le débat tournait autour de notions vagues, telles la consommation "problématique" ou non de cannabis ou encore la définition de "nuisance publique". En effet, l'attitude légale et répressive face à l'usage de cannabis s'était assouplie, mais les consommateurs ayant une consommation considérée comme « problématique » ou accusés de « nuisances publiques » restaient davantage passibles de poursuites que les autres, en dépit de cet "assouplissement" légal.

Tout cela était consigné dans une directive ministérielle inspirée de l'article 16 de la loi du 3 mai 2003.

Voici quelques considérations qui ont amené la Cour d'Arbitrage à annuler cet article :

Sur la « Quantité à des fins d'usage personnel » : le seuil toléré était de trois grammes dans l'ancienne directive faisant suite à l'article 16 aujourd'hui abrogé.

La Cour arrête que « Bien qu'il soit admissible en soi que le soin de déterminer cette quantité soit laissé au pouvoir exécutif, la mission que le législateur lui confie à cette fin doit imposer de façon univoque de déterminer une quantité clairement définie ».

« Usage problématique » : la définition de cet usage dans la loi de 2003 était : « Un usage qui s'accompagne d'un degré de dépendance qui ne permet plus à l'utilisateur de contrôler son usage, et qui s'exprime par des symptômes psychiques ou physiques ». Cette appréciation étant laissée au verbalisant, la Cour a estimé que :

(...) Le pouvoir d'interprétation qui est ainsi laissé aux verbalisants, est une source d'insécurité juridique et n'est pas conforme au principe de légalité en matière pénale ».

« Nuisances publiques » : celles-ci, visées dans l'article 16, étaient « les nuisances publiques visées à l'article 135, §2, 7^o, de la nouvelle loi communale. A quoi on ajoutait que : Conformément à l'article 3.5.g de la Convention [des Nations Unies du 20 décembre] 1988 contre le trafic illicite de substance psychotropes, est considéré comme une nuisance publique, la détention de cannabis dans une institution pénitentiaire, dans un établissement scolaire ou dans les locaux d'un service social, ainsi que dans leur voisinage immédiat ou dans d'autres lieux fréquentés par des mineurs d'âge à des fins scolaires, sportives ou sociales ».

La Cour d'Arbitrage a considéré que l'emploi de plusieurs notions « à ce point vagues et imprécises qu'il est impossible d'en déterminer la portée exacte » sont motif à constater que « cette disposition ne satisfait pas aux exigences du principe de légalité en matière pénale et qu'il convient de l'annuler ».

Ce sont donc toutes ces imprécisions et ces dangers qui ont mené d'abord à l'annulation de l'article 16 de la loi visée, mais en principe aussi à l'adoption de la nouvelle **directive commune**, qui affiche les changements suivants :

1. *La détention, par un majeur, d'une quantité de cannabis à des fins d'usage personnel, sera, comme par le passé, considérée comme relevant du degré de priorité le plus bas de la politique des poursuites, sauf si cette détention est accompagnée de circonstances aggravantes ou d'un trouble à l'ordre public.*

Les concepts de Nuisances publiques et d'Usage problématique ont disparu. Ils semblent en quelque sorte remplacés par ceux de trouble à l'ordre public et de circonstances aggravantes.

❖ **Les circonstances aggravantes sont celles mentionnées à l'article 2bis de la loi du 24 février 1921.**

Soit des circonstances dans lesquelles 1) l'âge d'une éventuelle personne lésée (cette circonstance sera d'autant plus aggravante que l'âge diminue selon les catégories: 16 ans accomplis; entre 12 ans et 16 ans accomplis; moins de 12 ans accomplis); 2) une personne subit un plus grand dommage (maladie incurable, perte d'un organe...); 3) Le contrevenant a plus de responsabilité (responsable d'une association *dans laquelle* s'est déroulée l'infraction par exemple). Ces circonstances aggravantes sont une partie de la loi de 1921 sur les substances psychotropes et n'avaient pas été remises en question par les textes sur le cannabis. Simplement, aujourd'hui, les circonstances aggravantes sont une des raisons (avec le trouble de l'ordre public), pour ne pas considérer la détention de petites quantités de cannabis pour usage personnel comme anodine.

❖ **Quant au « trouble à l'ordre public », voici ce qui le constitue :**

- *la détention de cannabis dans un établissement pénitentiaire (identique à l'ancienne directive) ou dans une institution de protection de la jeunesse (ceci semblerait remplacer « d'autre lieux fréquentés par des mineurs d'âge à des fins scolaires, sportives ou sociales » qui a été supprimé. Disparu également : « dans les locaux d'un service social »).*

- *la détention de cannabis dans un établissement scolaire ou similaire ou dans ses environs immédiats. Il s'agit de lieux où les élèves se rassemblent ou se rencontrent, tel qu'un arrêt de transport en commun ou un parc proche d'une école (identique à l'ancienne directive mais avec une plus grande précision puisque voisinage immédiat est illustré par des exemples censés lever le flou)*

- *la détention ostentatoire de cannabis dans un lieu public ou un endroit accessible au public (p. ex. un hôpital). Si on ne trouve plus « dans les locaux d'un service social, ainsi que dans leur voisinage immédiat ou dans d'autre lieux fréquentés par des mineurs d'âge à des fins scolaires, sportives ou sociales » (ancienne directive), cela semble avoir été remplacé par cette notion plus vaste et plus sévère de « lieu public » ou « fréquenté par le public », pour peu que cela se fasse de manière « ostentatoire ». C'est donc une précision quant au comportement et un durcissement quant au champ d'application.*

2. *Comme le prévoit la directive ministérielle du 16 mai 2003 relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites, la quantité de cannabis détenue par une personne majeure, considérée, à défaut d'indice de vente ou de trafic, comme relevant d'un usage personnel, sera de 3 grammes maximum ou d'une plante cultivée.(..).*

La nouveauté est la plante cultivée. La quantité de 3 gr reste identique à celle préconisée par l'ancienne directive.

Par ailleurs, on retiendra que : *Le procureur du Roi tiendra compte des circonstances locales et donnera, le cas échéant, des directives plus précises*

En vue du maintien adéquat de l'ordre public et en tenant compte de la capacité des services de police,

chaque procureur du Roi peut diffuser une directive particulière en cas de rassemblement de masse. Cette directive provisoire et spécifique doit viser un événement bien précis et être motivée par les circonstances propres à cet événement (p. ex. un festival rock).

Toutes ces notions étant précisées, voici ce qui adviendra de l'utilisateur qui se fait contrôler avec une petite quantité de cannabis :

La constatation de la détention par une personne majeure d'une quantité de cannabis ne dépassant pas 3 grammes ou d'une plante de cannabis, destinées à l'usage personnel, sans circonstance aggravante ni trouble à l'ordre public, ne donnera lieu qu'à la rédaction d'un procès-verbal simplifié (PVS). Dans tous les autres cas, un procès-verbal ordinaire sera rédigé.

Les procès-verbaux simplifiés seront envoyés au parquet et conservés sous forme électronique. Ils ne constituent pas des *dossiers* du parquet et n'entrent pas dans ses statistiques. Ils ne donnent pas lieu non plus à une saisie de substances. Ceux-ci comportent tout de même le nom du contrevenant, alors que la loi annulée prévoyait un enregistrement anonyme.

Pour résumer : la détention par une personne majeure d'un maximum de 3gr de cannabis (usage personnel) sera l'objet de la plus faible priorité en matière de poursuites. Sauf s'il y a circonstances aggravantes ou trouble de l'ordre public.

1.3.2. Arrêté du Gouvernement wallon du 3 juin 2004, portant exécution du décret du 27 novembre 2003 relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes.

Ce texte détermine 12 zones de soins en assuétudes en Région wallonne, composées chacune de plusieurs communes.

Chaque réseau de soins, et à l'intérieur des réseaux chaque institution, doit demander un agrément qui sera approuvé (ou non) par le Ministre en charge de la santé en Région wallonne. Celui-ci dispose pour prendre sa décision de l'avis d'une « Commission consultative en matière d'assuétudes ».

Dans sa demande d'agrément, chaque institution et chaque réseau doit établir et proposer un plan quinquennal d'intervention (description de l'offre de soins, définition des objectifs, etc.).

Une concertation et des interventions cliniques sont organisées au sein de chaque réseau. La concertation porte entre autres sur la planification des actions, la négociation avec d'autres réseaux, la diffusion de l'information, le recueil (obligatoire) des données statistiques nécessaires à l'évaluation des besoins en matières d'assuétudes.

Le réseau est également responsable de l'organisation des interventions entre cliniciens et de déterminer les catégories de personnes admises à ces interventions. Il est clairement stipulé dans le décret que celles-ci sont tenues au secret professionnel.

La subvention annuelle d'un réseau est de 25.000 EUR pour les frais de coordination, plus une subvention forfaitaire par habitant dont le montant est décidé chaque année par le Gouvernement sur base d'un rapport établi par la Commission.

1.3.3. Arrêté royal du 17 janvier 2005 accordant une aide financière à certaines villes et communes dans le cadre d'une convention relative à la prévention des nuisances sociales liées aux drogues (« plans drogues »).

Ce texte règle les modalités de subvention des « plans drogues », soit des plans d'action locaux (niveau communal) visant à prévenir l'apparition de nuisances liées aux drogues, et à la coordination d'actions locales en matières d'assuétudes. Nous ne sommes pas, rappelons-le, dans la sphère de la Communauté française (ou de ses consoeurs), mais dans celle du fédéral, du ministère de l'Intérieur, du SPP.¹²

Les projets retenus visent plutôt au soutien d'initiatives existantes qu'à la création de nouvelles structures. Ces initiatives incluent des actions en travail de rue, soutien psychologique, prise en charge ambulatoire, et la création ou le renforcement de centres de crise.

L'article suivant précise certaines conditions d'attribution d'un tel plan :

Art. 4. § 2. « Les projets proposés par la ville ou commune doivent remplir les conditions suivantes dans la mise en oeuvre de son Plan drogue :

- 1° apporter une réponse spécifique à des problèmes de drogue rencontrés dans la ville ou commune;
- 2° tenir compte de la préoccupation du citoyen par rapport aux nuisances sociales liées à la drogue;
- 3° s'intégrer dans une politique de sécurité communale globale;
- 4° contribuer à assurer la cohérence entre la politique locale de sécurité et de prévention et les initiatives prises au niveau de la zone de police;
- 5° rétablir et renforcer le tissu social dans les villes ou communes;
- 6° lutter contre le sentiment d'insécurité;
- 7° assurer un accueil à bas seuil d'accès et atteindre, prioritairement, un public-cible marginalisé non couvert par les structures traditionnelles d'aide et de soins présentes sur l'entité concernée ».

De plus, les communes candidates doivent remplir au moins une des conditions suivantes :

1. Montrer un caractère « urbain » - soit compter au moins 60.000 habitants.
2. Appartenir aux communes aux plus hauts taux de criminalité – les « premières » étant soutenues en priorité.
3. Appartenir aux communes aux plus faibles revenu moyen par habitant et comptant au moins 10.000 habitants et dans le premier quartile national en termes de criminalité. Le but de cette troisième catégorie est de prendre en compte des communes moins « urbaines » qu'en 1. pour peu que leur situation socio-économique soit désavantageuse et leur criminalité préoccupante (même si elle n'est pas parmi les plus élevées du pays).

1.4. Débat/évolution de la situation

1.4.1. Cannabis

Les associations qui avaient mené le débat légal sur le cannabis devant la Cour d'Arbitrage (Infor-Drogues, les FEDITO, Prospective Jeunesse et la Ligue des Droits de l'Homme) restent, à raison, inquiètes concernant la Directive commune de la Ministre de la Justice et du Collège des procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la poursuite des infractions en matière de détention de cannabis (25 janvier 2005).

¹² Pour rappel, la liste complète des contrats de sécurité (« volet drogue ») et des plans drogues ainsi que de leurs budgets individuels se trouve en annexe n°6 du présent rapport

En effet, les notions trop vagues, dangereuses d'un point de vue citoyen et juridique et inefficaces en matière de Santé publique, de « quantité pour usage personnel », « usage problématique » et « nuisances publiques » contenues dans le fameux article 16 de la loi du 3 mai 2003, aujourd'hui supprimé, n'ont en revanche pas été supprimées de l'arrêté royal et de l'autre loi dans lesquels on les rencontrait également. Ceux-ci ont une force légale supérieure à une circulaire ministérielle comme celle de Madame Onckelinx, raison pour laquelle il a été avancé qu'on se pencherait sérieusement sur les textes en question dans les mois suivant la circulaire, afin de clarifier plus durablement la situation. Ce qui n'a cependant donné lieu à aucun nouveau texte de loi à l'heure de la rédaction de ces lignes.

Toute constatation de détention de cannabis fera désormais l'objet d'un procès-verbal. Exit donc l'enregistrement anonyme prévu par la directive précédente. Or, selon Infor-Drogues, cet enregistrement anonyme était un (petit) pas vers une dépénalisation de fait. Marche arrière à ce niveau-là, donc.

La Fédération bruxelloise francophone des Institutions pour Toxicomanes (FEDITO), qui regroupe les institutions bruxelloises spécialisées dans la prévention, la réduction des risques et les soins relatifs aux assuétudes, a donc pris position face à l'activisme et à l'émotion qui entourent actuellement ce « fait social » que devient la consommation de cannabis et son statut légal.

La FEDITO bruxelloise et les institutions qui la composent, sont reconnues par les pouvoirs compétents en matière de Santé : la Commission Communautaire Française (COCOF), la Communauté Française et le Ministère fédéral des Affaires sociales via les conventions INAMI.

Cette prise de position a pris la forme d'une journée d'études animée par les membres de la FEDITO, et d'une publication.¹³

C'est de celle-ci que nous allons rendre compte. Elle livre l'état actuel de la réflexion du secteur, qui s'appuie en partie sur les travaux menés à l'occasion de cette journée.

A. Considérations sanitaires, sociales, éthiques, etc. de la FEDITO bruxelloise à propos de la consommation de cannabis :

Effets d'une consommation régulière :

Le secteur considère qu'il n'existe aucune base scientifique aux deux notions très répandues de l'escalade (passage automatique d'une drogue à l'autre) et du syndrome amotivationnel (perte automatique, chez les consommateurs, de toute motivation en dehors de la consommation de cannabis).

Plutôt qu'une « escalade » inéluctable, les institutions du secteur penchent pour l'existence d'un risque de « porte d'entrée »¹⁴, soit le risque, à cause d'un usage régulier et clandestin, d'être exposé à d'autres produits, préoccupant surtout pour les personnes plus vulnérables.

Le syndrome amotivationnel n'est pas non plus systématique et, quand il se manifeste, n'est qu'un aspect d'un tableau clinique comprenant dépression, décrochage scolaire, problèmes familiaux, etc.

Dépendance :

Le cannabis a un faible potentiel addictif. C'est ce que démontrent les études épidémiologiques faisant référence aux critères du DSM IV (manuel de diagnostics psychiatriques).

Bien que cet usage soit désormais massif en Belgique (il concernerait quelque 400.000 personnes), on ne dénombre que 2 à 12% des consommateurs réguliers qui en deviendraient dépendants (soit 1 à 0,1% de tous les consommateurs de cannabis).

Cannabis thérapeutique :

Des recherches ont mis en évidence l'utilité du cannabis dans le traitement de la douleur, des nausées et vomissements liés à des chimiothérapies, des pertes d'appétit chez les malades du SIDA mais aussi

¹³ Maintenant que c'est « légal », quelles nouvelles à Bruxelles ? Actes de la journée Cannapistes.FEDITO bruxelloise. Janvier 2005.80p.

¹⁴ Sur la théorie de la porte d'entrée, voir : La Recherche. L'actualité des Sciences. n°362, mars 2003.

de certaines affections chroniques. Les programmes en recherche fondamentale et clinique devront confirmer ou infirmer ces découvertes.

La parution au Moniteur Belge d'un arrêté royal réglementant la délivrance de médicaments contenant du THC (principe actif du cannabis), témoigne de ce que le gouvernement belge reconnaît la nécessité de procéder à des essais cliniques sur l'usage thérapeutique de cette substance.

Préjudice en termes de Santé publique :

Le statut illégal du cannabis empêche une diffusion satisfaisante de conseils de Santé publique ayant trait directement au produit, ou aux contextes de son utilisation (comme on peut le faire pour l'alcool).

Il empêche également le contrôle de la composition du produit (comme ce fut le cas pour l'alcool frelaté dans les périodes de prohibition).

Enfin, ce caractère illégal peut prévenir les consommateurs de faire des demandes de soins aussi librement que pour des produits moins stigmatisés.

Prohibition = diminution du trafic ?

« La prohibition se fonde sur l'hypothèse de départ que l'interdit pénal et ses conséquences suffisent à diminuer le trafic et la consommation de cannabis. Cependant les études épidémiologiques actuelles montrent que l'offre et la demande de drogues sont loin d'avoir diminué. De fait, le régime légal n'influence pas le nombre de consommateurs. »¹⁵

En outre, la pénalisation du cannabis entretient un marché parallèle de produits illicites, lequel met l'usager en contact avec des réseaux criminels et favorise d'autres trafics comme celui des armes. Il favorise également l'exposition à d'autres produits psychotropes.

B. Recommandations découlant de ces considérations :

Globalement, la FEDITO bruxelloise propose d'adopter un système de réglementation (comme pour l'alcool), par opposition à un système de libéralisation où tout serait permis. Un tel système suppose de régler les aspects suivants :

Approvisionnement

La solution présentée comme la plus pertinente serait celle du commerce soumis à autorisation et à limitations.

Une liste non exhaustive des réglementations possibles serait : la création d'une patente, un programme de formation pour les vendeurs, la restriction de l'implantation de commerces, la fixation d'une teneur maximale en THC, la fixation d'un tarif minimum, l'interdiction de toute forme de publicité.

Autre question importante : qui pourra s'approvisionner ? Etant donné le fort taux de consommation dans la tranche des 16-18 ans, c'est là que l'encadrement et la prévention s'avèreraient des plus utiles. Il ne serait donc pas sans intérêt de songer à abaisser la majorité légale à 16 ans, comme c'est le cas pour l'alcool. De la sorte, une tranche d'âge qui a déjà démontré qu'elle était parmi les consommateurs probables, serait encadrée et non laissée à elle-même.

Prévention et réduction des risques

Le changement de statut proposé ne peut se limiter à la levée d'un interdit. Il s'agit au contraire de fournir au public des points de repère, afin qu'il puisse exercer en connaissance de cause la responsabilité de ses choix. Ceci en respectant les priorités suivantes :

- Adresser à un très large public des messages relatifs au « bon usage », à la prévention de l'usage « problématique » et à la réduction des risques.

¹⁵ Maintenant que c'est « légal », quelles nouvelles à Bruxelles ? Actes de la journée Cannapistes.FEDITO. Janvier 2005, p8

- Les messages proposés devraient viser à réguler le rapport au cannabis, pour les consommateurs comme pour le reste de la population.
- Les droits mais aussi les devoirs de chacun doivent être rappelés. Ainsi, la loi et la responsabilité en termes de conduite automobile ne peuvent être oubliées dans le champ de la consommation de cannabis.
- La prudence doit être promue dans les situations de grossesse et d'allaitement, comme le contrôle dans les périodes d'études et de blocus, ou encore l'abstinence sur les lieux de travail.

Penser une prévention spécifique pour les adolescents.

Une des facettes de l'adolescence est bien souvent la confrontation aux interdits et la recherche de ses propres limites. Il en résulte un rapport spécifique au danger et aux conduites à risques. De ce constat devrait également découler une prévention spécifique, et un discours adapté à la vision du monde propre à cet âge particulier.

La prévention de l'usage dit «problématique».

Les actions et messages de prévention s'adresseraient aux usagers occasionnels mais également aux usagers «problématiques». Les institutions composant la FEDITO bruxelloise relèvent les indices suivants comme signes d'une éventuelle consommation problématique :

- L'âge précoce du début de la consommation ;
- L'usage chronique (quotidien, voire tous les deux ou trois jours) ;
- L'association à une consommation d'autres substances (légalisées ou illégales) ;
- Un cercle d'amis exclusivement constitué de consommateurs ;
- Un manque de cohésion familiale, des problèmes familiaux ;
- Une santé psychique instable ;
- La consommation comme seul centre d'intérêt.

Dépendance et autres risques spécifiques :

Appréhender le phénomène de dépendance est une autre des priorités à considérer.

Identifier une dépendance exige de tenir compte au moins des trois éléments suivants :

- La fréquence: En cas d'usage très régulier, un lien de dépendance psychologique peut se créer.
- Les quantités: une consommation quotidienne importante entraîne un risque de dépendance physique.
- Association de tabac: 90% des situations de consommation de cannabis comprennent une association au tabac, lequel crée bien sûr la dépendance qu'on connaît.

Un risque spécifique qui devra également être mentionné et expliqué est la plus grande susceptibilité psychologique de certains consommateurs (personnalités prépsychotiques, borderline etc.), qui peuvent connaître des dérèglements psychiques même en ne consommant que des doses faibles.

Par ailleurs, des consommateurs peuvent déclarer, suite à une consommation de cannabis, des problèmes psychiatriques inconnus jusqu'alors.

Soins et traitements

«Les membres de la FEDITO bruxelloise estiment que, dans l'ensemble, l'offre de soins du secteur spécialisé en toxicomanies est à même de prendre en charge les usagers problématiques de cannabis. D'autre part, le secteur aurait à développer la formation des intervenants, généraux ou spécialisés: les médecins généralistes, les travailleurs sociaux confrontés au phénomène, (...)

Ainsi, les consommations non problématiques, transitoires, récréatives, qui représentent la plupart des

usages, peuvent être traitées par le réseau généraliste tandis que les consommations problématiques (peuvent l'être par) le réseau spécialisé. »¹⁶

La sortie d'un système de prohibition pose par ailleurs la question du possible accroissement de la consommation.

Or, la FEDITO bruxelloise rappelle qu'aux Pays-Bas, malgré l'adoption d'un système plus libéral, il n'a pas été nécessaire de créer de nouveaux services spécialisés d'aide et de soins en matière de cannabis.

Enfin, aujourd'hui subsiste la question cruciale d'un diagnostic (celui de consommation problématique) posé par les forces de l'ordre au lieu de l'être par des intervenants du champ psycho-médico-social. Ce ne serait plus le cas dans un contexte de dépénalisation et de réglementation de la délivrance de cannabis. La confusion actuelle entre une mission de prévention et les missions de l'appareil policier en serait partiellement levée, ce qui améliorerait la qualité des interventions auprès des usagers de drogues..

Nuisances sociales

Pour finir, les institutions membres de la FEDITO bruxelloise « recommandent au législateur de ne plus faire aucune référence à la notion de nuisances publiques en cas de détention de cannabis. Les nuisances publiques tombant sous le coup de la loi (ivresse publique, tapage,...) sont susceptibles d'être poursuivies en tant que telles, indépendamment de la consommation de cannabis. Une réglementation de ce produit ne modifierait pas ces principes. »¹⁷

1.4.2. Dopage

Un mot, pour commencer et pour rappel, sur le « Décret du 8 mars 2001 relatif à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention en Communauté française ».

On se souviendra que ce décret prévoyait non seulement des contrôles lors de toute manifestation permettant aux personnes de faire du sport (y compris les séances d'entraînement), mais aussi de pouvoir contrôler toute personne amenée à avoir une pratique sportive (les amateurs comme les professionnels). Nous concluons d'ailleurs dans notre précédent rapport que les définitions (et leur champ d'application) larges adoptées par le décret pouvaient donc être considérées comme une mesure de Santé publique profitable à tous, puisqu'elles dépassaient le cadre strictement professionnel.

Il faut relever à ce propos qu'en 2004, 85% des contrôles ont eu lieu chez les amateurs, pour 15% chez les professionnels. Sur les 1027 contrôles opérés pendant cette année, seuls 88 l'ont été de manière inopinée.

Lors de la précédente législature, la Ministre en charge de la santé était également responsable des contrôles. Or, suite au changement de gouvernement de la Communauté française, les nouveaux arrêtés de compétence des ministres ont attribué :

- la responsabilité de la prévention du dopage (diffusion de brochures et autres mesures prophylactiques éventuelles) et des contrôles au seul ministre des sports (Monsieur Claude Eerdekens)
- la promotion de la santé dans la pratique du sport à la ministre de la santé (Madame Catherine Fonck). Celle-ci, par le biais de la « cellule dopage » de la Communauté française, a mis en chantier la compilation des réglementations médicales des différentes fédérations sportives. Les indications et contre-indications à la pratique d'un sport sont également de son ressort.

¹⁶ Maintenant que c'est « légal », quelles nouvelles à Bruxelles ? Actes de la journée Cannapistes.FEDITO. Janvier 2005, p12

¹⁷ Maintenant que c'est « légal », quelles nouvelles à Bruxelles ? Actes de la journée Cannapistes.FEDITO bruxelloise. Janvier 2005, p13

On le voit, la promotion de la santé différerait, selon cette logique, de la prévention proprement dite.

Le ministre des sports a par ailleurs inversé la proportion des contrôles effectués en 2004 chez les amateurs et chez les professionnels. En 2005, ces derniers sont donc devenus l'objet de 85% des contrôles, tandis que les amateurs devaient être visés dans 15% des cas. La décision du ministre tient à une recrudescence des cas positifs enregistrés chez les sportifs de haut niveau à l'automne 2004.

En revanche, étonnamment, la distribution de brochures d'information ciblant les sportifs dans les clubs, destinées à prévenir la pratique du dopage, a été abandonnée sous la nouvelle législation.

Une valeur d'exemple est recherchée par le ministre en se concentrant sur les professionnels.

Quant aux contrôles en eux-mêmes, chez les professionnels ou chez les amateurs, ils ont sans doute valeur de garde-fou, de garant de l'interdit. On peut toutefois citer le constat évoqué ci-dessus par la FEDITO bruxelloise à l'occasion de la journée «cannapistes» (cfr 4.1.): l'enquête ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs) concluait à l'inefficacité de la seule répression aux fins de réduire la demande de drogues, certains pays plus répressifs (France) connaissant même une demande plus forte (dans l'exemple du cannabis) que les pays plus libéraux (comme les Pays-Bas).¹⁸

De plus, les contrôles comme seul mode d'intervention, s'ils ne sont presque jamais inopinés (88 sur 1027 en 2004), ressemblent plus à un alibi qu'à une réelle volonté d'éradiquer le dopage.

Relevons tout de même aussi le dangereux mélange des genres auquel on assiste lors des contrôles anti-dopage, puisque l'Association Mondiale Anti-dopage a inscrit le cannabis sur la liste des substances interdites dans le sport. Du coup, la majorité des contrôles anti-dopage positifs en Communauté française le sont au carboxy-THT, substance qui révèle l'usage de cannabis. De là à créer une zone de repérage possible des consommateurs de cannabis (par exemple pour la police), il n'y a qu'un pas, qui a été franchi.

Le mode d'intervention précédent n'eût-il pas gagné à être évalué sur le moyen terme? En effet, les brochures de prévention du dopage n'ont été distribuées que durant une petite année (en 2004) aux fédérations sportives, aux organismes responsables de la formation des kinésithérapeutes, médecins du sport et professeurs d'éducation physique ou encore dans les établissements de sport-école. Peut-être qu'un examen de leur impact après un temps d'adaptation eût-il permis d'apprécier le bien-fondé de cette politique d'éducation à la santé appliquée dès le sport amateur, en amont de l'aboutissement au sport professionnel proprement dit. Peut-être cette course de fond aurait-elle permis, par essais-erreurs et adaptations, de planter les graines d'une pratique sportive saine plus durablement qu'une nouvelle course explosive aux «saisies» et aux «coupables» expiatoires.

1.4.3. La prévention : prévenir, guérir, ou gesticuler ?

Dans le champ éclaté et polymorphe de la prévention des assuétudes, on peut hélas, aujourd'hui encore, mesurer la distance qui sépare la théorie de la pratique, la clarté de la confusion, la prévention de la répression... Voici ce que l'on peut (ou que l'on «doit») encore en dire.

Faut-il améliorer prévention et information ?

Une grande disponibilité des produits et un grand attrait pour la consommation sont là pour témoigner de ce que l'impact de la politique des drogues en général et (hélas) de la prévention en particulier, est totalement insatisfaisant.

Toutefois, on peut vaguement se consoler en soulignant que consommation et disponibilité ne sont que les symptômes de questions de fond, auxquelles il ne revient pas au champ de la prévention

¹⁸ ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs) : enquête transversale en milieu scolaire dans 30 pays européens. Il ressort que des pays appliquant une politique de tolérance (ex. des Pays-Bas) présentent des taux de consommation moindres que ceux de pays appliquant une politique plus répressive comme la France. Cit in Actes de la journée Cannapistes.FEDITO bruxelloise. Janvier 2005, p8

de remédier, mais plutôt à la politique internationale. Citons: le commerce des drogues, l'entretien d'un marché clandestin international reposant sur la prohibition, la géopolitique des drogues, leur prolifération, leur disponibilité, etc.¹⁹

Le postulat de la consommation, voire de la surconsommation, de l'avoir, du repoussement des limites, et même de l'« extrême » (sport, sensations, hobbies, modes...) n'est pas sans renvoyer à une imagerie proche de l'usage de drogues et des états qui l'accompagnent. Il témoigne d'une véritable fascination. Même le travail, dans le contexte actuel, n'échappe pas à l'addiction, à l'absence de limites (cf le « workoholism », ou encore certaines offres d'emploi mentionnant le stress comme un impératif à supporter, voire à rechercher).

Ainsi l'esclavage aux activités, même professionnelles, et à la consommation (y compris de plaisir, qui se consomme comme le reste – voir les fashion addicts) rejoint peu à peu, symboliquement et pratiquement, l'esclavage aux produits psychotropes.

En dépit de cette fascination pour (et de cette adoption généralisée de) l'excès dans des domaines aussi variés et étendus, les drogues restent paradoxalement un sujet tabou. Il est difficile d'en parler sans entrer dans une surenchère qui mène à un nouvel excès, cette fois dans la répression et le désir d'éradication.

Le couple légalité/illégalité est évidemment déterminant dans ce processus de crispation et d'escalade. Sortir de cette surenchère, de cette extension de l'excès au débat et à la communication, s'avère nécessaire si l'on veut être efficace. La réponse à la question « faut-il améliorer la prévention et l'information » est donc, sans grande surprise : oui.

La prévention.

Est-il besoin de rappeler que la prévention, au sens où l'entendent (et l'écrivent) les intervenants de terrain et les décideurs politiques du champ de la santé en Communauté française, consiste à éduquer (ou promouvoir des comportements) plutôt qu'à réprimer (ou à réprimer)?

Par éduquer et promouvoir, on entend entre autres : développer le sens critique, aborder et apprendre les notions de plaisir, d'avantages et d'inconvénients; explorer et maîtriser ses limites...

Il s'agit là de prévention générale. Elle s'exerce dans des milieux variés tels l'enseignement, l'éducation permanente, la famille, etc.

En aval de celle-ci, on trouve une information plus ciblée, véhiculant des messages plus spécifiques, notamment en matière de réduction des risques liés à la consommation. C'est également l'occasion de rectifier certaines informations incomplètes ou biaisées.

Cependant, d'autres types d'approches s'inscrivent en faux et en concurrence de cette prévention :

- les approches sécuritaires, qui proposent généralement gestion, contrôle et encadrement, sans s'attaquer aux causes;
- les approches de type hygiéniste et puritaniste, plus commune par exemple aux Etats-Unis;
- les approches de type sectaire, églises (scientologie, certains courants évangélistes).

L'information.

En termes de prévention des assuétudes, l'information est une condition nécessaire mais pas suffisante.

Les médias jouent un rôle central dans ce processus, et pas toujours dans le bon sens, puisqu'ils attisent bien souvent par des omissions, des clichés, des simplifications... une peur populaire « instinctive » du « fléau de la drogue ».

¹⁹ BEAUCHESNE L., Les drogues : les coûts cachés de la prohibition, Lanctôt, Québec, 2003.

Dès lors, afin de raison garder, l'information dans le champ de la prévention des assuétudes devrait viser à :

- rechercher l'objectivité, sans dramatisation ni banalisation ;
- amener les gens à une connaissance critique du phénomène.

Corollaire de ces deux points, les forces de travail existant dans le domaine, qui sont un contrepois face au « marché », aux discours réducteurs, à la négation de la complexité, devraient disposer de moyens satisfaisant pour cette tâche d'une ampleur considérable. Ce n'est hélas pas le cas.

Comment améliorer l'information et la prévention ?

Voici certains des « nœuds » qu'il s'agit de dénouer si l'on veut améliorer information et prévention des assuétudes :

1. Le cadre pénal.

La prévention des assuétudes concerne majoritairement les substances illicites. Hélas, elle se heurte à un cadre légal inadapté, et dont les réaménagements successifs entravent plus qu'ils ne simplifient la prévention et l'éducation.

Une consommation d'alcool « problématique » donnerait plutôt au consommateur le statut de patient. Une consommation de drogues non seulement « problématique » mais même anodine ou anecdotique, donne au consommateur le statut de délinquant.

Pourtant, l'exemple du cannabis montre que sa pénalisation n'en arrête ni la production ni la disponibilité, ni l'usage – bien au contraire. Il démontre de plus que l'essentiel des problèmes rencontrés par l'utilisateur moyen vient non pas du produit et de sa consommation, mais de l'attitude développée à son égard une fois identifié comme consommateur par : la police, l'employeur, le directeur d'école, l'entraîneur sportif, etc. Une fois « repéré », le consommateur moyen subira souvent une stigmatisation (renvoi, licenciement, etc.) qui peut être plus lourde de conséquences que la consommation proprement dite.

Le problème provient en partie d'une démission : peu de responsables (politiques, parents, adultes-relais) acceptent d'être le garant d'un interdit complexe, de sa nature, de ses raisons, de sa teneur et de son étendue. Peut-on fumer (du cannabis) : parfois ; souvent ; jamais ? ... partout ; nulle part ; seulement chez moi ; uniquement en certains lieux ? ... un peu ; beaucoup ; modérément ?

Répondre à toutes ces questions avant que ne survienne une consommation problématique, c'est selon nous faire de la prévention. Mais cela demande un courage à la fois simple et peu répandu : on préfère en général se décharger de cette responsabilité en bloc sur un interdit pénal (« on ne peut pas fumer du tout, parce que la loi le défend »). C'est en apparence plus confortable que de subtiles discussions sur le plaisir que procurent certaines substances (comme l'alcool, d'ailleurs), selon quel rituel goûter ce plaisir, dans quel cadre et dans quelles limites. « Qu'allons-nous dire à nos enfants, si ce n'est plus interdit par la loi », demandent un certain nombre de parents, paniqués par l'abîme de nuances qu'ouvre cette discussion.

Ce cadre pénal à la fois prohibitif et flou, le contexte répressif et le tabou des drogues compliquent par ailleurs le travail éducatif et préventif. Ainsi, le moment où la consommation devient problématique est un moment privilégié d'intervention pour les acteurs du secteur, puisque l'opportunité se présente d'être entendu par le consommateur pour éviter l'aggravation, la fixation dans le comportement. Mais comment établir un dialogue libre quand la menace pénale plane sur celui qui doit dialoguer ?

2. Le vide.

Les différents ministres de l'enseignement ont laissé le personnel scolaire et les directions bien seuls face à la question de la consommation de drogues.

On peut toutefois se réjouir d'un petit pas peut-être décisif, puisque le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 de la Communauté française enjoint les autorités scolaires à « garantir

l'application de la politique de promotion de la santé et de prévention de la Communauté française en matière d'assuétudes, ceci afin d'éviter les interventions préventives de la police qui sont contre-productives par rapport à cette politique ».

Malheureusement, la ministre de l'enseignement n'a jusqu'ici indiqué ni dans ses déclarations (bien au contraire) ni par aucune disposition, que ce texte se concrétiserait rapidement en actes.

C'est donc encore et toujours le spectaculaire qui l'emporte, avec débarquement de policiers escortés de chiens, opérations démesurées basées sur la rumeur et débouchant sur des résultats très maigres, puisque ce n'est toujours pas à l'école que se trouvent les barons de la drogue. En revanche, les conséquences sont lourdes : l'autorité des directions s'en trouve sapée, les élèves perdent confiance dans le corps enseignant, le fossé parfois présent entre jeunes et adultes s'en trouve élargi, le repli sur soi encouragé, etc.

On épinglera enfin des interventions qui se veulent plus didactiques et préventives, mais manquent leur but, par mélange des genres, comme le programme MEGA : il est proposé et assuré par l'ex-gendarmerie et il reste focalisé sur les produits, le danger, la prohibition, faisant lui aussi l'économie de la complexité et de la nuance auxquelles personne ne semble oser s'attaquer.

L'éducation à la citoyenneté et le rapport des jeunes à la loi s'en trouvent-ils favorisés ? Il est permis d'en douter.

Et pourtant ! La Note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue, rédigée en janvier 2001, était déjà claire quant à la répartition des compétences : « Un second problème est la délimitation imprécise des tâches de prévention entre les services de police et le secteur médico-psycho-social. Les organisations scientifiques internationales demandent qu'une distinction claire soit opérée, dans toutes les interventions et dans toutes les situations, entre la prévention de problèmes socio-sanitaires et la prévention de la criminalité. Le secteur médico-psycho-social est responsable de la prévention de l'abus de drogues légales et illégales ; les services de police sont responsables de la prévention de la criminalité (éventuellement liée à la drogue). Les services de police ont, de toute évidence, aussi une tâche répressive. Les services de police et le secteur de la prévention devront travailler dans le cadre d'un dialogue permanent et d'arrangements clairement convenus afin d'éviter l'incompatibilité de la stratégie appliquée ».

3. Le poids de la prévention ou le porte-avions et le canif suisse.

Face à l'ampleur des moyens dont dispose le ministère de l'Intérieur pour faire « sa » prévention, les moyens actuels alloués à la prévention des assuétudes par la Communauté française et les Régions sont dérisoires. Ce manque de moyens du secteur socio-sanitaire est d'ailleurs régulièrement avancé par la police pour motiver ses interventions dans ce champ, dans ces compétences.

Le manque de moyens empêche aussi la proactivité indispensable si on veut que l'éducatif et le pédagogique priment sur le sécuritaire. De plus, l'éducation ne se fait pas en quelques coups de cuillère à pot.

Une petite lueur, ici encore : dans le champ scolaire, à côté des centres PMS, les nouvelles structures PSE pourraient constituer dans le futur, si on leur en donne les moyens, des aides importantes à une vraie approche préventive.

Mais le manque de moyens s'étend aussi au travail à mener auprès des publics plus vulnérables ou dans des milieux cibles tels les lieux de sorties des jeunes.

4. Le capharnaüm et l'anarchie.

On se rappellera que la prévention des assuétudes est une matière dont la responsabilité a été transférée aux Communautés.

Toutefois, dans les faits, tant le fédéral que le communautaire, le régional, le provincial et le pouvoir communal se distribuent sur le champ vaste et flou de la « prévention des drogues » et cela sans

concertation ni, à l'heure actuelle, de volonté suffisante de cohérence entre ces différents pouvoirs. Les définitions même du terme prévention se ramassent à la pelle. Il est donc urgent et impératif de clarifier le rôle et les compétences d'acteurs dont les mandats sont par trop différents voire incompatibles ! Il est urgent d'adopter une définition commune et de sortir du flou qui permet aujourd'hui que se côtoient par exemple, pour la plus grande confusion des usagers :

- le programme MEGA de l'ex-gendarmerie;
- des interventions préventives musclées dans les écoles et les internats du type fouille intégrale avec chiens policiers, ou plus sournoises (souricières, par exemple) ;
- des programmes d'organismes privés (Clés pour l'Adolescence de la Fondation G. de Fortis, par exemple), confessionnels ou commerciaux ;
- les programmes des institutions reconnues et subventionnées par la Communauté française et la COCOF (Infor-Drogues, par exemple) ;
- les initiatives des Contrats de Sécurité et de Prévention émanant du ministère de l'Intérieur ;
- les initiatives développées par les pouvoirs publics provinciaux et communaux ;
- et, in fine, les propositions d'intervention émanant d'organisations sectaires.

Ces concurrences sont stériles et présentent des effets pervers qui détricotent des acquis durement engrangés en matière de promotion de la santé et de prévention.

Et c'est ainsi que certains finissent par choisir les modes de « prévention » ou de « lutte » les plus visibles et les moins dangereux (sur le plan électoral par exemple).

1.4.4. La place des stratégies de réduction des risques dans la politique de santé en matière de drogues

1.4.4.1. De quelle réduction des risques parlons-nous ?

Les termes « réduction des risques liés à l'usage de drogues » sont utilisés dans différents secteurs, celui de la sécurité, dans le secteur de la justice et bien entendu dans celui de la santé. Dans chacun de ces secteurs, les objectifs en sont différents. Ainsi dans le secteur sécuritaire l'objectif est de prévenir la criminalité liée à l'usage de drogues. Dans le secteur sanitaire, l'objectif est de prévenir les problèmes de santé et sociaux qui pourraient découler de l'usage de drogues. Nous discuterons ici spécifiquement de la place de la réduction des risques dans le secteur sanitaire.

1.4.4.2. Place de la réduction des risques dans les politiques sanitaires en Belgique

*La note fédérale de janvier 2001*²⁰

Celle-ci inscrit la réduction des risques sanitaires dans le deuxième pilier de la politique du gouvernement à côté de l'assistance et de la réinsertion des *consommateurs problématiques*. A ce titre elle mentionne comme actions de réduction des risques :

- o L'accès à bas seuil aux traitements de substitution tel que développé par les maisons d'accueil socio sanitaires²¹
- o L'accès au matériel d'injection à travers les dispositifs d'échange de seringues qui bénéficie d'un cadre légal spécifique réglementant sa mise en place par les acteurs de terrain. Les **entités fédérées** sont responsables de l'exécution et du financement de l'échange de seringues.

²⁰ Chambre des Représentants et Sénat de Belgique, Note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue, Doc. Parl., 50-1059/1 et 2-635/

²¹ Confirmé dans l'Arrêté Royal du 30 avril 2004 réglementant le traitement de substitution

- Elle mentionne également les initiatives de réduction des risques en milieu festif avec analyse de pilules (« testing ») comme relevant de la compétence des communautés et régions²².
- Enfin, elle mentionne la distribution contrôlée d'héroïne

Dans la note, la réduction des risques est donc une stratégie qui fait partie de l'assistance aux consommateurs problématiques. Elle est en lien avec les autres stratégies de prise en charge tel que soins, et réinsertion sociale. La note fédérale distingue ainsi les formes d'assistance visant l'abstinence des autres formes de soins²³. Enfin la note relève le caractère changeant des modes de consommation et des publics et la nécessité d'adapter l'offre d'assistance à ces changements.

Le Décret portant sur l'organisation de la promotion de la santé de la communauté française du 14 juillet 1997:

Aussi bien dans le premier (1998 –2003) que dans le deuxième (2004 – 2008) plan quinquennal liés à ce décret, la réduction des risques liés à l'usage des drogues sont citées comme des stratégies ou des objectifs de la politique de promotion de la santé et de prévention en matière d'assuétudes.

Objectifs de promotion de la santé: « développer des programmes de gestion et de réduction des risques sanitaires liés à la consommation des différents produits, en tenant compte du type de produits, du mode et de la fréquence de la consommation, du sexe et des différences d'âge et de maturité des jeunes, des propriétés des différents produits et des risques sanitaires liés à leur consommation ».

Objectifs de prévention: « sensibiliser et former les intervenants de première ligne (maisons médicales, centres de santé mentale, généralistes...) à mettre en question les habitudes de consommation et à soutenir les patients dans la recherche d'une consommation à moindre risque ou d'abstinence ».

Dans la politique de prévention du sida, les usagers de drogues, par voie intraveineuse ou non sont maintenus dans les groupes prioritaires auprès desquels les efforts de prévention doivent être maintenus (de même que les personnes incarcérées). Dans la politique de vaccination il n'est nullement fait allusion aux usagers de drogues par voie intraveineuse ni aux personnes incarcérées.

Dans l'esprit du décret, la réduction des risques est une stratégie de promotion de la santé et de prévention. Elle s'adresse à tous les consommateurs, y compris « non-problématiques ».

Le décret relatif à l'agrément et aux subventions des services actifs en matière de toxicomanie de la Commission communautaire française de la région de Bruxelles du 27 avril 1995

Par ce décret la CCF se déclare compétente pour 6 missions qui sont l'accompagnement, les soins, la prévention, la réinsertion, la formation et la liaison. Dans la définition de la prévention, la réduction des risques est reprise de manière implicite sous le vocable de « prévention des dommages ».

Le décret Région wallonne du 27 novembre 2003 sur les réseaux de soins locaux

La réduction des risques a été inscrite explicitement comme une mission du réseau: « chaque réseau devra pour être agréé et subventionné, développer une politique locale en ce domaine, adaptée aux réalités de terrain ».

²² Au point 4.2. de la note consacré à l'épidémiologie, l'évaluation et la recherche, nous pouvons lire que :

« La mise au point d'un 'système d'alerte précoce' pour les nouvelles drogues de synthèse est en cours depuis décembre 1997. Le point focal national, les points sous-focaux et divers laboratoires collaborent afin d'identifier les nouvelles drogues et d'établir leur profil de consommation. Cette information est distribuée aux participants et transmise à un certain nombre de partenaires.

..... Au niveau fédéral, le système sera essentiellement limité aux obligations européennes. Ce n'est donc pas le gouvernement fédéral qui fera développer les systèmes d'analyse « on site » (où des usagers pourraient faire tester des drogues synthétiques, comme cela se pratique au festival de rock et de danse à Dour) ».

²³ « Il faut de bons rapports entre les fonctions de soins orientées vers le changement (abstinence), la réduction des risques et les soins sociaux proposés aux toxicomanes (offrir une aide à la survie de base et réduire la nuisance sociale). » - Chambre des Représentants et Sénat de Belgique, Note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue, Doc. Parl., 50-1059/1 et 2-635/ pp 43-44 -

Le programme de la Région de Bruxelles-Capitale

Le dernier point du programme en 11 points de la région de Bruxelles Capitale indique « encourager et développer la réduction des risques ».

Ces différentes références aux stratégies de réduction des risques indiquent la place que celles-ci occupent dans une politique de santé en matière de gestion des drogues. Comme on le voit, ces stratégies sont plus ou moins reconnues aux différents niveaux de compétences. Dans la note fédérale, la réduction des risques est étroitement liée au soin et à la réinsertion. Au niveau fédéral encore les stratégies de réduction des risques s'adressent spécifiquement aux « consommateurs problématiques », au niveau des entités fédérées, elles s'adressent à tous les consommateurs. Au niveau de la Cocof, la réduction des risques est reprise sous prévention. Ceci reflète une réalité de la place des stratégies de réduction des risques qui relèvent tantôt de la promotion de la santé, tantôt du soin, tantôt de la prévention ou des trois.

On peut s'étonner, qu'en dépit de ces références et cette reconnaissance, les stratégies de réduction des risques soient difficiles à mettre en place, se heurtant continuellement à de nombreux freins idéologiques, légaux, judiciaires, et financiers au détriment de l'intérêt en terme de Santé publique.

1.4.5. L'usage « problématique », cet inconnu

L'« usage problématique » est un concept récurrent dans le champ des assuétudes :

- On le trouve d'abord au niveau européen : c'est un des 5 indicateurs épidémiologiques-clés qui doivent être mis en œuvre pour l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies par les « points focaux » nationaux des pays membres.
- Il a été décrit en 2003, dans l'article 16 de la loi du 3 mai 2003 relatif au cannabis, aujourd'hui supprimé par la cour d'arbitrage, comme : « Un usage qui s'accompagne d'un degré de dépendance qui ne permet plus à l'utilisateur de contrôler son usage, et qui s'exprime par des symptômes psychiques ou physiques ».
- Aujourd'hui, en dépit de la suppression de l'article 16, on trouve encore la notion d'usage problématique (aux côtés de celles de « quantité pour usage personnel » et de « nuisances publiques », pourtant englobées aussi avec l'article 16), dans un arrêté royal relatif à la réduction des risques et à l'avis thérapeutique (16 mai 2003) :

Article 2, alinéa 5 : « indication d'usage problématique : la constatation par l'autorité verbalisante, lorsque l'intéressé semble par son comportement présenter un danger pour la société ou pour lui-même, au moyen de la batterie de tests standardisés visés à l'article 61bis, § 2, 1^o, de la loi relative à la police de la circulation routière, coordonnée le 16 mars 1968, d'un usage de substances soporifiques et stupéfiants qui pourrait s'avérer problématique;

Ou encore :

Art. 40quater. *Lorsque le procureur du Roi, le juge d'instruction ou le juge du fond estime qu'il semble y avoir un usage problématique, il peut, pour les infractions des 1^e, 2^e et 3^e catégories, saisir le case-manager justice qui renvoie à un conseiller thérapeutique pour avis thérapeutique.*

- On peut également citer pour mémoire la brochure « Drogues et usages de drogues » du Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention (SPP, dépendant du Ministère de l'Intérieur)²⁴ :
« Pour déterminer si l'usage de drogue est risqué ou problématique chez une personne, on peut utiliser le principe suivant : lorsque le produit remplit une fonction qui ne peut plus être atteinte sans celui-ci, l'usage de drogue est devenu problématique. »

²⁴ Il est question de cette brochure en détails dans le chapitre 4 (« focus » alcool).

- Enfin, la FEDITO bruxelloise n'est pas en reste, puisqu'elle développe sa propre notion de l'usager « problématique » de cannabis, et de l'approche préventive à lui réserver (cfr 4.1., avec des indices comme l'âge précoce du début de la consommation, l'usage chronique, etc.)

En somme, nous voilà en présence d'une notion très répandue et dont les définitions varient d'un contexte à l'autre, d'un interlocuteur à l'autre, un peu comme c'est le cas pour le concept de « prévention ».

Or, il se trouve que le concept a été examiné de près, dans le cadre du Programme de recherches d'appui à la note politique fédérale relative à la problématique de la drogue. Une étude a en effet été réalisée, sur l'opérationnalité du concept d'usage problématique de drogues illégales dans un contexte légal²⁵.

L'étude rappelle que la notion est déjà présente dans la note politique fédérale de 2001, sous la définition : « une consommation qu'on ne maîtrise plus ». Puis elle rappelle la définition de l'article 16 de la loi de 2003 (voir ci-dessus). Elle souligne d'emblée la difficulté d'intégrer une telle notion dans la doctrine légale, car elle est subjective et peut donner lieu à des interprétations multiples.

La recherche se propose donc de rendre le concept opérationnel en le développant, afin qu'il soit *utilisable* sur le terrain par ceux qui doivent constater le côté problématique d'un usage de drogues, et notamment par les policiers et les magistrats.

La méthodologie adoptée comprenait d'abord une compilation de la littérature existante, décrivant les options scientifiques quant à la définition de l'usage problématique de drogues, et ses indicateurs éventuels. Puis le travail s'est poursuivi en groupes d'analyse comprenant chacun des intervenants de terrains des trois secteurs suivants : judiciaire, policier, psycho-médico-social. Ceux-ci devaient examiner des cas de consommation concrets, fictifs mais réalistes, et en dégager des éléments qui permettent d'en déterminer le caractère problématique ou non.

L'étude de la littérature et l'analyse en groupe révèlent que les indicateurs susceptibles d'opérationnaliser la notion d'usage problématique sont légion. A telle enseigne qu'ils sont rassemblés en pas moins de 12 catégories. Citons parmi elles *le produit* (pour certains acteurs de terrain et auteurs, il peut être en lui-même constitutif d'une consommation problématique – exemple l'héroïne); *les modalités de consommation* (fréquence, durée, méthode, polyconsommation...); *la trajectoire thérapeutique* (le sujet a-t-il été suivi ou non, quel fut la nature du traitement...); *l'intégration sociale* (intégration sur le marché du travail, logement...); le *passé judiciaire* ou encore *l'impact sur l'environnement* (sur l'entourage, la famille, mais aussi et surtout les sur les enfants); etc.

Mais les problèmes d'interprétation sont eux aussi légion :

- D'abord, toutes ces catégories sont bien sûr subdivisées en sous-catégories, ce qui ne fait que multiplier le volume des facteurs à examiner et leurs combinaisons possibles.
- Ensuite, ces indicateurs ne se suffisent pas à eux-mêmes : ce sont leurs combinaisons qui permettent aux acteurs de conclure à l'usage problématique. Or, il apparaît que les intervenants se forgent, individuellement, leurs propres constructions, leurs configurations d'éléments. Cela produirait presque autant de définitions qu'il y a d'intervenants, même si ces éléments font en générale référence à 6 « méta-éléments » : la dépendance ; les problèmes de santé ; les problèmes sociaux ; la production de problèmes pour les autres, l'intoxication et enfin l'incapacité.
- La pertinence et le poids de chacun de ces indicateurs ne fait pas non plus consensus auprès des acteurs. Un élément peut même être considéré comme « constitutif » de l'usage problématique par les uns, et neutre ou même exclusif par les autres.
- Enfin, y eût-il même consensus sur tous ces éléments, encore faut-il se rappeler, selon l'étude, que l'usage de drogues est un processus dynamique, ce qui relativise l'approche plus statique que constituerait une addition de facteurs purement mécanique.

²⁵ Decorte, Tom - Kaminski, Dan - Muys, Marjolein ... et al. L'usage problématique de drogues (illégal) : recherche concernant l'opérationnalisation du concept dans un contexte légal : rapport final. Gent : Academia Press, 2005

Application pratique de l'usage problématique (analyse en groupe):

- Il s'est avéré difficile, pour la majorité des participants aux groupes, d'accorder un contenu à la notion d'usage problématique. Quand ils l'ont fait malgré tout, ce fut en le simplifiant ou en renvoyant à d'autres concepts de la loi belge comme les nuisances publiques.
- La légitimité même du concept est mise en doute, car il est apparu aux acteurs comme illégitime que des représentants du parquet ou de la police orientent des usagers (ou les punissent), sans que ce soit lié à un dommage social occasionné par la consommation dite « problématique ». En plus d'illégitime, ce dispositif fut ensuite dénoncé comme inefficace.
- Pour finir, l'évaluation de l'usage problématique par les policiers est mise en cause car non-réalisable.

En conclusion, l'ensemble de ces difficultés et de ces contradictions amène les auteurs à considérer la notion d'usage problématique comme impossible à manier pour les policiers et les magistrats, et intraduisible de manière pertinente sur le plan légal.

La notion, conclut l'étude, devrait être purement et simplement éliminée des textes légaux: apparue à l'occasion de la réforme de 2003 (tolérance vis-à-vis d'une consommation « non-problématique » de cannabis), elle ne crée pas la plus-value de clarté et de sécurité juridiques recherchées.

Et pour terminer, en regard de cela, le travail en groupes avec les intervenants policiers, judiciaires et psycho-médico-sociaux a amené les chercheurs à dégager une autre notion qui pourrait remplacer la précédente: celle d'*usage personnel*, qui serait opérationnalisée par la quantité détenue et découverte. Celle-ci découle des quantités évoquées dans les groupes de travail sans que cette évocation ne provoque la surprise des intervenants. Les quantités ainsi recouvertes par la notion d'*usage personnel* seraient:

- 30 grammes de marihuana
- 5 grammes de haschich
- 250 millilitres d'huile de haschich
- 200 grammes de pâtisseries au haschich

Ce seraient dès lors ces quantités-là qui ne feraient plus l'objet d'un procès verbal (ce qui reviendrait à une dépenalisation de fait – en attendant mieux?).

D'ici-là, la notion bien enracinée d'usage problématique restera sans doute incarnée individuellement, car utile aux intervenants pour inclure ou exclure des interventions, des attitudes, mais elle restera une mosaïque en redéfinition permanente et sans valeur légale sûre.



Chapitre 2 : Situation épidémiologique et tendances

2.1. La prévalence des usages de drogues

Nous analyserons successivement la prévalence de l'usage de drogues dans la population générale, dans la population scolaire et dans certains groupes spécifiques.

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
Echantillon d'étude
Taux de réponse
Couverture
Distribution d'âge
Instruments d'investigation

Les 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 dans la population. Nous pouvons ainsi estimer la prévalence de consommation, les types de produits consommés, leur disponibilité, ainsi que le profil des groupes concernés (l'âge, le sexe, ...). Néanmoins, les études de population (population générale, milieu scolaire) pèchent par une sous-représentation des groupes à hauts risques (exemples : les usagers précarisés tels ceux des comptoirs d'échanges de seringues, ou les jeunes en décrochage scolaire). Les études dans la population générale sont rares en Belgique et en Communauté française.

2.1.1.1. L'enquête sur la santé 2004 (HIS) dans la population générale adulte²⁶

Auteur-promoteur de l'étude : l'ISSP.

Année de collecte de données	2004
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Etude de l'Etat de santé de la population
Population cible	Population générale
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire
Echantillon d'étude	12.650
Taux de réponse	61,4%
Couverture	Belgique
Distribution d'âge	15 ans et +
Instruments d'investigation	3 questionnaires: un rempli par le ménage, un en vis-à-vis et un auto-administré (rempli par 4 personnes maximum, à commencer par le chef de ménage puis son/sa partenaire puis les autres membres du ménage sur base aléatoire)

²⁶ Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004. Institut Scientifique de Santé Publique, Service d'Epidémiologie. Bruxelles, 2006. (NB : Pour la partie drogues illicites voir <http://www.iph.fgov.be/sasweb/his/fr/index.htm>)

Des questions sur “l’usage de drogues illicites” ont été introduites dans l’auto questionnaire de l’enquête de santé récurrente réalisée par l’Institut Scientifique de Santé Publique. La tranche de l’échantillon de population à qui ces questions sont adressées sont les 15-64 ans. Les questions visent à évaluer la prévalence de l’usage expérimental (par “expérimental”, on entend un usage comprenant au moins une expérience - essai) de cannabis au cours de la vie ainsi qu’au cours des 30 derniers jours (consommation dite « récente » dans l’enquête 2001 ; « actuelle » dans l’enquête 2004). L’enquête HIS 2001 tentait, en plus, d’évaluer la prévalence d’usage expérimental d’ecstasy/amphétamines, mais celle-ci s’est révélée si faible que les résultats n’ont pu déboucher sur des analyses fiables. Les questions 2004 se limitent donc au cannabis.

Quelques résultats intéressants :

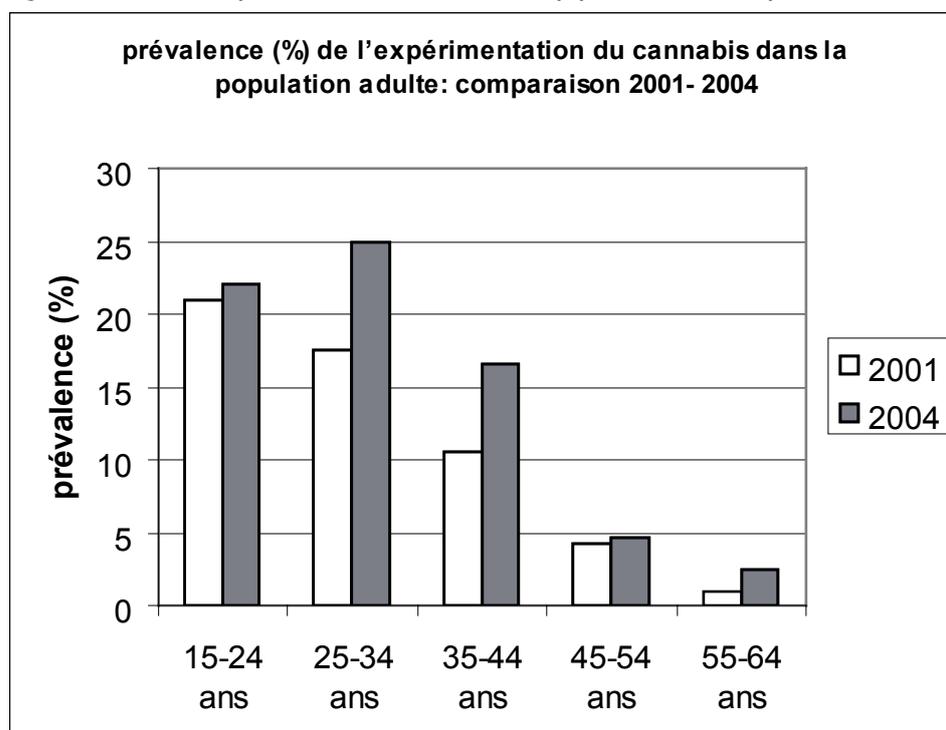
Il est à noter que les différences pointées dans les résultats le sont en général après standardisation des chiffres pour l’âge et pour le sexe.

Tableau 5 : la prévalence (%) de l’expérimentation du cannabis dans la population adulte, HIS, Belgique, 2001 et HIS, Belgique, 2004

AGE	15-64 ans			15-24 ans			25-34 ans			35-44 ans			45-54 ans			55-64 ans		
ANNEE	N	M	F T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
2001	7347	13.3	8.3 10.8	25.	16.6	21.0	22.9	12.5	17.6	12.3	8.7	10.5	5.6	3.0	4.3	0.8	1.0	0.9
2004		16.0	10.0 13.0	NA	NA	22.0	NA	NA	25.0	NA	NA	16.6	NA	NA	4.6	NA	NA	2.4

La figure suivante illustre cette évolution de 2001 à 2004.

Figure 7 : Prévalence d’expérimentation du cannabis dans la population adulte : comparaison 2001-2004



L’usage expérimental de cannabis chez les 15-64 ans a été signalé par 13% des répondants en 2004, pour 10.8% en 2001. L’augmentation est également sensible dans chaque classe d’âges, la plus visible étant celle des 25-34 ans (+7,4%).

En 2004 (comme c'était le cas en 2001), l'usage expérimental et l'usage actuel (dit « récent » dans l'enquête 2001 – soit au moins une fois au cours des 30 derniers jours) de cannabis sont proportionnellement plus élevés chez les hommes (16% - expérimental - et 4,4% - actuel -) que chez les femmes (10% - expérimental - et 1,7% - actuel -).

Comme en 2001, la prévalence d'expérimentation, mais aussi d'usage actuel de cannabis diminue sensiblement avec l'âge. Les groupes les plus familiarisés au cannabis (expérimentation) restent les 15-24 ans et 25-34 ans, mais ces derniers ont « pris la tête » depuis 2001 (alors en deçà de 3,4%, leur expérimentation est aujourd'hui au-delà de celle de leurs cadets, et ce de 3% !). Quant à l'usage actuel, il est réparti de manière plus équilibrée : respectivement 7% et 8%.

La question suivante a été rajoutée par rapport à l'enquête 2001 :

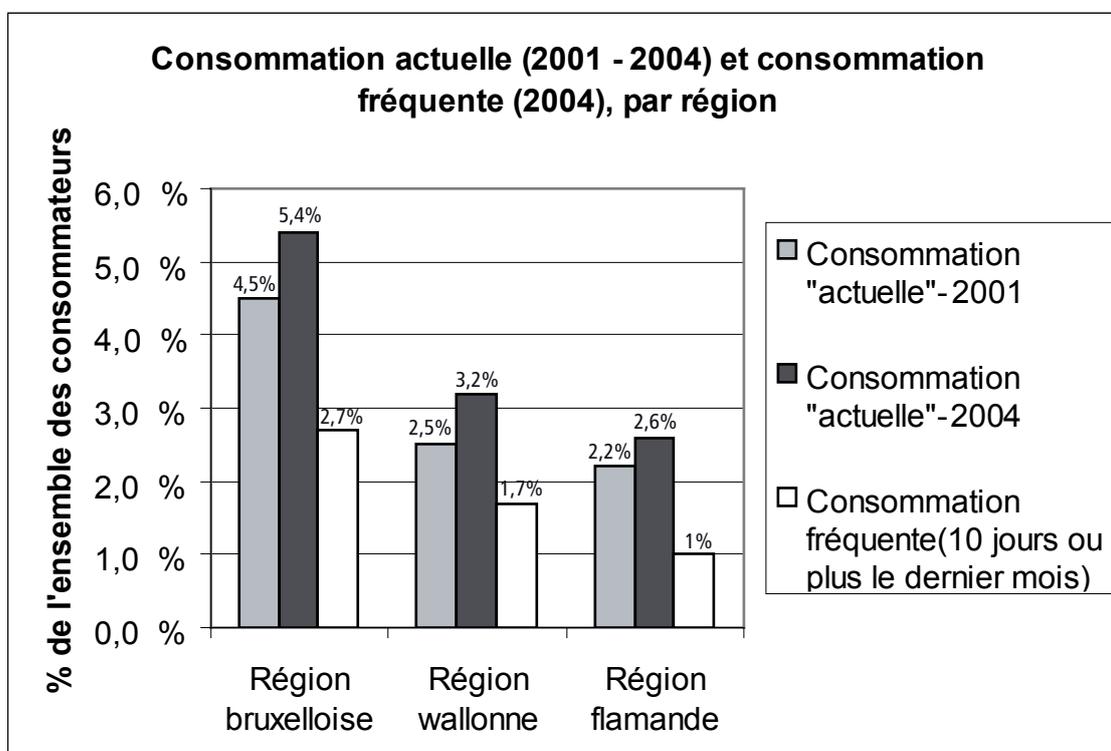
« Au cours des 30 derniers jours, quel est le nombre de jours au cours desquels vous avez consommé du cannabis? »

Celle-ci devait permettre de donner une estimation du volume de la consommation « actuelle ». Ainsi, parmi les consommateurs « actuels » (3% de tous les consommateurs / expérimentateurs), 30% ont consommé 20 jours ou plus au cours du dernier mois; 14% ont consommé entre 10 et 19 jours; 19% ont consommé entre 4 et 9 jours et 37% ont consommé au cours de 3 jours au plus.

RESULTATS PAR REGIONS :

La consommation « actuelle » diminue de la Région bruxelloise (5,4%) à la Région flamande (2,6%) en passant par la Région wallonne (3,2%). La moitié de ces consommateurs « actuels » ont consommé 10 jours ou plus au cours du dernier mois en Région wallonne et en Région bruxelloise, pour 38% seulement en Région flamande. La figure suivante illustre ces habitudes de consommation.

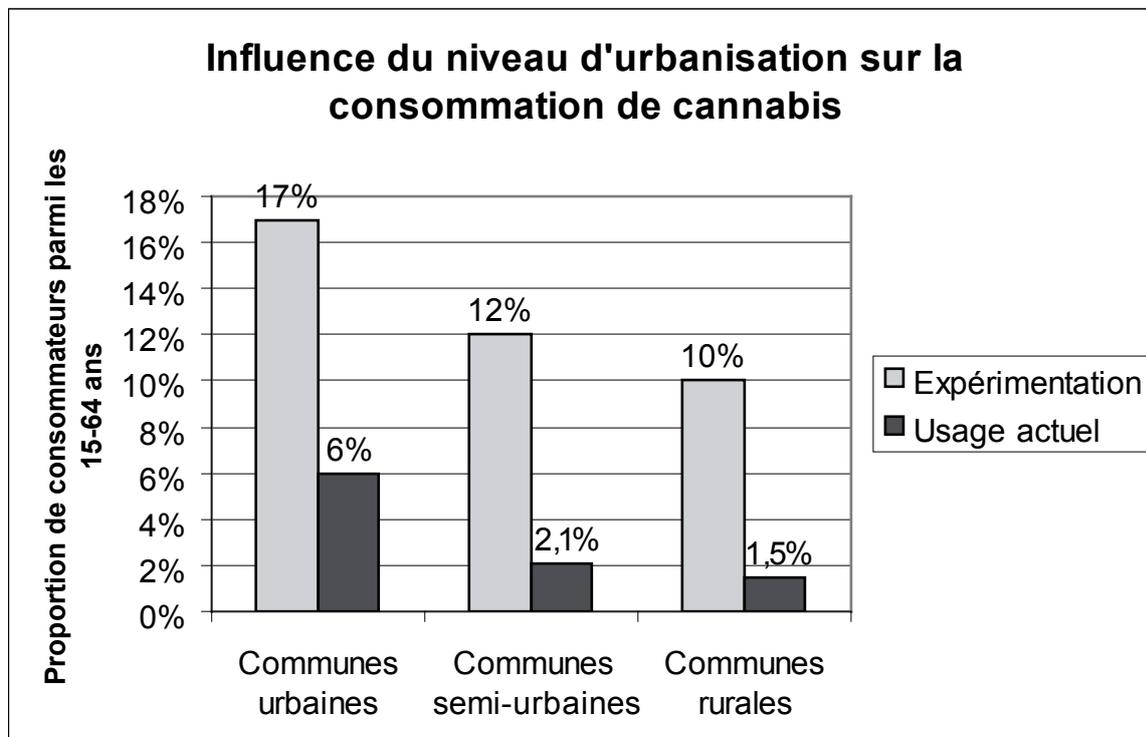
Figure 8 : Consommation actuelle / consommation «fréquente» de cannabis, 2004



La fréquence de l'usage de cannabis et d'ecstasy/amphétamines varie également en fonction du degré d'urbanisation. Il est plus élevé dans les communes urbaines que semi urbaines ou rurales.

La figure suivante illustre l'influence de ce facteur :

Figure 9 : influence du niveau d'urbanisation sur la consommation de cannabis, 2004



2.1.1.2. Ligne téléphonique et autres contacts enregistrés par Infor-Drogues

“**INFOR-DROGUES**” est la ligne téléphonique francophone 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 cette organisation.

Infor-Drogues choisit à dessein de comptabiliser les produits « évoqués » plutôt que « consommés ». En effet, la majorité des contacts ont lieu avec des personnes se déclarant non-consommateurs. Il est donc logique, et plus pertinent scientifiquement de parler de produits évoqués plutôt que « consommés », ce qui permet par ailleurs de se faire une image des produits qui suscitent le plus de réactions au sein de la population.

En 2004, il y a eu 5.134 produits évoqués lors de ces contacts.

Le cannabis reste en tête du peloton des évocations lors de ces contacts: près de 40% de ceux-ci y sont consacrés. La cocaïne le suit directement, restant très évoquée depuis six ans. Elle est passée à ce statut de « seconde » après avoir été cinquième en 1997 derrière le cannabis, l'héroïne, l'ecstasy et l'alcool. Pour une plus grande finesse des chiffres, la ligne téléphonique distingue le crack de la cocaïne « classique ».

Quant aux évocations de drogues légales (alcool, tabac, médicaments), elles marquent le pas, et même un recul, après avoir pourtant fortement augmenté aux cours des dernières années.

La méthadone « grimpe » également de 12% entre 2003 et 2004.

Tableau 6 : détails des contacts(ligne téléphonique et autres) Infor-Drogues

Produit	2001	2002	2003	2004	%	Variation par rapport à 2003
Cannabis	1.752	1.761	2.171	1.978	38,5	- 8,9 %
Cocaïne	510	582	846	721*	14,0	+ 1,5 % *
Alcool	348	460	533	484	9,4	- 9,2 %
Héroïne	435	402	447	437	8,5	- 2,2 %
Médicaments	221	311	392	344	6,7	- 12,2 %
X.T.C.	495	342	301	322	6,3	+ 7,0 %
Méthadone	225	213	210	236	4,6	+ 12,0 %
Crack				137	2,7	
Amphétamines	192	144	132	135	2,6	+ 2,3 %
Tabac	76	99	136	130	2,5	- 4,4 %
L.S.D.	188	102	59	82	1,6	+ 38,0 %
Solvants	32	43	52	39	0,8	- 25,0 %
Autres opiacés	31	21	23			
Autres	142	118	77	89	1,7	+ 0,3 %
Total	4.647	4.598	5.379	5.134	100 %	- 4,5 %

Source : Infor-Drogues. *A partir de 2004, le crack est distingué de la cocaïne. Pour une comparaison avec les chiffres des années antérieures, il faut additionner cocaïne et crack.

Exceptionnellement, pour l'année 2004, en raison de données manquantes à l'encodage, les chiffres concernant les variables de l'âge et du sexe ont été inférés à partir de l'encodage d'environ un quart de l'ensemble. Les chiffres présentés sont donc une extrapolation d'après ce ¼ de données disponibles. Le tableau ci-après n'établit donc une comparaison avec l'année précédente qu'à titre indicatif. C'est également pour cette raison que la catégorie « âge inconnu » n'a pu être remplie pour 2004.

Tableau 7 : répartition par classes d'âges et sexe des contacts(ligne téléphonique et autres) Infor-Drogues, 2003-2004

	- de 18 ans		18 – 25 ans		26 – 35 ans		36 – 50 ans		+ de 50 ans		Inconnu		Total	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Féminin	123	48	366	270	522	270	1439	1249	467	866	750	N.A.	3.667 (62%)	2.703 (63,5%)
Masculin	61	35	270	222	424	396	526	557	207	348	540	N.A.	2.028 (34,2%)	1.558 (36,5%)
inconnu	3		1		3		5		5		220	N.A.	237	N.A.
Total	187 3,2%	83 2%	637 10,7%	492 11,5%	949 16%	666 15,6%	1970 33,2%	1806 42,4%	679 11,4%	1214 28,5%	1510 25,5%	N.A.	5932 100%	4261 100%

Source : Infor-Drogues

Depuis de nombreuses années, dans plus de 60 % des cas c'est une personne de sexe féminin qui initie le contact. Les femmes sont sur-représentées en 2003 chez les moins de 18 ans (plus du double en 2003). La projection de 2004 semble indiquer un équilibre dans cette catégorie d'âges. La prépondérance des contacts féminins est également très marquée à partir de 36 ans.

Les contacts avec la dernière classe (+ de 50 ans) avaient fortement augmenté de 2002 à 2003, et cette tendance se confirmerait selon la projection de 2004 (+ 17,1% !!!).

En revanche, de 2000 à 2003, les contacts avec les moins de 18 ans ont régressé de quelques 17 %. Si la

projection de 2004 est correcte, une nouvelle baisse de 1,2% est à signaler. Cela peut surprendre, voire inquiéter, vu l'extension du phénomène de la consommation de drogues au sens large (tabac, alcool, cannabis...) chez les jeunes.

Par ailleurs, on remarquera que les contacts avec toutes les catégories jusqu'à 35 ans chutent de manière assez visible de 2003 à 2004. Cette diminution des contacts concerne d'ailleurs les deux sexes.

2.1.2. L'usage de drogues chez les jeunes

2.1.2.1. Flash Eurobaromètre n°158: Young People and Drugs²⁷

Auteur-promoteur de cette étude: la Commission Européenne.

Année de collecte de données	2004 (avril – mai)
Type d'étude	Sondage d'opinion
Objet primaire	Etude de l'opinion sur la drogue
Population cible	Jeunes Européens
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire
Echantillon d'étude	7659 (Europe) – 456 (Belgique)
Taux de réponse	
Couverture	Europe
Distribution d'âge	15 à 24 ans
Instruments d'investigation	Interviews en face à face

Cette étude détaille un sondage, réalisé au sein de l'Union Européenne analysant les attitudes des jeunes citoyens de 15 à 24 ans par rapport aux drogues.

NB: l'étude cible l'Europe des 15 telle qu'elle l'était avant l'élargissement du 1er mai 2004.

Voici quelques résultats concernant l'Union et la Belgique :

Tableau 8 : opinions (en % de réponses affirmatives) sur la disponibilité des drogues, dans l'Union Européenne et en Belgique

OPINION	Il est facile de se procurer des drogues dans les fêtes	Il est facile de se procurer des drogues dans les pubs / clubs	Il est facile de se procurer des drogues près de chez moi	Il est facile de se procurer des drogues à mon école ou dans ses environs
U.E.	79 %	76 %	63 %	57 %
BELGIQUE	83 %	88 %	55 %	60 %

On le voit, tous les indicateurs sont plus élevés en Belgique, par rapport aux moyennes européennes, à l'exception du deuxième (disponibilité « près de chez moi »).

Voici la «position» de la Belgique parmi les 15 pays sondés en ce qui concerne les questions de proximité et d'exposition aux drogues :

- « Je connais des personnes qui consomment du cannabis »:
5ème (74 % - moyenne U.E. : 68 %)
- « Je connais des personnes qui consomment d'autres drogues »:
5ème (53 % - moyenne U.E. : 47 %)
- « Il est facile de se procurer des drogues dans les fêtes »:
4ème (83 % - moyenne U.E. : 76%)
- « Il est facile de se procurer des drogues dans les pubs/clubs »:
2ème (88 % - moyenne U.E. : 73%)

²⁷ http://europa.eu.int/comm/public_opinion/flash/fl158_en.pdf

- «Il est facile de se procurer des drogues près de chez moi»: 12ème (55 % - moyenne U.E. : 60%)
- «Il est facile de se procurer des drogues à l'école ou aux abords de l'école»: 7ème (60 % - moyenne U.E. : 53%)

Penchons-nous à présent sur les conséquences associées à l'usage de drogues par les jeunes sondés.

Tableau 9: proportion de répondants (en %) associant les conséquences suivantes à l'usage de drogues

OPINION	Dépendance	Problèmes mentaux	Problèmes judiciaires	Transmission de maladies infectieuses (HIV, Hépatites...)
U.E.	64 %	40 %	39 %	33 %
Belgique 2004	67 %	36 %	28 %	26 %
Belgique 2001	49,1%	34,1%	36,5%	25,5%

On le voit, la dépendance comme conséquence suscite la plus grosse progression (+18%) dans l'opinion des jeunes Belges. Les autres indicateurs stagnent un peu, sauf la conséquence « problèmes judiciaires », qui chute quand même de 7,5%. Il nous semblerait intéressant de vérifier l'hypothèse selon laquelle les problèmes judiciaires liés à la consommation de drogues sont perçus comme en baisse réelle suite aux changements législatifs relatifs à la possession et à la consommation de cannabis.

La question suivante traite de l'opinion quant aux mesures à adopter pour une meilleure gestion du phénomène des drogues. Les personnes sondées devaient répondre positivement dans le cas où elles approuvaient les mesures proposées. Afin de comparer ces opinions à la réalité de la gestion du phénomène, nous proposons un « sous-tableau » (deux dernières lignes) qui met en regard (lorsque c'est conceptuellement possible) l'argent réellement consacré à ce type de mesures (exemple : sécuritaires ; prévention...) en Belgique, selon l'étude la plus récente et la plus complète sur le sujet²⁸ :

Tableau 10: proportion de répondants (en %) approuvant les mesures suivantes pour une bonne gestion du phénomène des drogues

MESURES	Des mesures plus dures à l'encontre des trafiquants et des dealers	Davantage de traitement et de réhabilitation des usagers	Des mesures plus dures à l'encontre des producteurs	Davantage de campagnes d'information
U.E.	60 %	53 %	49 %	42 %
BELGIQUE	67 %	49 %	50 %	45 %

Proportion des budgets alloués aux divers volets des politiques des drogues en Belgique ²⁹				
BUDGETS (Belgique)	54% («Sécurité»)	38% («Assistance»)	54% (même catégorie que la première case : «Sécurité»)	4% («prévention»)

Même si la deuxième partie de ce tableau constitue en quelque sorte un « recodage » de notre part, dont le but est de pouvoir comparer les opinions à la réalité des faits, il nous semble intéressant de noter que les écarts entre les mesures réelles d'une part, l'opinion publique sur la nécessité de ces mesures de l'autre, sont très importants en ce qui concerne la prévention (rapport de plus de 10 entre l'opinion et le budget alloué), et plus équilibrés quant aux mesures de type sécuritaire et de prise en charge.

²⁸⁻²⁹ DE RUYVER B., PELC I., CASSELMAN J. et al., La politique des drogues en chiffres, une étude des acteurs concernés des dépenses publiques et des populations atteintes, Academia Press, Gent, 2004.

Voici à présent un aperçu de l'expérimentation (au moins une fois au cours de la vie) et de l'usage récent (au moins une fois au cours du dernier mois) de cannabis, mais aussi des drogues (illégales) « autres que le cannabis ». La comparaison est faite avec le précédent Eurobaromètre (2001).

Tableau 11 : expérimentation et usage récent de cannabis et d'autres drogues (illégales)

	A déjà consommé du cannabis	A consommé du cannabis au cours du dernier mois	A déjà consommé d'autres drogues	A consommé d'autres drogues au cours du dernier mois
U.E.	33 %	11 %	10 %	3 %
Belgique 2004	31 %	11 %	8 %	3 %
Belgique 2001	24,7 %	9,5 %	6,8 %	1,9 %

En ce qui concerne la consommation de cannabis, la comparaison peut être faite avec l'enquête HIS (voir ci-dessus) menée par l'ISSP : en effet, la classe des 15-24 ans y est également isolée. Les déclarations quant à l'expérimentation diffèrent : 22% (HIS 2004) et 31% (Eurobaromètre 2004). La différence est moins flagrante, en revanche, pour l'usage récent/actuel (30 derniers jours) : 7% (HIS) et 11% (Eurobaromètre).

2.1.2.2. "European School Survey Project on Alcohol and other Drugs" (ESPAD 2003) ³⁰

Auteur-promoteur de cette étude: ULB-PROMES.

Année de collecte de données	2003
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	données comparables sur l'alcool, le tabac, usage de drogues parmi les étudiants de 15-16 ans
Population cible	étudiants de 15-16 ans
Méthode d'échantillonnage	randomisation
Echantillon d'étude	2320
Taux de réponse	93% en Flandres, 74% en CF
Couverture	
Distribution d'âge	15-16 ans
Instruments d'investigation	Questionnaire standard

La prévalence d'expérimentation (un essai ou plus) des drogues (toutes drogues illicites confondues) est de 32,6% chez les jeunes répondants (15-16 ans). Comme toujours, les garçons (37,2%) sont plus représentés que les filles (28,3%).

Cette prévalence chute si on exclut le cannabis des produits consommés : 7,9% (total) ; 9,1% (garçons) et 6,7% (filles).

Enfin, les prévalences d'expérimentation par voie intraveineuse au cours de la vie, au cours de l'année écoulée et au cours du dernier mois tombent toutes trois sous les 1%.

Voici quelques prévalences d'usages de différents produits relevés parmi cette classe d'âge (vie, année écoulée, mois écoulé).

³⁰ LAMBRECHT & AL., Cit. in SLEIMAN S et AL., Belgian national report on drugs 2004, rapport annuel, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, 2004, p 37.

Tableau 12: prévalence d'expérimentation (%) des drogues par les 15-16 ans au cours de la vie, au cours de l'année écoulée et au cours du mois écoulé

N = 2320		Prevalence au cours de la vie	Prévalence au cours de l'année	Prévalence au cours du mois
Marijuana / hachisch	Garçons	36.8	31.9	20.3
	Filles	28.1	21.9	13.4
	Total	32.2	26.7	16.7
Tranquillisants ou sédatifs non prescrits	Garçons	8.6	2.5	1.0
	Filles	9.9	3.7	1.8
	Total	9.3	3.1	1.4
Inhalants	Garçons	8.9	5.2	2.6
	Filles	5.1	2.9	1.3
	Total	6.9	4	1.9
Champignons hallucinogènes	Garçons	7.6	3.9	1.6
	Filles	2.8	1.2	0.4
	Total	5.1	2.5	1.0
Ecstasy	Garçons	5.1	3.2	1.5
	Filles	3.7	2.3	1.1
	Total	4.4	2.7	1.3
LSD ou autres hallucinogènes	Garçons	4.3	2.4	1.0
	Filles	1.2	0.9	0.4
	Total	2.7	1.6	0.7
Cocaïne	Garçons	3	1.1	0.6
	Filles	2.1	1.2	0.8
	Total	2.5	1.1	0.7
Amphétamines	Garçons	2.5	1.3	0.5
	Filles	1.9	1.3	0.9
	Total	2.2	1.3	0.7

Source: ESPAD 2003. Cit. in Belgian national report on drugs 2004

Les consommations « courantes » de cannabis (année écoulée: 26,7%, mois écoulé: 16,7%) représentent bien sûr les chiffres les plus imposants, puisqu'ils ne sont suivis que de très loin par les 4% d'inhalants (année écoulée) et 1,9% des mêmes substances (mois écoulé). Toutefois, si on repasse à la prévalence au cours de la vie, on notera l'étonnant 9,3% (à 15-16 ans!) des tranquillisants et sédatifs, qui mériteraient peut-être un approfondissement malgré leur caractère de drogue licite.

Comme dans l'enquête HIS, l'attention a également été portée sur le volume de la consommation. Le tableau suivant en rend partiellement compte.

Tableau 13: prévalence d'usage (%) de cannabis et d'inhalants au cours du mois écoulé, parmi les 15-16 ans qui admettent avoir expérimenté au moins une fois ces substances

Substance	Prévalence d'usage (%)						
	N	1-2x	3-5x	6-9x	10-19x	20-39x	40x or more
Marijuana ou hachisch	383	37.1	20.6	13.1	14.1	7.6	7.6
Inhalants	44	54.5	11.4	9.1	9.1	6.8	9.1

2.1.2.3. Observatoire de la santé du Hainaut. Analyse univariée des questions touchant l'usage de drogues. 2003-2004³¹

Auteur-promoteur de l'étude : Observatoire de la santé du Hainaut

Année de collecte de données	D'octobre 2003 à mai 2004
Type d'étude	transversale descriptive
Objet primaire	Etablir prévalence de facteurs de risques cardio-vasculaires
Population cible	Elèves inscrits dans l'enseignement type normal: 5ème primaire, 2ème secondaire et 4ème secondaire
Méthode d'échantillonnage	Echantillonnage complexe (2 étapes de stratification, unité = classe)
Echantillon d'étude	2.738 sujets éligibles
Taux de réponse	De 78% à 88% selon l'année scolaire
Couverture	De 4,2% à 4,6% selon l'année scolaire
Distribution d'âge	3 groupes d'âge centrés sur 11, 14 et 17 ans
Instruments d'investigation	Questionnaires auto-administrés, mesures biométriques, mesures biologiques

Cette étude menée dans le Hainaut aborde la santé, sa représentation et sa promotion chez les jeunes. Plusieurs thèmes sont traités, dont l'exposition aux drogues et l'expérimentation.

Les résultats montrent globalement que les garçons sont plus exposés (au voisinage d'un usager de drogues, à une proposition, à expérimenter un produit) que les filles. Cette exposition croît avec l'âge. Ces tendances sont en fait répandues, et déjà observées dans d'autres études.

Trois groupes d'âge ont été interrogés: les 5ème primaire (10 ans), 2ème et 5ème secondaire (respectivement. 13 et 16 ans).

Chez les 10 ans, 20,6% (N=748) ont répondu positivement à la question 1 : « Connaissez-vous quelqu'un qui consomme de la (des) drogue(s)? »

La différence entre garçons et filles décroît avec l'âge: l'exposition est à peu près deux fois plus grande pour les garçons de 10 ans, au moins pour les questions 2 (proposition) et 3 (expérimentation), tandis que l'exposition, chez les garçons et filles de 13 et 16 ans, est assez comparable.

2.1.3. L'usage de drogues dans les groupes spécifiques

2.1.3.1. Milieu festif

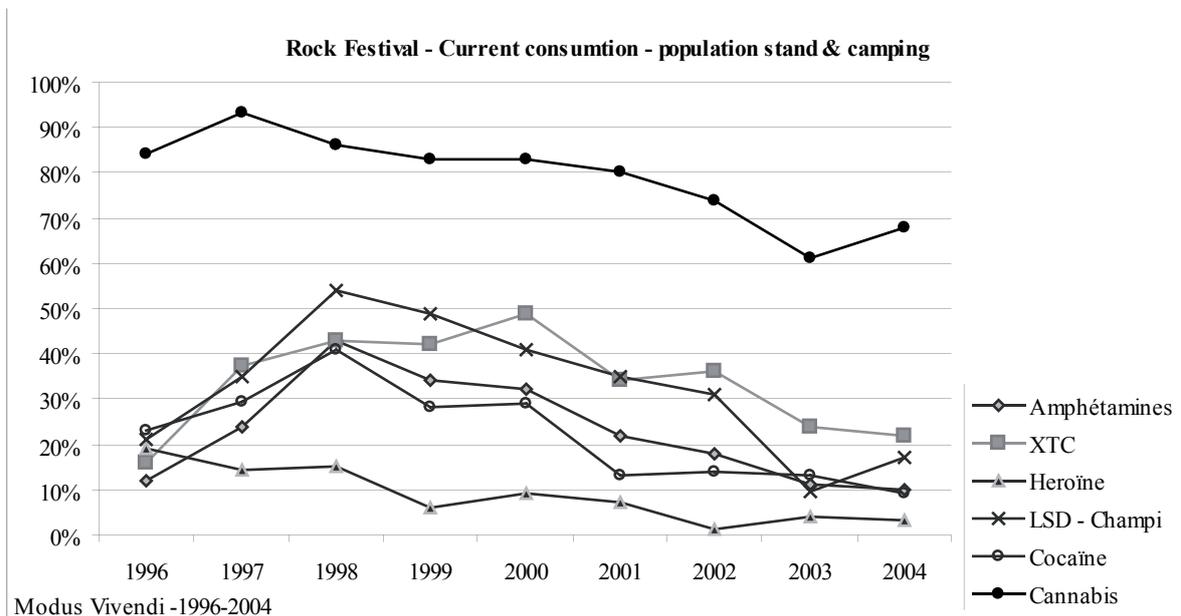
Des données sont collectées annuellement dans différents événements à travers les actions de réduction des risques menées en milieu festif en Communauté française. Le public d'usagers de drogues rencontré en milieu festif est relativement jeune avec un âge moyen de 22 ans. Il est composé d'environ un tiers de femmes.

³¹ Sous presse. Norbert Jates, Observatoire de la Santé du Hainaut, communication personnelle

Année de collecte de données :	1996 – 1997 – 1998 – 1999 – 2000 – 2001 – 2002 – 2003 – 2004
Type d'étude :	Collecte auprès d'utilisateurs d'un service
Objet primaire :	Réduction des risques en milieu festif
Population cible :	utilisateurs de drogues dans un même événement récurrent
Méthode d'échantillonnage :	Pas d'échantillonnage
Echantillon d'étude :	122 – 167 – 157 – 236 – 175 – 167 – 172 – 160 – 222
Taux de réponse	
Couverture	
Distribution d'âge :	Moyenne 22 ans (14 – 45 ans)
Instruments d'investigation :	Questionnaire

Le graphique ci-dessous montre l'évolution des produits consommés auprès des personnes qui fréquentent les services au cours d'un même festival entre 1996 et 2004. Les changements observés entre 1996 et 1998 s'expliquent en grande partie par un changement de public, lié aux changements de programmation musicale. Par exemple, les consommateurs d'héroïne étaient beaucoup plus présents en 1996 (19%) qu'en 1999 où ils représentaient 6% de ce groupe de population. En 1996, 20% des personnes disaient consommer de l'ecstasy, elles étaient 40% en 1997 et relativement stable voir en légère diminution depuis. En 2001, on observe une légère diminution de proportion de consommateurs de tous les produits. Ce constat est le reflet de différents facteurs probables parmi lesquels on peut citer une modification du public suite à l'augmentation de la taille de l'événement, un changement dans les services délivrés (absence de testing de pilules en 2003 et 2004), une intensification des actions répressives. Les proportions de consommateurs restent très élevées.

Figure 10: Evolution des consommations rapportées par les personnes fréquentant un service de réduction des risques au cours du même événement festif (1996 – 2004)



Ainsi qu'illustré dans le tableau ci-dessous, près de la moitié des personnes rencontrées ont déjà expérimenté 3 ou plus de produits illicites.

Tableau 14 : Proportion de polyconsommation de drogues au cours de la vie, population d'un festival rock 1996-2004

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre d'interviewés	123	167	157	686	435	454	172	160	222
1 produit illicite (%)	47	40	25	33	30	22	23	26	29
3 produits illicites ou plus (%)	32	45	36	36	40	35.5	51	52	40
Au moins 1 produit illicite (%)	87	93	88	88	83	93	92	89	88

Bien que ces données aient été collectées auprès d'usagers en contact avec les services, des enquêtes réalisées de 1999 à 2001 auprès de l'ensemble des personnes qui fréquentent le lieu festif ont donné des résultats comparables à ceux présentés ci-dessus. Cette donnée semble indiquer que le biais de sélection n'est pas très important.

A partir des données récoltées à travers des actions menées à partir de 2000 dans l'ensemble de la Communauté française d'événements différents, on peut affirmer que si des variations existent en fonction de l'événement, les populations rencontrées en milieu festif présentent généralement de fortes prévalences de consommation drogues, principalement de cannabis, de stimulants types amphétamines ou ecstasy, et d'hallucinogènes, principalement de champignons. La forte diminution observée entre 2001 et 2002 est davantage le reflet du type d'événements couverts que d'une réelle diminution de consommation.

Figure 11 : Evolution de la consommation au cours du dernier mois.

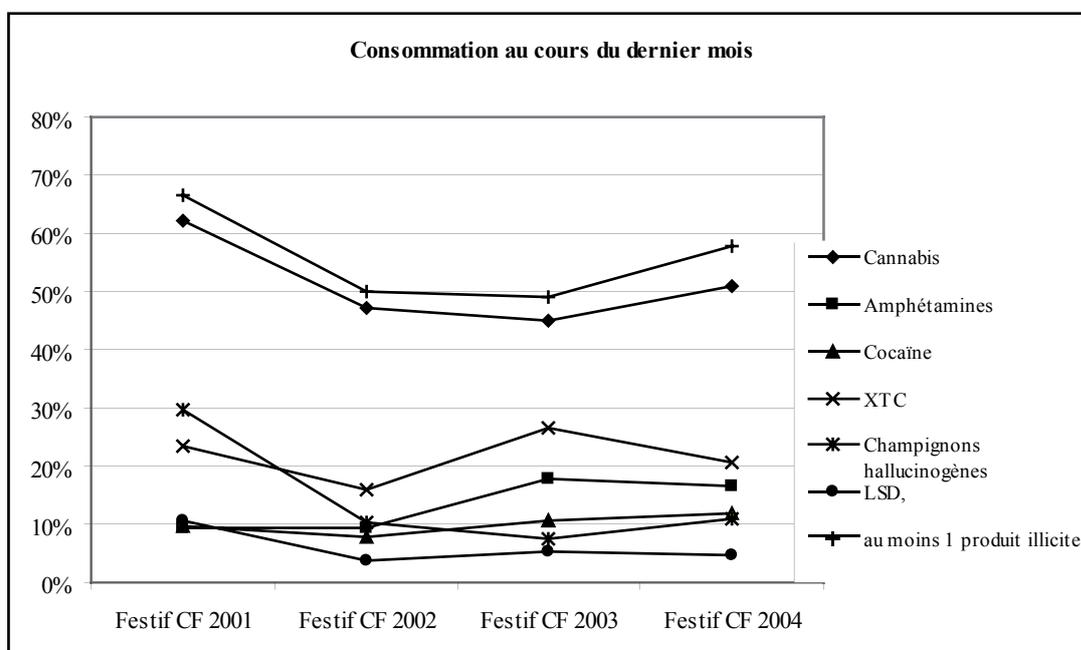


Tableau 15: consommations actuelles de la population rencontrée en milieu festif

	Festif 2000(n=1628)	Festif 2001(N=926)	Festifs 2002(n=1568)	Festifs 2003(n=919)	Festifs 2004(n=1198)
	<i>6 derniers mois</i>	<i>dernier mois</i>	<i>dernier mois</i>	<i>dernier mois</i>	<i>dernier mois</i>
Au moins une substance illégale	70%	67%	46%	44%	58%
Au moins une substance illégale sans cannabis				27%	31%
(Alcool)	85%	43%	73%	55%	76%
Amphétamines	20%	10%	8%	11%	17%
Cannabis	67%	62%	43%	35%	51%
Cocaïne	21%	10%	7%	8%	12%
Crack	6%	1%	1%	2%	3%
GHB	NA	1%	2%	2%	2%
Héroïne	7%	2%	1%	3%	3%
Kétamine	NA	2%	1%	3%	1%
LSD,	14%	11%	3%	4%	5%
Champignons hallucinogènes	28%	30%	9%	5%	11%
XTC	31%	23%	14%	19%	21%
Benzodiazépines	7%	2%	0%	4%	9%
Injection	1%	2%	2%	2%	2%

Les modes de consommation sont essentiellement le sniff, l'inhalation ou l'ingestion. On rencontre une faible proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse en milieu festif (1-2%).

Usage de drogues au cours d'un événement

La proportion de personnes rapportant avoir consommé au moins une drogue illégale *au cours de l'événement* au moment de leur rencontre est de 38% en 2002, 41% en 2003 et 42% en 2004.

Il faut noter que ces données sous-estiment la réelle consommation au cours d'un événement car correspondent à ce que les personnes ont répondu au moment de la rencontre et non en fin de soirée.

Le produit le plus répandu est l'alcool, suivi du cannabis et de l'ecstasy. Les prévalences de consommation de cannabis et de tabac sont très proches.

Usage de drogues en milieu festif: consommation durant l'événement Communauté française; 2002 - 2004

	Tot fest 2002	Tot fest 2003	Total fest 2004
Nombre d'événements	10	10	38
Nombre de répondants	1118	861	1198
Alcool	57%	61%	62%
Amphétamine	6%	10%	9%
Benzodiazepines	2%	4%	3%
Cannabis	37%	36%	35%
Cocaïne	3%	6%	4%
Crack	1%	2%	1%
Ecstasy	11%	19%	11%
GHB	1%	2%	0,3%
Champignons hallucinogènes	5%	5%	3%
Héroïne	1%	2%	1%
Kétamine	1%	2%	0,3%
LSD	1%	4%	1%
Solvant	0,4%	0,3%	0,2%
Tabac	39%	38%	40%
Au moins 1 drogue illégale	34%	41%	42%
Au moins 1 dr. ill autre que cannabis	14%	26%	20%

La consommation de plusieurs produits durant le même événement est très commune. En 2004, 37% rapportent au moment de la rencontre avoir consommé au moins deux produits (alcool inclus).

Polyusage de drogues au cours d'un événement (alcool compris); 2002 - 2004

	2002	2003	2004
Nombre d'événements	10	10	38
Nombre de répondants	1118	861	1198
aucun	43%	33%	30%
1 produit	28%	30%	33%
2 produits	18%	19%	22%
3 produits ou plus	11%	18%	15%

Usage de drogues et conduite automobile

En 2004, 35% des personnes qui rapportent avoir consommé un produit illégal au moment de leur contact dans l'événement déclarent avoir prévu un mode de transport sûr, 23% un moyen de transport douteux (passager d'un ami étant à la fête,)15% déclare être conducteur, et 27% ne répond pas.

Usage de drogues pendant l'événement et conduite automobile 2004.

	Pas de consommation de produit illicite	Usage de produit illicite
N	699	499
Sur	33,6%	34,9%
Conducteur	20,6%	14,6%
Passager	23,7%	23,0%
Pas de réponse	22,0%	27,5%

Usagers de drogues en milieu festif: usage de drogues et problèmes

Les usagers de drogues rencontrés en milieu festif rapportent avoir rencontré un certain nombre de problèmes qu'ils lient à l'usage de drogues.

60% rapportent au moins un problème, 23% 2 ou 3 problèmes et 18% en rapportent 4 ou plus.

% de population rapportant un problème – Milieu festif 2004

Type de problèmes	
N	821
Justice	20%
Relations sociales	31%
Psychologiques	28%
Au travail / Ecole	22%
Physique	30%
Sexuels	15%

2.1.3.2. Population des usagers de drogues rencontrés “en rue”

En communauté française, depuis 1994, des données concernant les consommations, les modes de consommations et les comportements à risques des usagers de drogues injectables, sont collectées à travers des opérations de prévention du sida, les « opérations boule-de-neige ». Les données reflètent les caractéristiques des personnes rencontrées. Le public ciblé est un public plutôt marginalisé contacté par leurs pairs.

Au niveau de ces publics on observe une augmentation de la consommation de cocaïne et une légère diminution de consommation d'héroïne. La consommation de benzodiazépines est élevée et stable. Enfin, un quart des personnes rencontrées ont consommé de la méthadone qui ne leur avait pas été prescrite. Ces personnes sont essentiellement des poly-consommateurs.

Tableau 16: Caractéristiques de consommation des usagers de drogues rencontrés à travers les opérations boule-de-neige en communauté française (1994 – 2004) ³²

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
N	457	1123	1294	1395	1243	928	574	1051	867	676	1140
Amphétamines			-	-	-	23%	30%	28%	23%	14%	16%
Benzodiazépines ill.			46%	53%	36%	56%	47%	48%	47%	41%	40%
Buprénorphine ill.								9%	10%	8%	11%
Cocaïne			54%	65%	65%	69%	64%	62%	58%	62%	59%
Héroïne			79%	87%	74%	81%	69%	70%	68%	65%	67%
Lsd			-	-	-	23%	28%	25%	23%	15%	18%
Méthadone ill.			-	-	-	28%	36%	27%	28%	24%	32%
XTC			32%	27%	25%	28%	35%	36%	29%	15%	25%
Modes de consommation											
Injection Vie		72%	68%	74%	65%	68%	69%	61%	63%	60%	59%
injection actuelle	69%	57%	53%	56%	48%	52%	40%	46%	46%	47%	43%
UDI <= 2 ans								5%	5%	6%	5%

1993-2000: actuel signifie au cours des 6 derniers mois;

À partir de 2001 actuel signifie au cours du dernier mois

Les usagers de drogues ayant débuté récemment (depuis 2 ans maximum) sont peu nombreux dans la population rencontrée. Leur âge moyen est de 25 ans.

Au cours des 5 dernières années on observe peu de changement au sein du public rencontré en terme d'injection d'héroïne, de cocaïne et d'amphétamine. L'injection de méthadone est par contre rapportée par une proportion grandissante des personnes rencontrées. Enfin, l'injection de buprénorphine reste moins répandue.

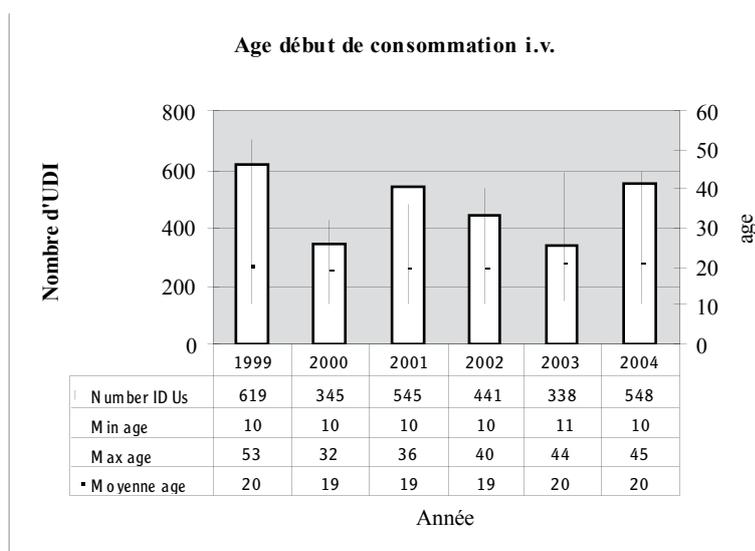
Tableau 17 : Proportion d'injecteurs par produit Opérations Boule de neige 1996 – 2004

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Amphétamines i. v.						21%	21%	27%	18%
Cocaïne i. v.	15%	36%		58%	46%	55%	54%	52%	50%
Héroïne i. v.	56%	52%	48%	54%	50%	57%	53%	53%	48%
Méthadone i.v.				12%	16%	23%	20%	27%	22%
Buprénorphine i.v.						9%	20%	12%	12%

L'âge moyen de début de consommation en injection est de 19-20 ans, mais varie de 10 à plus de 40 ans.

32 Source: ModusVivendi ASBL

Figure 12: Age du début de consommation i.v.



Comportements à risque des consommateurs en injection

Le taux de partage de seringues rapporté par les consommateurs par voie intraveineuse est stationnaire. L'emprunt de seringues est rapporté par environ un tiers des consommateurs. Le partage du reste du matériel d'injection reste cependant beaucoup plus élevé.

Tableau 18:

Partage de matériel et accessibilité aux tests de dépistage dans une population d'UDI Opérations Boule-de-neige 1994-2004

Consommateurs de drogues, consommateurs en injection et comportements de partage, Boule de neige, Communauté française 1993-2004

	1993-94	1994-95	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
N UDI actuels	315	640	686	781	534	467	220	451	367	283	444
Emprunt de seringues usagées parmi les UDIs actuels					39	38	30	33	32	33	30
Partage de seringues usagées / UDIs actuels (%)	48	60	60	59	53	52	43	44	44	47	43
Partage des autres outils utilisés pour injection (%)	-	-	-	-	-	61	57	48	52	54	49

1993-2000: actuel signifie derniers 6 mois; depuis 2001 actuel signifie dernier mois.

En 2004, 3% rapportent avoir utilisé au cours des 6 derniers mois une seringue ramassée en rue. Mais le taux de non réponse est élevé de 8 à 20%. Il existe d'importantes variations régionales.

Tableau 19: Utilisation d'une seringue ramassée en rue.

	2001	2002	2003	2004
BRUXELLES	3%	10%	8%	7%
CHARLEROI	1%	3%	4%	3%
LIEGE	4%	7%	8%	2%
MONS	3%			
NAMUR	0%	0%	0%	0%
TOTAL	3%	6%	6%	3%

Ces risques pris lors des injections sont souvent cumulés avec des prises de risques sexuels, pour le consommateur lui-même et pour son / sa partenaire.

En définissant ce risque comme un multi-partenariat sans usage de préservatifs, on observe que plus d'un quart des UDI actuels, rapportent des prise de risque sexuels au cours des 6 derniers mois. La fréquence est plus importante dans le groupe des UDI de sexes féminin.

Tableau 20 : Pourcentage d'UDI actuels rapportant une prise de risques sexuels au cours des 6 derniers mois, Boule-de-neige, Communauté française, 2001-2004

	2001	2002	2003	2004
N	481	368	283	450
Femmes	27%	30%	28%	34%
Hommes	21%	18%	24%	29%
Total	23%	23%	25%	32%

Accès au dépistage du sida et des hépatites

Environ deux tiers des usagers rapportent avoir réalisé un test qui en moyenne remonte à 12 mois en 2003. Cependant moins de la moitié des UDI contactés rapportent un test au cours des derniers 12 mois.

Le dépistage des hépatites reste moins fréquent en dépit du risque plus élevé que constitue cette maladie.

Tableau 21 Proportion d'usagers de drogues en injection dépistés pour le VIH et les hépatites

Dépistages	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
H.I.V.	64%	74%	73%	74%	77%	72%	71%	71%	68%	79%
Dépistage VIH derniers 12 mois							40%	45%	45%	44%
Hépatites	52%	58%	59%	60%	61%	47%	63%	64%	61%	64%

Il existe des différences en fonction de la durée d'injection. En 2001, le taux de dépistage parmi les UDI récents (depuis 2 ans ou moins) était significativement plus bas (52%) que celui des UDI plus anciens. Les différences observées en 2002 et 2003 sont beaucoup moins marquées entre les deux groupes, ce qui signifierait une amélioration de l'accès au dépistage pour les UDI récents.

Accès au vaccin contre l'hépatite B

L'accès au vaccin contre l'hépatite B est très médiocre pour les UDI: seuls 18% d'entre eux déclaraient avoir été vacciné en 2004. Ce résultat est cependant en amélioration par rapport à 2001.

Tableau 22 : Proportion d'UDI vaccinés contre hépatite B (Boule-de-neige)

	2001	2002	2003	2004
Tous UDI	10%	14%	15%	18%
UDI actuels	8%	13%	15%	17%
UDI Récents	13%	13%	13%	14%

2.1.3.3. Usagers de drogues en prison

Le 30 décembre 1999³³, la population carcérale était de 8.135 personnes, elle était de 8764 au 1^{er} septembre 2001 et de 9245 en mars 2004, soit en constante augmentation. Environ la moitié de la population carcérale sont des utilisateurs de drogues et un tiers d'entre eux sont usagers de drogues par voie intraveineuse. Ces chiffres sont confirmés par les études réalisées en 1997 à la prison de Namur³⁴ et en 1999 à la prison de St Gilles³⁵ ou encore en 2003 dans 10 établissements pénitentiaires dont 5 en communauté française³⁶.

Le nombre de personnes détenues pour un fait en matière de drogues (possession et trafic de drogues illégales) augmente d'années en années depuis 1970³⁷. Cette tendance a pour conséquence le nombre grandissant d'usagers de drogues au sein des prisons et probablement une tendance grandissante de la présence et du trafic de drogues illégales.

Plus de la moitié des personnes détenues déclarent avoir déjà consommé des produits illicites au cours de leur vie et environ 15% par voie intraveineuse.

Différentes enquêtes transversales ont été réalisées en Communauté française.

Année	1997	1999	2003
Type d'étude	Etude transversale	Etude transversale	Etude transversale
Objet primaire	Risques HIV et hépatites en prison	Risques liés à l'usage de drogues en prison	Risques liés à l'usage de drogues en prison
Population cible	Toutes les personnes détenues, parlant français, néerlandais ou anglais	Toutes les personnes détenues, parlant français, néerlandais ou anglais	Toutes les personnes détenues, parlant français, néerlandais ou anglais
Méthode d'échantillonnage	Pas d'échantillonnage au niveau de la prison	Pas d'échantillonnage au niveau de la prison	Echantillonnage en grappe d'établissements
Echantillon d'étude	115	230	257
Taux de réponse	70%	37%	24%
Couverture	Prison de Namur	Prison de Saint-Gilles	10 prisons dont 5 en Communauté française
Distribution d'âge	18 ans et plus	18 ans et plus	18 ans et plus
Instruments d'investigation	questionnaire auto-administré anonyme	questionnaire auto-administré anonyme	questionnaire auto-administré anonyme

Tableau 23 : Consommations de drogues illégales (dernier mois en 1999 et vie à en 1997 et 2003)

	Prison de Namur (1997)	Prison de St Gilles (1999)	5 établissements en C.F. (2003)
N	115	230	257
Un produit illicite au moins	51%	50%	53%
cannabis	45%	41%	49%
cocaïne	23%	22%	35%
héroïne	N.A.	15%	30%
amphétamines	17%	8%	25%
ecstasy	21%	9%	22%
Lsd	11%	6%	21%
Injection	22%	9%	15%

³³ Source: King's College London, International Centre for Prison Studies, Prison Brief for Belgium.

³⁴ European network for AIDS prevention in Prison. 2d report. May 1998

³⁵ W. DE MAERE, F. HARIGA, F. BARTHOLEYNS, M. VANDERVEKEN et al. Santé et usage de drogues en milieu carcéral. Développement d'un instrument de recherche épidémiologique: rapport de recherche. Publication SPO681. Bruxelles: SSTC, 2001

³⁶ Hariga F; Todts S; Doulou M1.; & coll. Drug use in prisons: monitoring of health risks: A survey in 10 prisons in Belgium, Brussels 2003

³⁷ F.VAN MOL, N. LAUWERS, Drogues et prisons, La réalité pénitentiaire en matière de Drogue. Actes de la journée d'étude du 22 avril 1994. Présence et action culturelles

On observe des différences significatives en fonction du nombre d'incarcérations.

La proportion d'usagers de drogues parmi les personnes incarcérées pour la première fois est nettement plus faible (31%) que parmi la population étant en prison pour la deuxième fois (69%) ou plus.

L'usage de drogues en prison

La proportion de détenus déclarant consommer une drogue illégale en prison est d'environ 40%. Pour la moitié de ces personnes il s'agit de cannabis uniquement.

Les drogues les plus utilisées en prison sont le cannabis, suivi par les benzodiazépines, l'héroïne et la cocaïne.

Tableau 24 : Usage de drogues en prison

	Prison de Namur (1997)	Prison de St Gilles (1999)	5 établissements de CF (2003)
N	115	246	257
Au moins 1 produit illicite	44%	42%	36%
Cannabis	38%	37%	31%
Cocaïne	15%	9%	11%
Héroïne		13%	16%
Amphétamines	4%	8%	4%
Ecstasy	8%	5%	6%
LSD	9%	2%	3%
Injection	2%	2%	2%

En fonction du nombre d'incarcérations, la prévalence de la consommation en prison augmente. Elle est par exemple dans l'enquête réalisée en 1999, de 20% parmi les personnes qui se trouvaient en prison pour la première fois et de 53% pour celles dont c'était au moins la deuxième incarceration. Les personnes injectent moins fréquemment en prison d'après ce qu'ils rapportent. L'absence d'accès à du matériel d'injection stérile rend ces injections à très haut risque.

Les dépistages du VIH et des hépatites sont ciblés vers les personnes identifiées comme à risque. Les personnes sont considérées à risque soit du fait de leur origine, soit du fait d'une consommation de drogues ou de prostitution. Le tableau ci-dessous indique des prévalences d'hépatites B et C particulièrement élevées. Les données de 1999 à 2001 proviennent d'un établissement. Celles de 2003, d'un échantillonnage de dossiers médicaux dans dix établissements.

Tableau 25 Prévalences infection hépatites B et C parmi personnes testées en prison

	1999	2000	2001	2003
HBsAg	8%	4%	5%	7%
	(N=664)	(N=708)	(N=576)	(N= 254)
HCV	28%	25%	28%	25%
	(N=677)	(N=741)	(N=603)	(N=292)
HIV	1.2%	1%	1%	2%
	(N=666)	(N=740)	(N=573)	(N=252)

Initiations en prison

Les différentes enquêtes montrent que la prison constitue un lieu d'initiation aux drogues. Dans l'enquête menée en 1999, un quart des participants (soit la moitié des usagers de drogues en prison), rapportent que la première consommation d'un produit illicite a eu lieu lorsqu'ils étaient en détention. L'initiation à l'héroïne est préoccupante. En 2003, 10% des participants rapportent avoir été initiés à l'héroïne en prison.

Tableau 26 Prévalence des initiations aux produits illicites en prison (1999 et 2003)

	St Gilles (1999)	5 établissements CF (2003)
	N = 226	N=257
Cannabis	19%	12%
Héroïne	7%	10%
Benzodiazépines	7%	4%
Cocaïne	5%	4%
Barbituriques	3%	4%
XTC	2%	2%
LSD	1%	1%
Méthadone	1 %	4%
Amphétamines	0.4%	2%
Au moins un produit illicite	26%	19%
1 ^e injection	0.4%	0%

La consommation de drogues constitue un phénomène important et en augmentation en prison, celle-ci constituant en outre un environnement toxicomanogène.

2.1.3.4. Usage de drogues chez les personnes prostituées ³⁸

Auteur-promoteur : pour la première fois, des données sur ce groupe spécifique nous ont été fournies via une évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B réalisée par Espace P... Liège : « Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B (Espace P, 1998-2003) ».

Année de collecte de données	11/03/1998 – 31/12/2003
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Evaluation d'une campagne de vaccination
Population cible	Personnes prostituées
Méthode d'échantillonnage	Pas d'échantillonnage (toutes les personnes vaccinées dans le cadre de la campagne Hépatite B)
Echantillon d'étude	
Taux de réponse	
Couverture	Liège, Namur, Charleroi
Distribution d'âge	
Instruments d'investigation	Questionnaire standardisé administré en face à face

Les 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 2003.

Les répondants sont à 96,6% des femmes et l'âge médian au moment de leur inclusion dans l'étude est de 30 ans.

7,4% des répondants déclarent consommer ou avoir consommé des drogues par voie intraveineuse. Cela dit, le pourcentage de données manquantes pour cette variable est important (29%). Ceci serait principalement dû à la difficulté de poser la question de l'usage de drogues par voie intraveineuse.

En regard de la nationalité, on compte 5% d'UDI parmi les belges et 8% d'UDI parmi les non-belges.

³⁸ Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B (Espace P, 1998-2003), Document Espace P, 2004.

Tableau 27 : usage de drogues par voie intraveineuse chez les personnes prostituées

	Données valides	
	N	%
Usages de drogues	49	7,4%
Pas d'usage de drogues	615	92,6%
Total	664	100%

Source: Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B (Espace P, 1998-2003), Document Espace P, 2004.

L'étude montre d'importantes différences selon la nationalité d'origine. Les prostituées d'origine non belge sont plus jeunes et ont commencé à se prostituer plus tôt que les belges. Elles travaillent aussi plus souvent en bar et moins souvent en privé que les belges. Elles sont surtout plus souvent sans couverture sociale (41 % vs 9 %) et sans médecin traitant ni gynécologue (29 % vs 7 %).

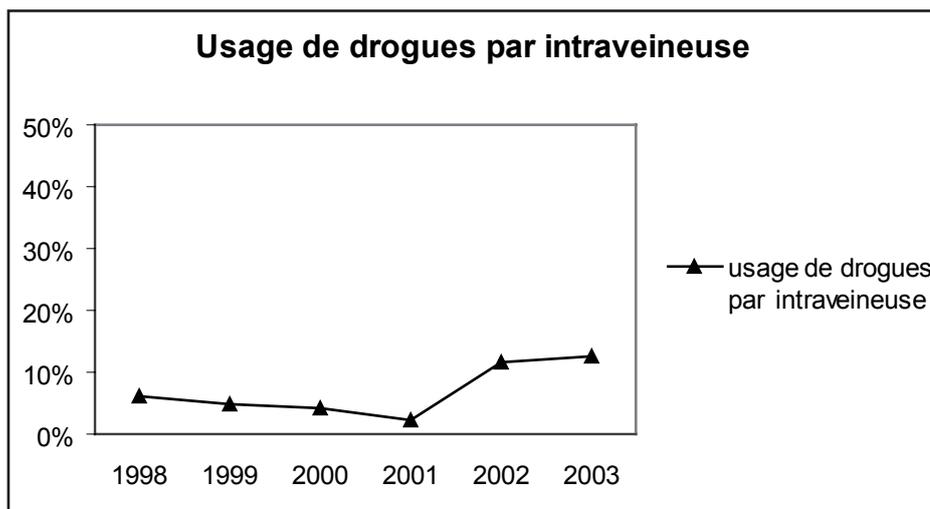
L'étude décrit aussi des différences selon que les prostituées travaillent en bar, en privé ou en rue:

- Celles qui travaillent en privé sont plus âgées, ont commencé à se prostituer à un âge plus avancé et apparaissent surtout socialement les plus intégrées: c'est chez elles qu'on trouve la plus grande proportion de belges, la meilleure couverture sociale, le meilleur suivi médical et le moindre usage de drogue.
- Celles qui travaillent en rue sont celles qui sont le plus souvent sans couverture sociale et nettement plus exposées aux risques de toxicomanie par injection.
- Celles qui travaillent en bar sont celles qui sont le plus souvent d'origine étrangère et sans suivi médical.

Ces observations indiquent que les prostituées d'origine non belge et celles qui travaillent en bar ou en rue ont un statut globalement plus défavorable: une moindre couverture sociale et un moindre recours au système de soins. Ces deux facteurs de risque sont souvent cumulés: on trouve davantage de non belges parmi celles qui travaillent en bar ou en rue.

L'analyse des données montre hélas une augmentation de l'usage de drogues par voie intraveineuse chez les personnes prostituées en 2002 et en 2003 (voir figure 7) alors qu'on observe une diminution de ce mode d'administration auprès des usagers de drogues en rue et à travers les demandes de traitement.

Figure 13 : usage de drogues par voie intraveineuse chez les personnes prostituées, 1998-2003



Source: Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B (Espace P, 1998-2003), Document Espace P, 2004.

Par ailleurs, le dépistage du virus de l'hépatite C a été inclus dans les maladies sexuellement transmissibles bien que l'hépatite C n'en soit pas une, compte tenu du fait qu'un certain nombre de prostitué(e)s consomment des drogues par injection :

« Les résultats montrent effectivement une séroprévalence de 3.4% chez les prostituées, significativement supérieure à la prévalence de 0,9% de la population générale (...). Toutefois, on note un taux de contamination de 23% chez les prostituées (ex)toxicomanes (par injection), alors qu'il n'est que de 2% chez les prostituées non toxicomanes (par injection). Le facteur de risque pour le virus C apparaît donc clairement être l'injection de drogue et non la prostitution par elle-même »³⁹.

Tableau 28 : risque de contamination chez les prostitué(e)s par le virus de l'hépatite C

	AcHCV+ (cas positifs)	
	N	%
Prostitué(e)s non toxicomanes	10	2 %
Prostitué(e)s UDI	9	23 %

Source : Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B (Espace P, 1998-2003), Document Espace P, 2004.

Les conclusions de l'étude soulignent entre autres que « Les prostituées toxicomanes et celles travaillant en rue constituent également des sous-groupes plus marginalisés. Comme souvent en matière de prévention, ces sous-groupes à plus haut risque sont malheureusement les plus difficiles à toucher. »⁴⁰

2.1.3.5. Exemple de recueil de données locales : SESAME (Namur)⁴¹

Auteur-promoteur: Lasbl Sésame, Centre namurois d'accueil et de soins pour toxicodépendants et proches, développe de nombreuses activités. Parmi elles, des interventions en milieu carcéral, mais aussi l'activité d'un cabinet de consultations médicales et psychologiques. Celles-ci sont l'occasion d'un monitoring local simple, dont il est rendu compte dans le rapport d'activités du centre. Ce n'est donc pas une étude à proprement parler, mais ces données nous semblent, à titre indicatif, tout à fait dignes d'intérêt.

Année de collecte de données	2004
Type d'étude	
Objet primaire	Monitoring
Population cible	Personnes en demande de traitement (médical, psy) à Sésame
Méthode d'échantillonnage	Pas d'échantillonnage
Echantillon d'étude	242
Taux de réponse	88,84%
Couverture	
Distribution d'âge	
Instruments d'investigation	

Les données récoltées auprès des usagers ont permis de dégager les informations suivantes :

Produits consommés : 162 usagers (soit 67%) déclarent ne consommer qu'un seul produit, pour 53 usagers (22%) déclarant une polyconsommation. Voici la répartition des produits consommés :

- Cannabis : 80 consommateurs
- Héroïne : 94 consommateurs
- Cocaïne : 20 consommateurs
- Speed : 7 consommateurs
- XTC : 15 consommateurs

³⁹ Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B (Espace P, 1998-2003), Document Espace P, 2004, p11

⁴⁰ Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B (Espace P, 1998-2003), Document Espace P, 2004, p16

⁴¹ Sésame (2005). Rapport annuel 2004

- LSD : 1 consommateurs
- Alcool : 63 consommateurs
- Médicaments : 33 consommateurs
- Autres drogues : 11 consommateurs
- Autres dépendances : 6 consommateurs

Traitement médical : Par ailleurs, 42% des usagers sont sous traitement médical au centre Sésame, soit : 34% sous traitement à la méthadone ; 7% sous traitement « autre » et 1% sous traitement « extérieur ».

Sexe/période de la vie : sur les 288 consultants (les proches des usagers consultent également), on trouve :

- 192 hommes (183 usagers, 9 proches), soit 67%
- 85 femmes (48 usagers et 37 proches), soit 30%
- 9 adolescents usagers, soit 3%
- 2 adolescente usagère, soit 0,7%

L'habituel déséquilibre homme/femme quant à l'exposition aux produits et aux problèmes de consommation semble se refléter une fois de plus dans ces données.

Ressources : la nature des moyens de subsistance des 288 consultants a également été recensée. Attention : des doublons sont possibles (cumul). La situation d'un consultant peut aussi varier dans le temps. En voici le récapitulatif :

Tableau 29 : nature des moyens de subsistance des demandeurs

Ressources	Usagers	Non usagers
Profession	51	32
Chômage	77	8
Parents	18	0
CPAS	45	1
Mutuelle	17	0
Alloc. Inval.	7	4
Ressource illégale	1	0
Conjoint	0	0
Aucune	28	0

Source : Sésame (2005). Rapport annuel 2004, p46.

Les scores des ressources « profession » et « CPAS » chez les usagers sont comparables (resp. 21% et 18,4%). Le score « chômage » est proportionnellement un peu plus élevé (31,5%). On remarquera le score sans appel de la ressource « profession » (71%) chez les non-usagers.

Mode (ou lieu) de vie : cette donnée a également été récoltée :

Tableau 30 : mode de vie des demandeurs

Mode de vie	Usagers	Non usagers
Isolé	101	9
Chez parents	59	2
Chez ami(e)	7	1
Collectivité	29	0
En famille	24	26
Partenaire non usager	28	63
Partenaire usager	19	9
Vit avec enfant(s)	6	26
Est parent	48	33

Source : Sésame (2005). Rapport annuel 2004, p46.

On notera le score élevé et donc la possible sensibilité du statut « Isolé » (31,5%) chez les usagers. De même pour le score élevé et la possible sensibilité du statut « partenaire non usager » (37,3%) chez les non usagers.

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

2.2.1.1. Définition

L'indicateur de demande de traitement (ou TDI)⁴² constitue l'un des 5 indicateurs-clés épidémiologiques mis en oeuvre par l'OEDT. Le cadre méthodologique, les concepts ainsi que les variables en lien avec cet indicateur sont 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.

Ce protocole a été « traduit » au niveau belge afin d'aboutir à des définitions et des instructions communes pour tous les systèmes de collecte de données belges et sera opérationnel en 2007.

Comme son nom l'indique, le but de cet indicateur est de donner une image du profil des consommateurs de drogues effectuant une nouvelle demande de traitement auprès des services de traitement au sens large au cours de l'année considérée.

Il est collecté depuis 1993 en Communauté française où plusieurs systèmes de collecte de données coexistent.

2.2.1.2. Le réseau de collecte de données

Eurotox, en tant que sous point focal du réseau réitox, a développé un système de collecte de données (CCAD/Eurotox) qui réunit les systèmes opérationnels suivants en Communauté française:

- la Coordination Drogues de Charleroi (depuis 1995),
- la fiche épidémiologique santé mentale en Région wallonne depuis janvier 2003 pour laquelle un greffon toxicomanie a été élaboré par Eurotox⁴³,
- la Coordination Toxicomanies de Bruxelles.

Afin d'obtenir une image la plus complète possible de la demande de traitement des usagers de drogues en Communauté française, l'asbl Eurotox développe et maintient une collaboration étroite et constante avec ces divers systèmes. Cette collaboration permet notamment la fusion des bases de données de la Coordination Drogue de Charleroi (collecte auprès des Sentinelles de Charleroi), des intervenants francophones de la Concertation Toxicomanie Bruxelles (collecte auprès des intervenants toxicomanie en Région bruxelloise) et les données des SSM spécialisés en toxicomanie avec la base de données CCAD/Eurotox.

⁴² Abréviation de "Treatment demand indicator".

⁴³ Avant la mise en œuvre officielle de la fiche santé mentale en 2003, les Services de santé mentale (SSM) en Région wallonne ont collecté des données épidémiologiques sur base volontaire et pendant de très nombreuses années. Les SSM à mission toxicomanie en particulier ont participé jusqu'en 2002 à la collecte sur le TDI via la fiche Eurotox.

Outre le transfert de données, d'autres actions ont découlé de cette collaboration « inter-systèmes ». Elles sont développées dans le chapitre cinq intitulé cadre et missions d'Eurotox.

2.2.1.3. Quelques notions pour comprendre le cadre de la collecte de données

Définitions :

- Cas :

Un cas est une personne qui débute un traitement auprès d'un dispositif de traitement pour un problème lié à son usage de drogues durant l'année civile.

En pratique, cette définition n'est pas la même d'un système à l'autre, voire d'un centre à l'autre. Lorsque des différences existent entre systèmes, des sélections sont opérées sur les données pour correspondre au plus près à la définition ci-dessus. C'est le cas pour la Coordination Drogues de Charleroi et sa collecte auprès des Sentinelles de Charleroi.

Au niveau des institutions, l'homogénéité des cas nécessite des instructions claires et univoques. Il s'agit donc principalement, pour l'institution, d'une bonne compréhension du contexte de collecte et d'enregistrement au niveau de la fiche et, pour Eurotox, d'un travail permanent de communication et d'évaluation du recueil auprès de ces institutions.

Remarque importante : les «cas» comprennent toutes les personnes ayant entamé un traitement au cours de l'année. Ce sont les «nouvelles demandes de traitement». Parmi ces cas, on trouve des personnes qui n'ont aucun antécédent thérapeutique. Ce sont les «premières demandes de traitement».

Cette notion est centrale dans les analyses présentées dans cette section.

- Traitement

On entend par traitement toute activité visant l'amélioration du statut psychique, médical et/ou social des usagers de drogues ayant des problèmes liés à leur consommation personnelle.

Cette définition comprend les activités de réduction des risques ainsi que les structures dont l'objectif premier est l'abstinence ou la désintoxication ou qui dispensent un avis, des conseils, un soutien.

La notion de traitement est donc considérée au sens large.

Note concernant les activités visant l'amélioration du statut social : les structures délivrant uniquement une aide sociale ne sont pas intégrées au recueil.

- Type de centres

Il s'agit de centres qui accueillent des consommateurs de substances psychoactives et qui proposent un traitement. Celui-ci doit être reconnu et financé par une autorité comme centre de traitement pour sa mission généraliste ou spécifique.

Les centres qui recueillent des données sur les usagers peuvent être des structures médicales ou non, publiques ou privées, relever d'un service spécialisé ou d'un service généraliste.

- Type d'assuétudes

Les assuétudes prises en compte concernent tant les drogues licites qu'illicites et comprennent donc l'alcool et les médicaments. Les assuétudes autres qu'à un produit (comportements tels que le jeu et le pari) ont également été prises en compte.

Variables :

Des informations liées au service (nom de l'institution, unité, suite prévue) permettent de situer le contexte de l'offre de traitement.

Concernant la demande de traitement, les données collectées couvrent les 5 volets suivants:

- les caractéristiques socio-démographiques de l'utilisateur de drogue: âge, sexe, nationalité, résidence, cohabitation, logement, niveau de scolarité, source principale de revenus.
- les antécédents judiciaires: affaires judiciaires, incarcérations
- 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...*)
- les antécédents thérapeutiques de l'utilisateur: traitement antérieur, origine de la demande
- les risques liés à la consommation et les maladies infectieuses en lien avec l'usage de drogues par injection: administration par injection, dépistage du HIV (+ date test), dépistage de l'hépatite (+ date test)

2.2.1.4. Présentation et analyse des résultats

- La mise en commun des données d'Eurotox, de la Coordination Drogue de Charleroi (dès 1999) et de la Concertation Toxicomanie Bruxelles (CTB, dès 2000) nous a permis pour la première fois d'appréhender le profil des usagers de drogues entrés en traitement *sur l'ensemble* de la Communauté française, et ce à partir de l'année 2000.
- Concernant les Sentinelles de Charleroi, une sélection a été opérée à partir de 1999 sur l'ensemble de leurs données pour ne retenir que les enregistrements répondant à la définition des cas TDI. Les analyses portant sur la totalité de leurs enregistrements peuvent être consultées dans les rapports ad hoc de la Coordination Drogue.
- Concernant la CTB, les données communiquées à partir de 2000 ne représentent pas toutes les données collectées par les intervenants francophones de la Région bruxelloise. En effet ne sont incluses dans cette analyse que les données disponibles actuellement à la CTB sous un format (informatique) unique de données. Les autres données existent cependant et ont été utilisées lors d'analyses antérieures à Bruxelles. Elles peuvent également être consultées dans les rapports ad hoc de la CTB.
- Les résultats présentés dans cette section suivent le canevas suivant:
 - Caractéristiques des nouvelles demandes de traitement en 2003 et en 2004
 - Caractéristiques des premières demandes de traitement de 1993 à 2004. Il est à noter que les données des intervenants bruxellois francophones (CTB) n'ont pas été incluses dans l'analyse des tendances des premières demandes jusqu'en 2002 suite à des problèmes techniques.
 - Comparaisons régionales des nouvelles demandes (uniquement pour les principales variables, soit nombre de cas enregistrés, de centres participants, âge, sexe, produit principal, comportement d'injection au cours de la vie).

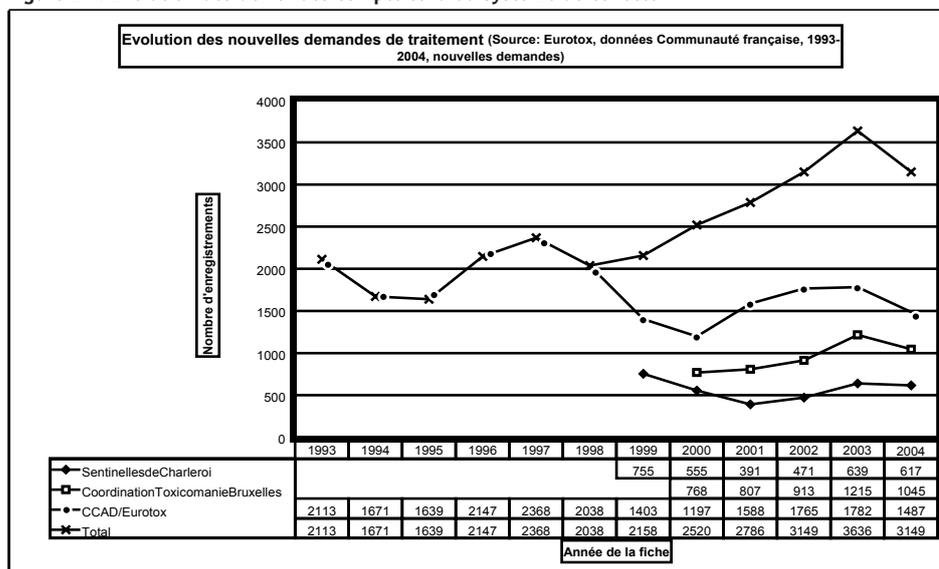
Il est à noter que pour les comparaisons régionales, les données utilisées pour Bruxelles concernant la période 1996 à 1999 proviennent du Rapport de la CTB (CTB, novembre 2000) présenté lors de la Journée Gestion Drogues 2000 (voir aussi commentaire sous la fig. n°14).

- *Limites des résultats:* on comprendra que ces remarques, et notamment les données non disponibles sous format unique ou les données non communiquées constituent les limites des résultats présentés. Par ailleurs, on ne connaît pas avec exactitude la couverture interne (nombre de « cas » enregistrés/ nombre de « cas » correspondant effectivement à la définition), qui peut varier notamment par manque de moyen des institutions. De même, l'estimation de la couverture externe (nombre d'institutions participant au recueil / nombre total d'institutions de prise en charge des usagers de drogues) indique que les différents secteurs (ambulatoire, réadaptation fonctionnelle, hospitalier) sont inégalement représentés (voir chapitre 5, section 3.2.3.)

2.2.1.4/a. Nombre de demandes sur lesquelles porte l'analyse

En 2003 et 2004, respectivement 3636 et 3149 demandes de traitement pour usage de drogues ont été enregistrées en Communauté française. Ceci porte le nombre de demandes de traitement enregistrées depuis 1993 jusqu'en 2004 à un total de 29374 demandes.

Figure 14 : Evolution des demandes compte tenu du système de collecte

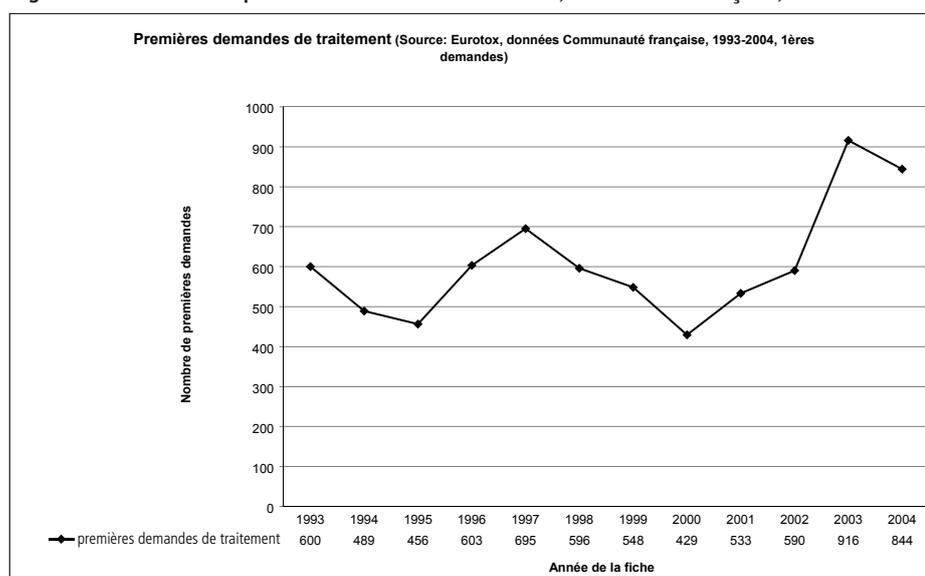


La mise en commun des données de la Coordination Drogue (Sentinelles de Charleroi) et de la CTB contribuent à l'augmentation du nombre de demandes pour la période 1999-2003. On peut toutefois observer une diminution du nombre d'enregistrements dans l'ensemble des systèmes en 2004 (figure 14).

Tendances dans le groupe des premières demandes :

Le nombre de premières demandes, c'est-à-dire de demandes émanant de personnes n'ayant aucun antécédent thérapeutique pour un problème de toxicomanie, fluctue autour de 600 cas par an jusqu'en 2002 puis montre un pic de plus de 916 demandes en 2003 (voir figure ci-dessous).

Figure 15 : Evolution des premières demandes de traitement, Communauté française, 1993-2004



Les tendances et comparaisons par province (nombre de cas TDI enregistrés et le nombre de centres participants à l'enregistrement TDI) figurent en annexes n° 7 et 8.

Note: La SSMG-Alto de la Région wallonne compte plusieurs médecins généralistes qui participent au recueil de données. Pour des raisons méthodologiques, celles-ci feront l'objet d'une analyse séparée et leurs caractéristiques seront présentées dans le point 2.2.1.4/g. La première raison est relative à la représentativité des données: les seules fiches reçues pour la province du Luxembourg sont celles de SSMG-Alto qui de plus sont peu nombreuses. La deuxième raison vise à éviter un biais supplémentaire: en effet, sur base d'une décision en interne, la SSMG-Alto complète essentiellement des demandes de traitement pour opiacés (Voir tableau 40). Enfin, les caractéristiques socio-démographiques spécifiques des usagers de drogues drainés par la place particulière du médecin généraliste seraient gommées dans l'ensemble des données.

2.2.1.4/b. Caractéristiques socio-démographiques de la population ayant fait une demande d'aide/de traitement

(On examinera successivement l'âge, le sexe, la nationalité, le niveau de scolarisation, la ressource principale, le mode de vie, les enfants, le lieu de vie, le produit principal, l'âge du premier usage du produit principal, le mode d'administration du produit principal, le traitement antérieur):

L'ÂGE

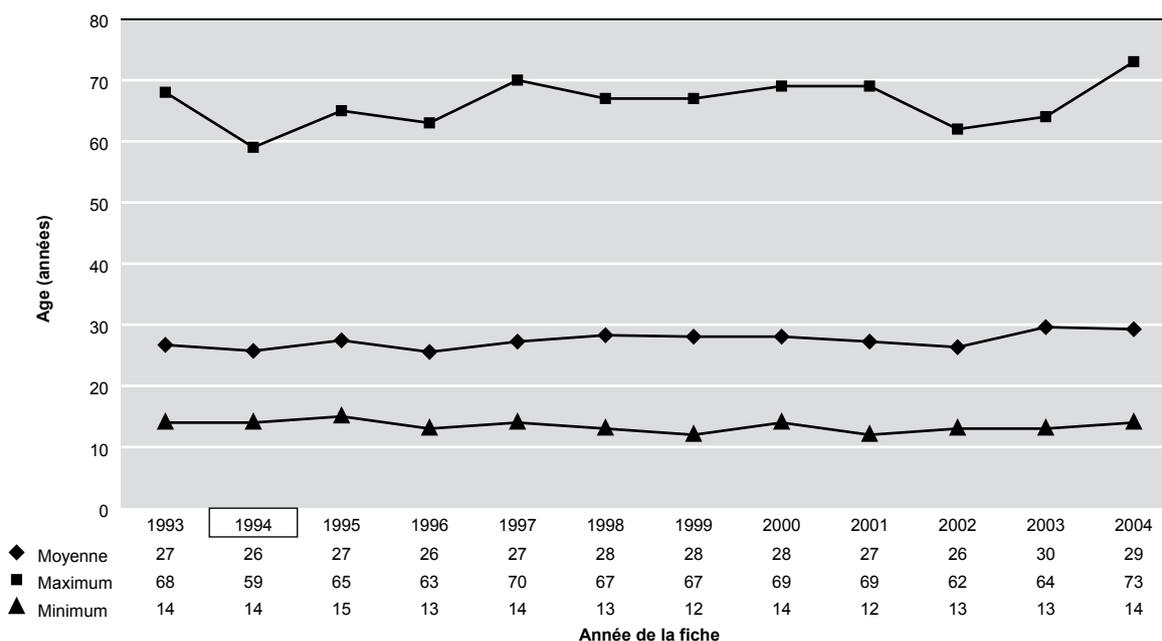
En 2003 et 2004, l'âge moyen calculé sur base des nouvelles demandes de traitement est de 31,5 ans.

Tendances dans le groupe des premières demandes :

Dans le groupe des premières demandes, les tendances pour l'âge moyen, le minimum et le maximum sont stables au cours du temps (voir fig. ci-dessous).

Figure 16: Evolution de la moyenne d'âge des premières demandes de traitement, Communauté française, 1993-2004

Evolution de la moyenne d'âge (Source: Eurotox, données Communauté française, 1993-2004, 1ères demandes)



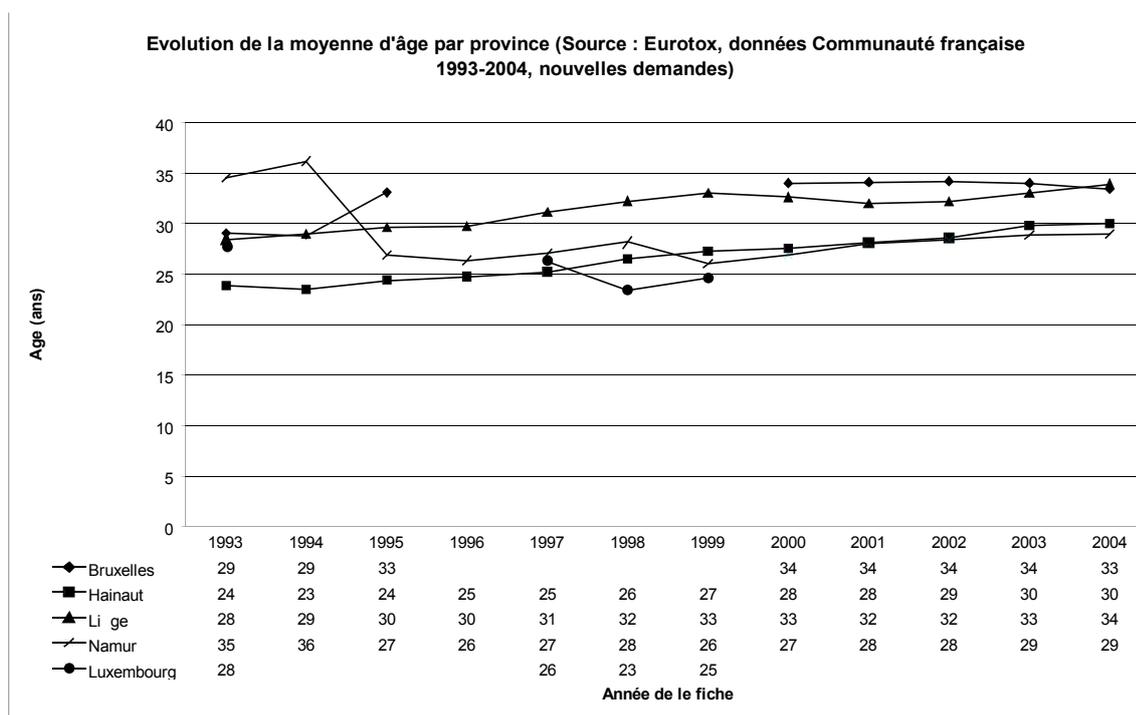
Tendances et comparaisons par Province/ Région :

La population qui entre en traitement a tendance à être légèrement plus âgée. Cette tendance est un peu plus marquée pour la province du Hainaut (voir fig. ci-dessous).

C'est en Région bruxelloise francophone et en Province de Liège que la moyenne d'âge est la plus élevée. C'est en Province de Namur que la moyenne d'âge est la plus basse. La Province du Luxembourg présentait entre 1997 et 1999 une moyenne d'âge un peu plus basse que celle de Namur.

NB : Concernant Bruxelles, non représentée sur le graphique entre 1996 et 1999, l'âge médian des hommes est respectivement de 29 ans, 30 ans, 31 ans, 31 ans. Celui des femmes, pour la même période, est de 28 ans, 29 ans, 29 ans, 30 ans).

Figure 17 : Evolution de la moyenne d'âge des UD par province, Communauté française, 1993-2004



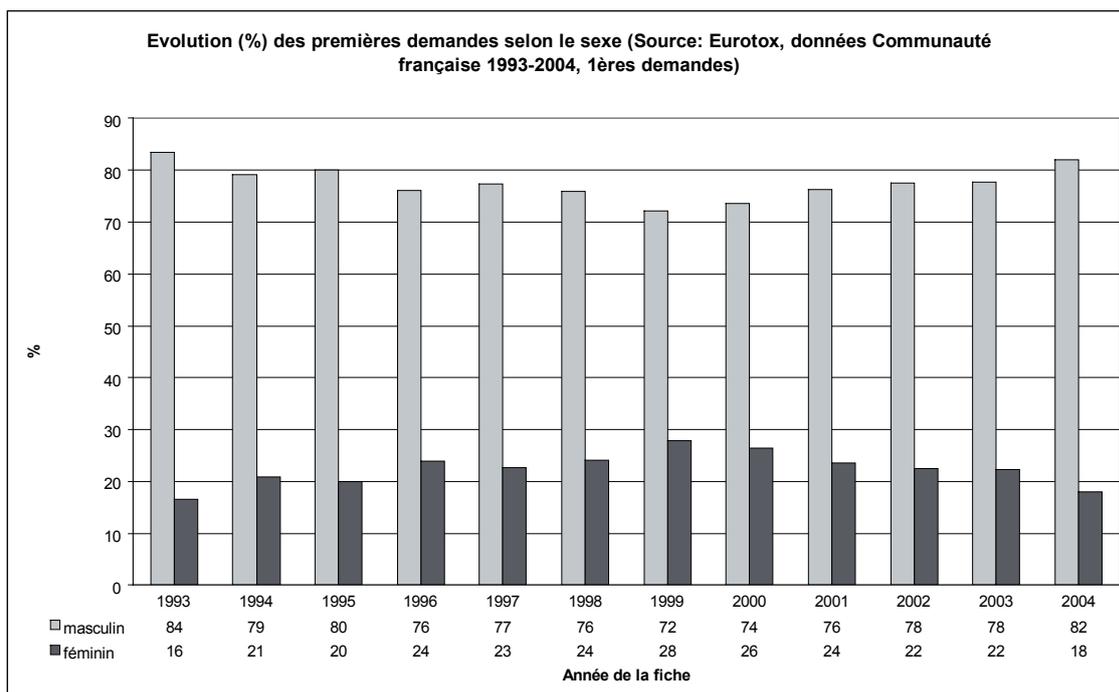
LE SEXE

En 2003 et en 2004, 76% des demandeurs sont des hommes et 24 % des femmes.

Tendances dans le groupe des premières demandes :

On constate dans ce groupe une diminution du public féminin auprès des services d'aide.

Figure 18 : Répartition (%) des premières demandes selon le sexe – Evolution de 1993 à 2004



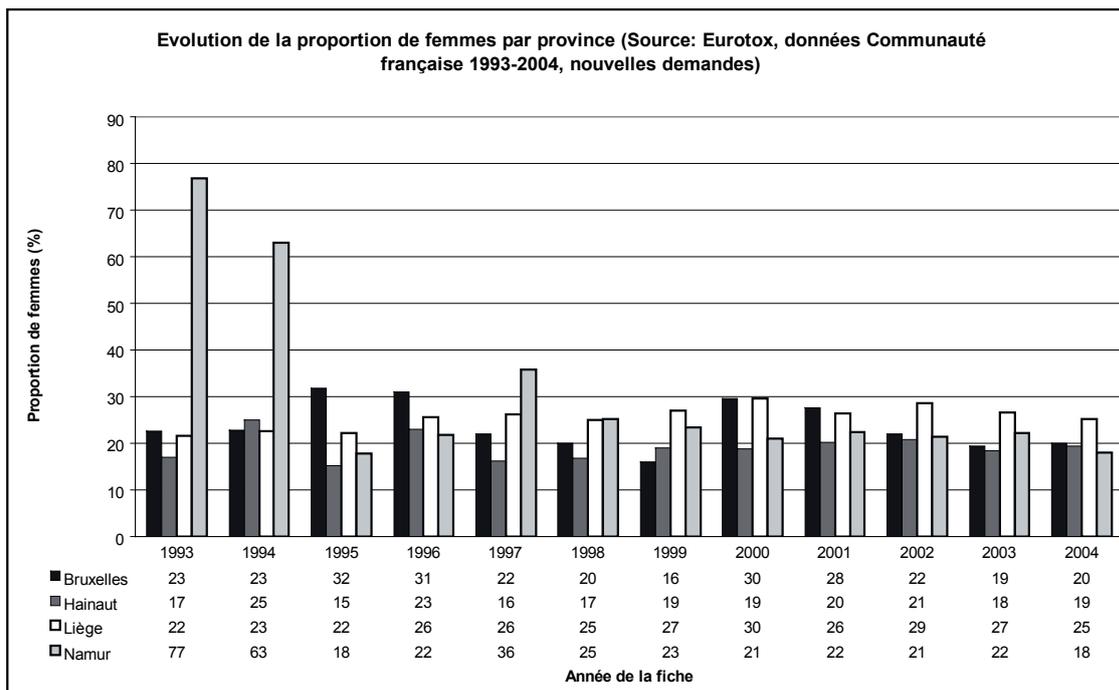
Tendances et comparaisons par province :

En Région wallonne, c'est la Province de Liège qui rencontre le plus de demandes de traitement issues du public féminin et ce, depuis 2000.

C'est dans la province de Namur que cette proportion est la plus faible.

Le taux élevé de femmes en traitement en Province de Namur au début du monitoring est lié au type de structures participant au recueil à l'époque (unités pour femmes principalement). La Province du Luxembourg présentait entre 1997 et 1999, des taux de demandes « féminines » plus élevés que les autres Provinces/ Régions respectivement 29, 42 et 54 % des cas pour les 3 années considérées).

Figure 19 : Evolution de la proportion de femmes par province, Communauté française 1993-2004



LA NATIONALITÉ

En 2003 et en 2004, plus de 7/10 usagers de drogues ayant fait une demande de traitement sont belges. Le restant se partage entre les usagers non belges de l'Union Européenne (UE) et les usagers hors UE avec une légère prédominance de ce dernier groupe.

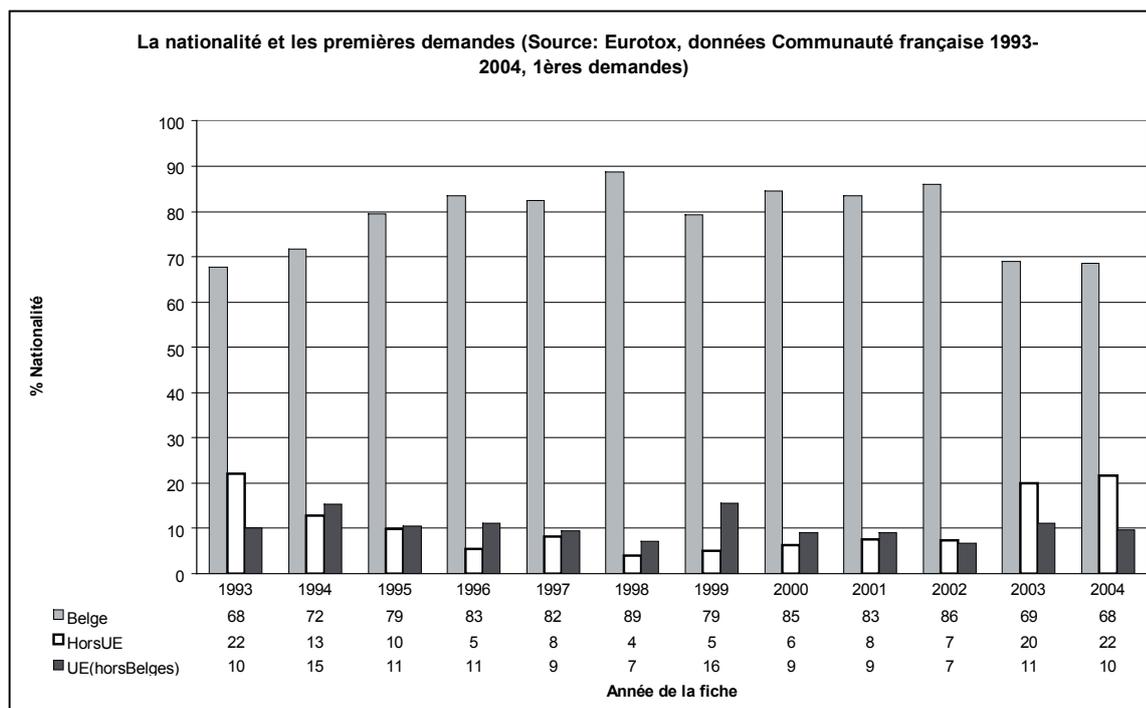
Tableau 31 : Nationalité des usagers de drogues ayant fait une demande de traitement en 2003 et en 2004, nouvelles demandes

Nationalité (%)	2003 (n=3355)	2004 (n=2896)
Belge	71,7%	72,8%
UE	13,5%	12,5%
Hors UE	14,9%	14,7%
Total	100	100
<i>Données manquantes</i>	<i>n= 225 (6,3%)</i>	<i>n= 228 (7,3%)</i>

Tendances dans le groupe des premières demandes :

La proportion d'usagers de drogues d'une nationalité hors Union Européenne va croissant en 2003-2004 (voir fig. ci-dessous).

Figure 20 : Répartition des premières demandes en fonction de la nationalité- Communauté française, évolution de 1993 à 2004



LE NIVEAU DE SCOLARISATION

En 2003 et en 2004, environ 1 usager de drogues sur 3 ne possède aucun diplôme ou a terminé uniquement le niveau primaire. Près de 6 usagers sur 10 ont achevé le cycle d'études secondaires. 1 usager sur 10 possède un diplôme de niveau supérieur ou universitaire.

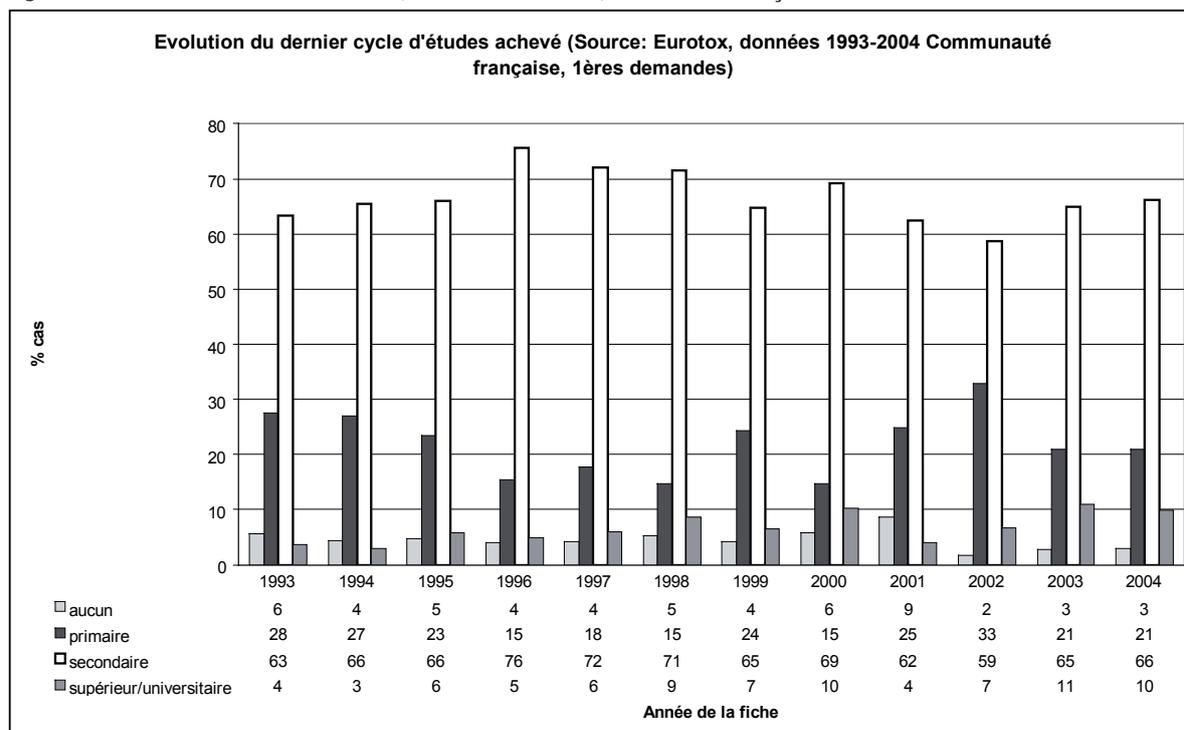
Tableau 32 : Répartition des cas en fonction du niveau de scolarisation – Communauté française, 2003-2004, nouvelles demandes

dernier diplôme obtenu (%)	2003	2004
	(n= 2509)	(n=2155)
aucun	4,3	3,4
primaire	28,2	27,7
secondaire	57,7	58,1
supérieur/ universitaire	9,1	10,3
autre	0,7	0,6
Total	100	100
<i>Données manquantes</i>	<i>n= 1071 (29,9%)</i>	<i>n= 969 (31,0%)</i>

NB: cette donnée n'est pas collectée par l'un des outils de recueil (soit 595 cas pour 2003 et 572 cas pour 2004)

Tendances dans le groupe des premières demandes :

Figure 21 : Evolution du niveau de scolarité, Premières demandes, Communauté française 1993-2004



On observe des fluctuations dans les proportions du niveau scolaire obtenu chez les usagers en demande de premier traitement. Entre 20% et 35% des usagers n'ont aucun diplôme ou uniquement un diplôme d'enseignement primaire.

On observe qu'en 2003-2004 (voir figure ci-dessous). La proportion des usagers ayant achevé le cycle primaire diminue au bénéfice des études secondaires et supérieures.

LA RESSOURCE PRINCIPALE

En 2003 et en 2004, environ 1/3 des usagers bénéficient d'un revenu de remplacement (CPAS, mutuelle, invalidité). Près d'1 usager sur 4 relève du chômage et moins d'1 usager sur 5 est autonome. La même proportion (1/5) vaut pour la dépendance financière à l'entourage (famille, partenaire).

Tableau 33 : Répartition des cas en fonction de la source principale de revenus

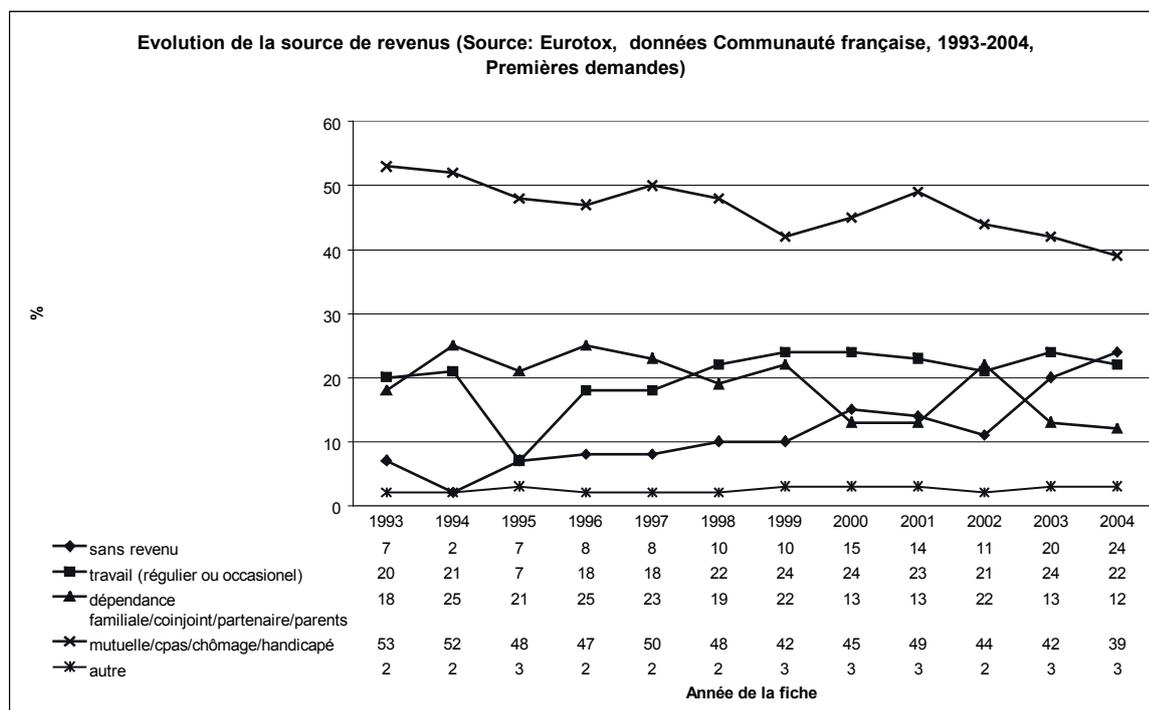
Ressources principales (légal) (%)	2003	2004
	(n =3251)	(n =2776)
Autonomie	17,6	16,6
Dépendance famille/autre	20,6	21,4
Chômage	24,9	27,7
CPAS/mutuelle/invalidité	34,9	32,3
Autre	2,0	2,1
Total	100	100
Données manquantes	n= 329 (9,2%)	n= 348 (11,1%)

(Source: Eurotox, données Communauté française, 2003-2004, nouvelles demandes)

Tendances dans le groupe des premières demandes :

La proportion de personnes vivant avec des revenus de remplacement (mutuelle/cpas) et l'allocation de chômage diminue mais ceux-ci constituent toujours la part la plus importante (39% en 2004) de «revenus» dans les premières demandes de traitement. Inversement, la proportion des personnes qui déclarent ne pas avoir de revenus (légaux) sont en augmentation (près d'1/4 en 2004). Ce qui pourrait traduire une précarisation des personnes qui formulent une demande de traitement.

Figure 22 : Evolution de la source de revenus, Premières demandes, Communauté française, 1993-2004



Inconnues:5,8%

LE MODE DE VIE

En 2003, plus d'un usager de drogues sur 3 usagers ayant débuté un traitement vit seul, moins d'un usager sur 4 vit avec un(e) partenaire, moins d'un usager sur 4 vit avec un (des) parent(s)/ de la famille (voir tabl. ci-après). En 2004, la situation est assez comparable à celle de 2003.

Tableau 34 : Répartition des cas en fonction du mode de vie, Communauté française, 2003-2004, nouvelles demandes

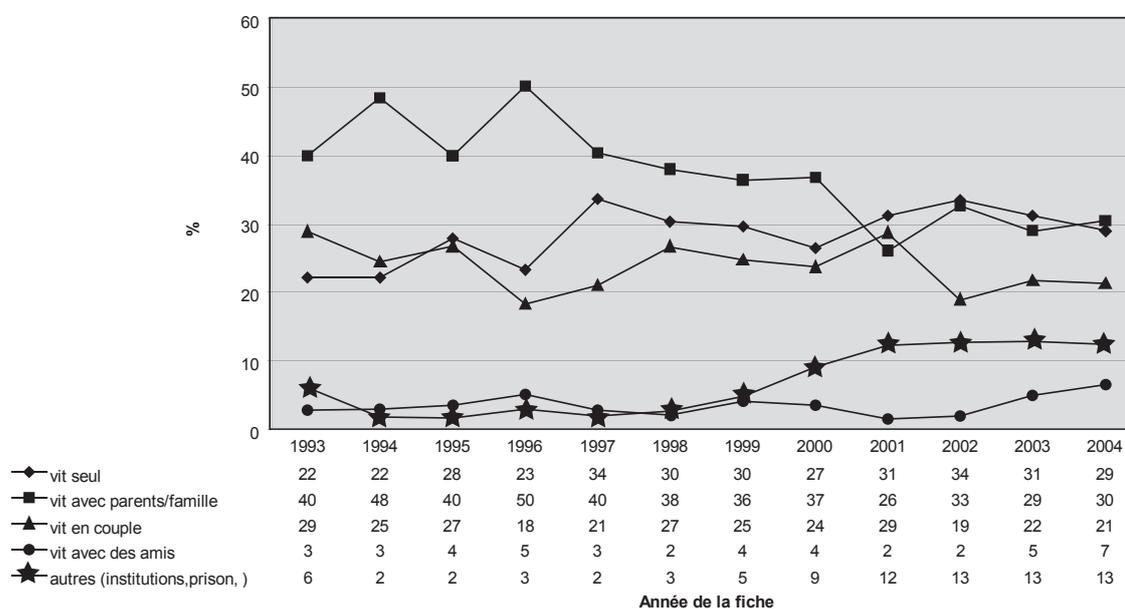
Mode de vie (%)	2003	2004
	(n = 3254)	(n = 2848)
seul	35%	35%
avec parent(s)/famille	21%	22%
avec partenaire	23%	22%
avec des amis	5%	5%
en institution	7%	6%
autre	9%	9%
Total	100%	100%
<i>Données manquantes</i>	<i>n = 326 (9,1%)</i>	<i>n = 276 (8,8%)</i>

Tendances dans le groupe des premières demandes :

On observe dans ce groupe une augmentation de la proportion d'UD vivant avec des amis et, parallèlement, une diminution de la proportion d'UD vivant avec des parents ou en famille (voir fig. ci-dessous). La catégorie 'Autre' est également en augmentation : elle couvre notamment les UD vivant en institution ou en prison.

Figure 23 : Evolution du mode de vie, Premières demandes, Communauté française, 1993-2004

Evolution du mode de vie (Source: eurotox, données Communauté française, 1993-2004, 1ères demandes)



LES ENFANTS

1 usager sur 6 ayant débuté un traitement vit avec des enfants (voir tabl. ci-dessous).

Remarque: cette information n'est pas collectée à Bruxelles. La définition diffère également entre les sentinelles de Charleroi et le CCAD/Eurotox (non homogène d'un système à l'autre).

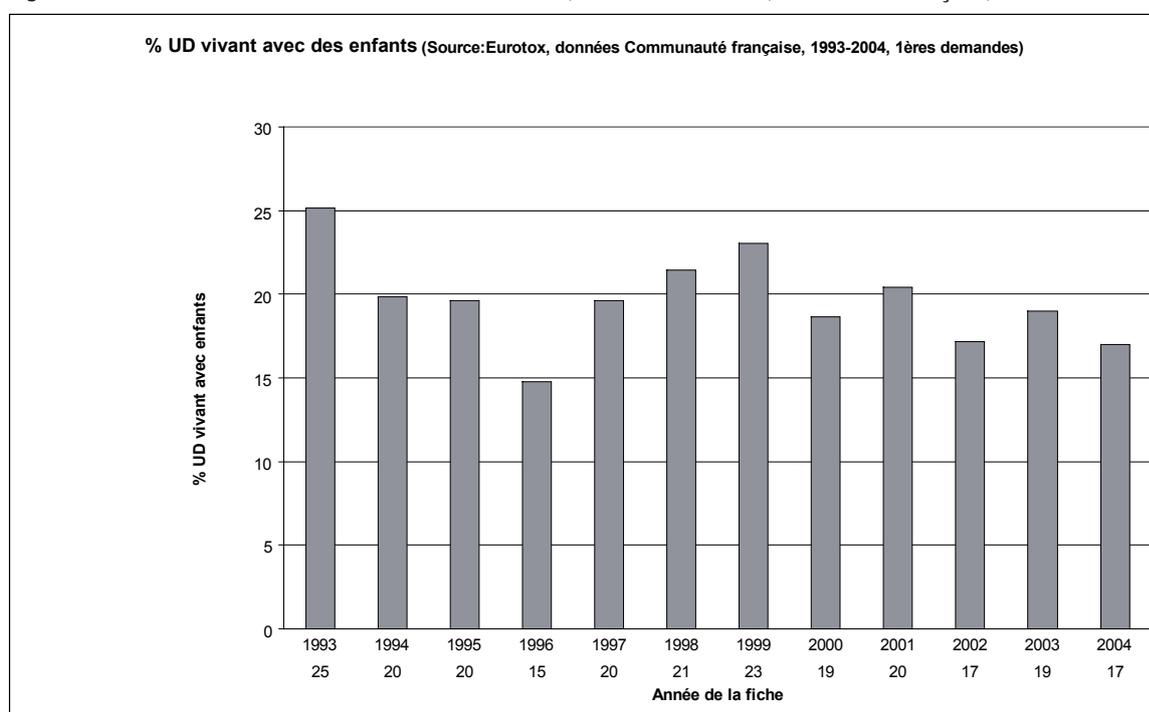
Tableau 35 : Proportion d'UD vivant avec des enfants, Communauté française, 2003-2004, nouvelles demandes

Vit avec des enfants (%)	2003	2004
	(n = 1746)	(n = 1559)
oui	17%	16%
non	83%	84%
Total	100%	100%
<i>Données manquantes</i>	<i>n= 461 (20,9%)</i>	<i>n= 352 (18,4%)</i>

Tendances dans le groupe des premières demandes :

Ce rapport est le même dans le groupe des premières demandes. Cette tendance fluctue entre 15 et 20% de 1994 à 2004 (voir fig. ci-dessous).

Figure 24 : Evolution du nombre d'UD vivant avec des enfants, Premières demandes, Communauté française, 1993-2004



LE LIEU DE VIE

En 2003 et 2004, 3 usagers de drogues sur 10 (voir tabl. ci-dessous) sont sans logement ou logés en prison/institution.

Tableau 36 : Répartition des cas en fonction du lieu de vie, Communauté française, 2003-2004

Lieu de vie (%)	2003(n =2640)	2004(n =2265)
Avec logement (propre, famille, amis)	75%	71%
sans logis	13%	12%
en prison	6%	12%
en institution	6%	5%
Autre	1%	1%

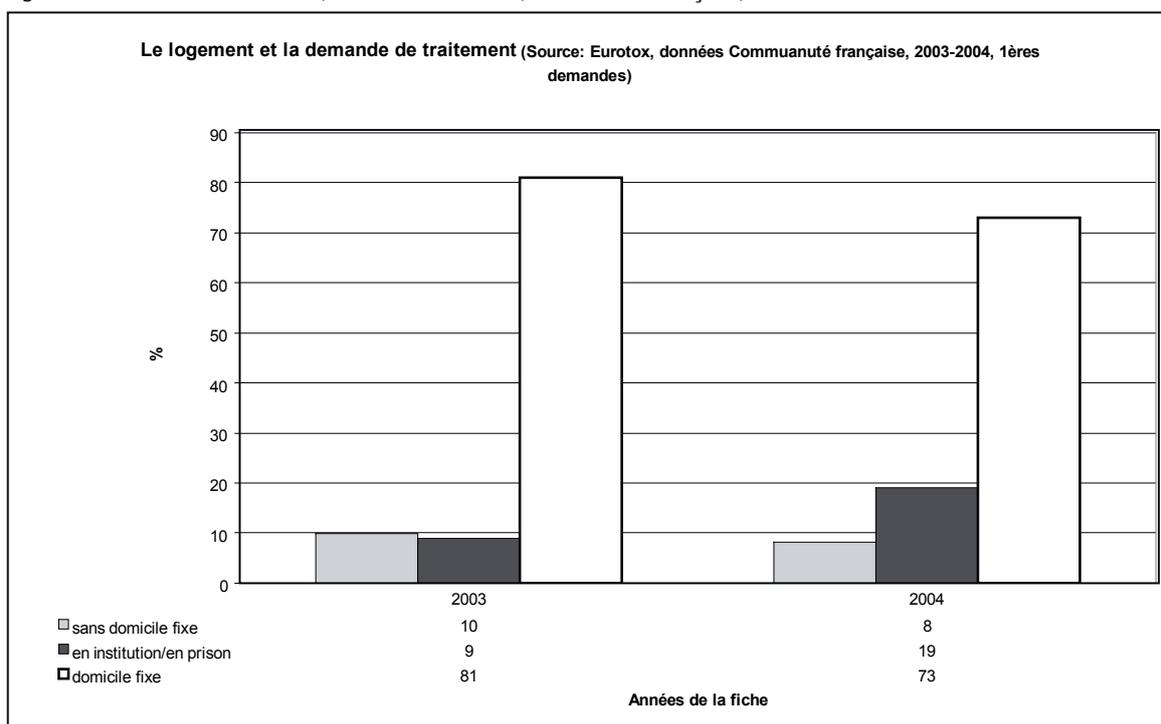
Rem.:fiches CTB et Eurotox uniquement

Tendances dans le groupe des premières demandes

De manière globale, on observe que moins de 5 % des premières demandes émanent d'usagers de drogues sans logis et que plus ou moins 10 % des premières demandes émanent d'usagers en prison (voir fig. ci-dessous).

Les tendances dans les premières demandes sont cependant assez fluctuantes et doivent être interprétées avec prudence, le taux de non-réponse étant assez élevé pour cet item. Par ailleurs, il est à noter que la proportion d'usagers de drogues vivant en prison est également un reflet de la prise en charge de ce type de patient par les institutions spécialisées en toxicomanie. En effet, l'indicateur de demande de traitement permet, outre le profil de la population d'UD en traitement, d'avoir des informations sur l'offre de traitement.

Figure 25: Evolution du lieu de vie, Premières demandes, Communauté française, 2003-2004

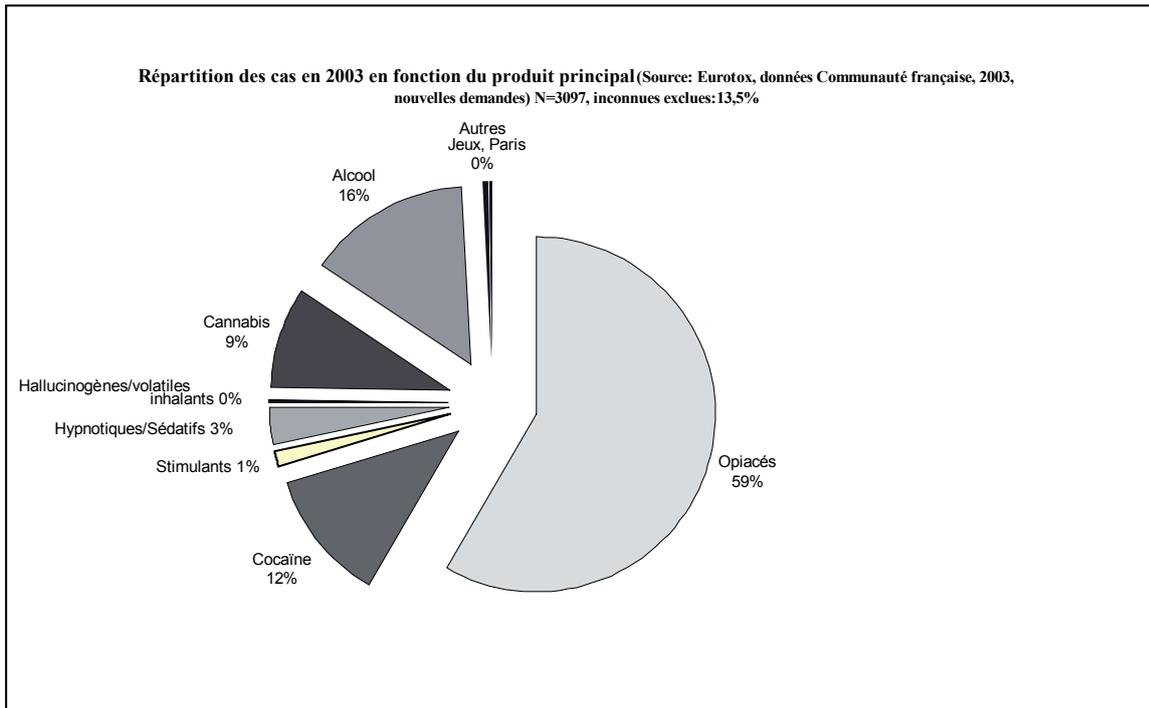


2.2.1.4/c. Modèles de consommation de la population ayant fait une demande d'aide / de traitement :

LE PRODUIT PRINCIPAL

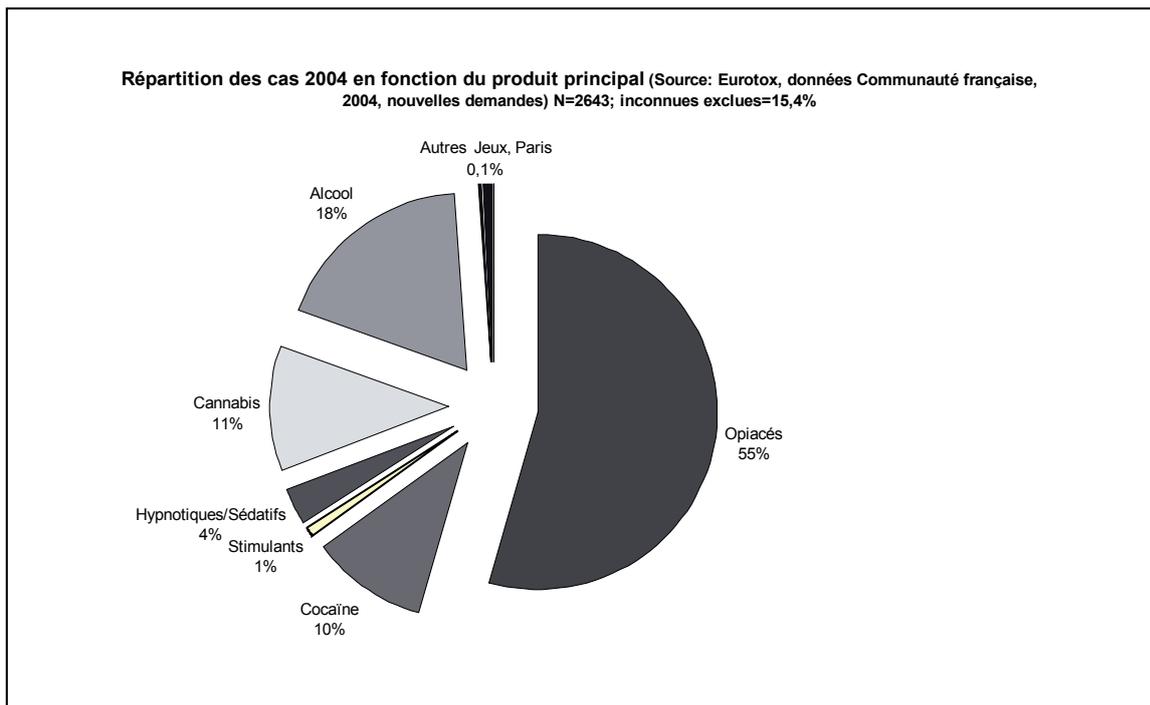
En 2003, les opiacés restent le produit à l'origine de plus de la moitié des demandes de traitement auprès des institutions (voir fig. ci-dessous). L'alcool, la cocaïne et le cannabis viennent ensuite dans cet ordre et représentent ensemble plus du tiers des demandes de traitement auprès des institutions. Les stimulants ainsi que les hypnotiques et sédatifs forment avec les volatiles inhalants et les autres produits/assuétudes les 4% restants.

Figure 26 : Répartition des cas en fonction du produit principal, Communauté française, 2003



En 2004, les opiacés concernent toujours environ la moitié des demandes de traitement même s'ils « cèdent » du terrain à l'alcool et au cannabis, tous deux en hausse (voir fig. ci-dessous). Une progression particulière des cas d'alcool et de cocaïne est à souligner. Les hypnotiques et sédatifs ainsi que les stimulants et autres produits/ assuétudes représentent 5% des demandes restantes. Il est à noter que les jeux/paris apparaissent pour la première fois en tant que dépendance principale à l'origine de la demande de traitement. Les demandes de traitement pour les hallucinogènes, les volatiles inhalants et les jeux/paris restent marginales (moins de 1 %).

Figure 27 : Répartition des cas en fonction du produit principal, Communauté française, 2004



Tendances dans le groupe des premières demandes :

Les tendances par produit sont présentées dans les deux graphiques ci-dessous. Pour plus de visibilité, les familles de produit ont été scindées en deux graphiques qui correspondent d'une part à l'évolution des produits les plus en cause dans les demandes de traitement (fig. n° 29) et d'autre part à l'évolution des produits pour lesquels la demande de traitement est globalement plutôt marginale (fig. n° 30).

Le premier graphique (fig. n° 28) montre l'évolution depuis 1993 des premières demandes de traitement concernant les 5 familles suivantes: opiacés, alcool, cannabis, cocaïne et stimulants (XTC et amphétamines). On observe une diminution constante et importante des demandes de traitement liées aux opiacés (lesquelles, de 3/4 des demandes en 1993 n'en constituent plus qu'un tiers en 2000) jusqu'en 2000 puis une tendance à une légère augmentation jusqu'en 2004.

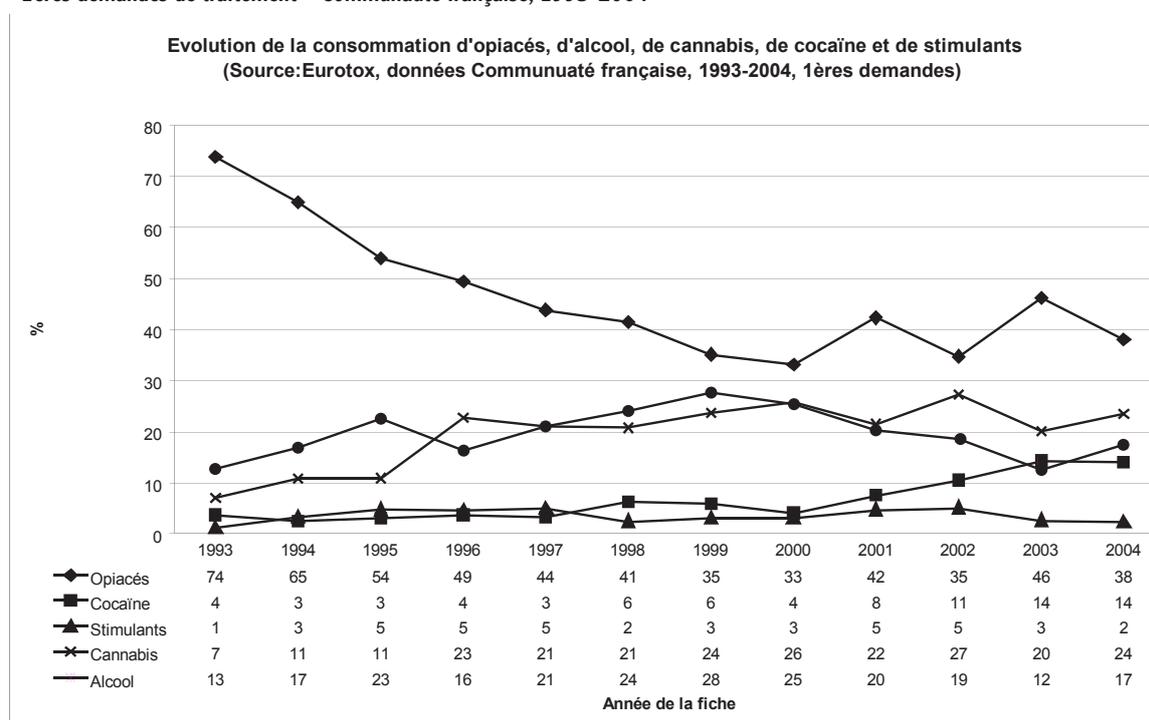
Les demandes d'opiacés sont au cours du temps remplacées clairement par des demandes de traitement liées à :

- un problème de cannabis: celui-ci représente presque 1 demande sur 4 premières demandes de traitement en 2004, multipliant par 3 le nombre de demandes pour ce produit depuis 1995;
- un problème de cocaïne: celle-ci représente une demande de traitement sur 7 premières demandes de traitement en 2004, multipliant également par 3 le nombre de demandes pour ce produit depuis 1995.

Les demandes de traitement pour ces deux derniers produits (cannabis et cocaïne) ne cessent d'augmenter au cours du temps.

Les demandes de traitement liées aux amphétamines et à l'ecstasy (XTC) restent stables au cours du temps et ne dépassent pas 5% des demandes de traitement.

Figure 28 : Evolution de la consommation d'opiacés, d'alcool, de cannabis, de cocaïne et de stimulants – 1ères demandes de traitement – Communauté française, 1993-2004

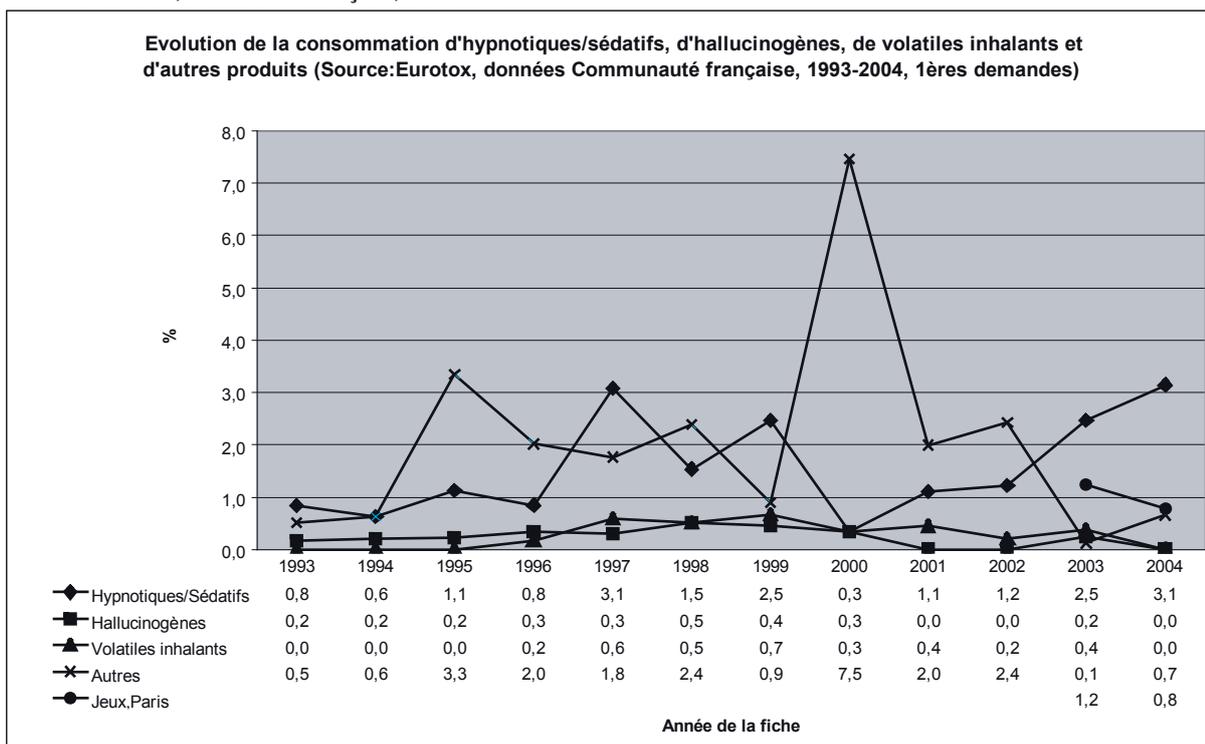


Le second graphique (fig. n° 19) montre l'évolution depuis 1993 des premières demandes de traitement concernant les 4 familles suivantes: hypnotiques/ sédatifs, hallucinogènes, volatiles inhalants, autres produits (e. a. médicaments, tabac) et jeux/paris. Il est à noter que jusqu'en 2002, les jeux et les paris étaient indiqués comme «autres produits».

Les demandes de traitement liées à un problème de consommation de volatiles inhalants ou

d'hallucinogènes restent marginales au cours du temps (moins de 1% des demandes).
 Les demandes de traitement liées à un problème de consommation d'hypnotiques/sédatifs semblent en progression depuis 2000. Cette tendance devra être confirmée en 2005.
 Les demandes de traitement liées aux jeux et aux paris représentent environ 1% des premières demandes en 2003 et en 2004.
 Les demandes de traitement liées à des produits (ou des assuétudes) « autres » restent également faibles (2% des demandes en moyenne, excepté en 2000, le pic de 7,5%).

Figure 29 : Evolution de la consommation d'hypnotiques/sédatifs, d'hallucinogènes, de volatiles inhalants et d'autres produits – 1ères demandes, Communauté française, 1993-2004



Tendances et comparaisons par province :

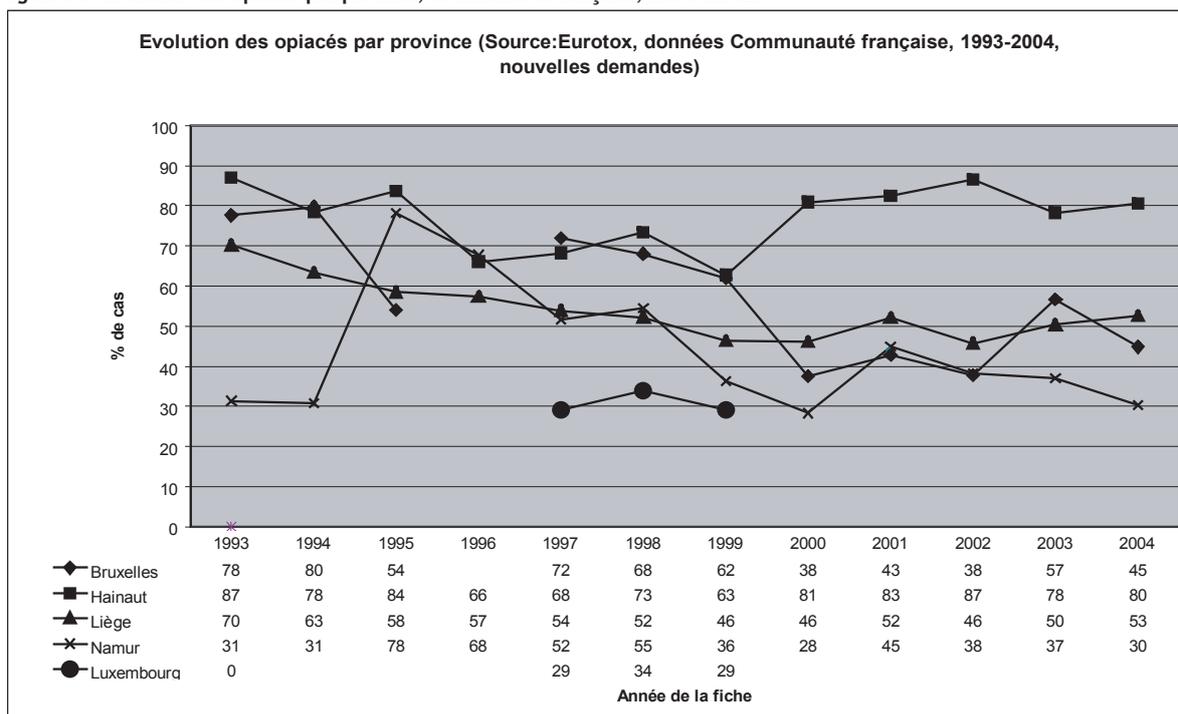
Des tendances régionales sont présentées pour les principaux produits entraînant des demandes de traitement, à savoir les opiacés, le cannabis, l'alcool, la cocaïne et, dans une moindre mesure, les stimulants de type amphétamines/ecstasy (XTC).

❖ Les Opiacés

Comme on peut le voir sur le graphique ci-dessous, les opiacés connaissent une diminution plus ou moins marquée selon les Provinces/ Régions entre 1993 et 1999. A partir de 2000, ce mouvement se stabilise, voire repart à la hausse. Excepté pour la province de Namur où les demandes de traitement pour les opiacés continuent à diminuer.

C'est dans la Province du Hainaut que les consommateurs d'opiacés sont relativement les plus nombreux.

Figure 30 : Evolution des opiacés par province, Communauté française, 1993-2002

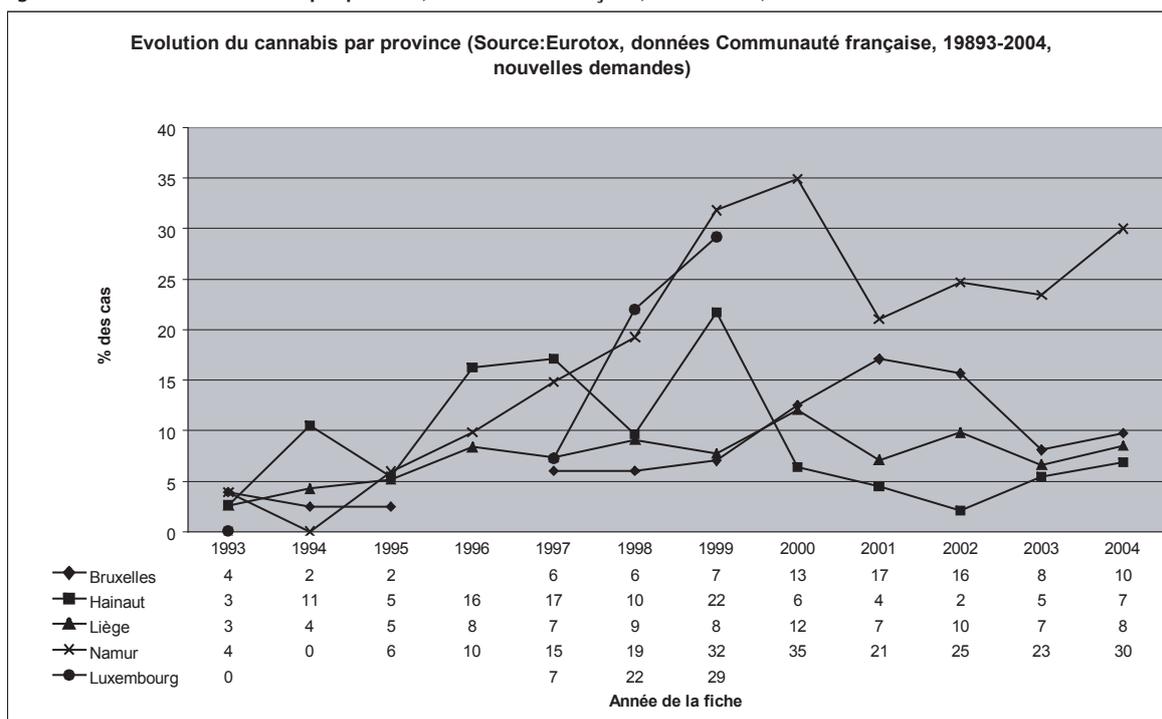


❖ Le Cannabis

C'est en Province de Namur que la progression de demandes de traitement pour cannabis est la plus importante (voir fig. ci-dessous). Par contre, la Province du Hainaut connaît une diminution de ces demandes après 1999.

De leur côté, la Province de Liège montre une petite progression des demandes de traitement liées à ce produit de même que la région de Bruxelles francophone où la demande de traitement pour le cannabis a progressé de 6% entre 1993 et 2004. La Province du Luxembourg présente entre 1997 et 1999 des taux assez proches de ceux de la Province de Namur pour la même période.

Figure 31 : Evolution du cannabis par province, Communauté française, 1993-2004, nouvelles demandes

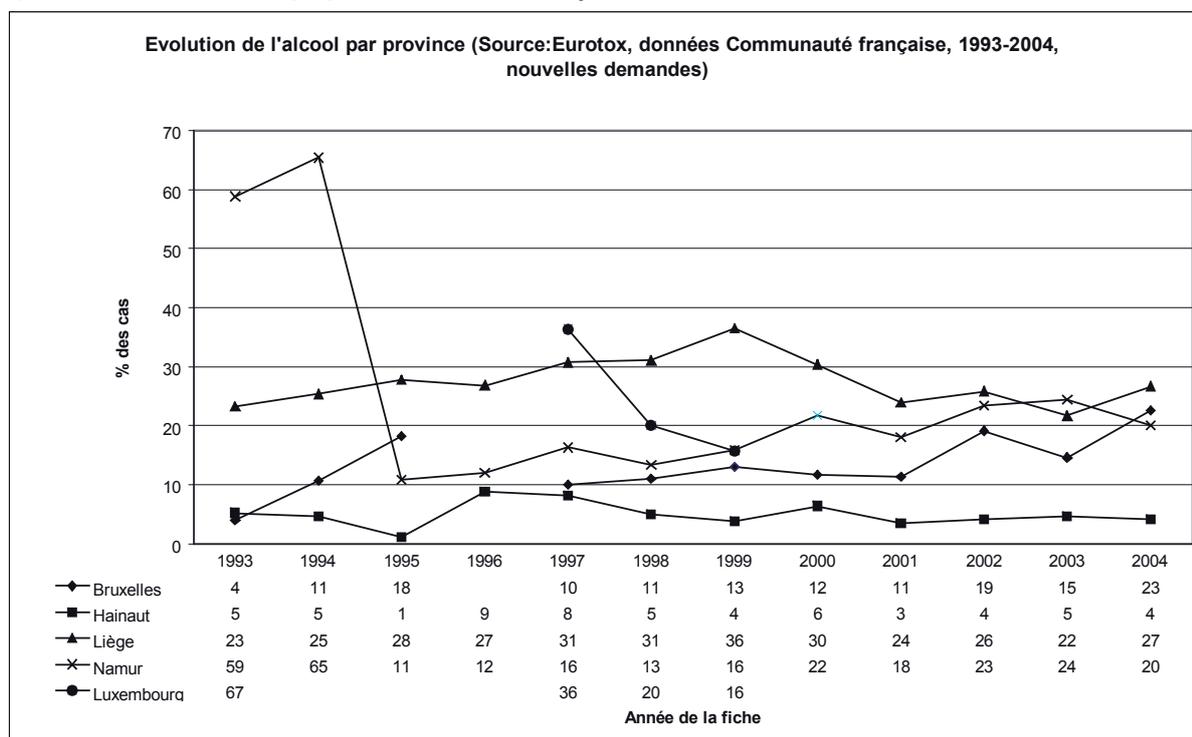


❖ L'Alcool

En Communauté française, les demandes de traitement liées à l'alcool sont en hausse dans les Provinces de Namur et à Bruxelles (voir fig. ci-dessous). Liège présente le taux de demandes le plus important de 1995 jusqu'à nos jours. La Province de Hainaut présente les taux les plus bas. Il est à noter toutefois que l'alcool ne constitue pas un 'produit principal' pour les Sentinelles de Charleroi: en effet, il n'est enregistré que dans la mesure où une consommation d'une drogue illicite a lieu (la consommation d'alcool est alors une consommation « annexe »). La Province du Luxembourg présente entre 1997 et 1999 des taux de problèmes d'alcool qui dépassent puis se situent entre ceux des Provinces de Namur et de Liège.

La Région bruxelloise francophone présente une proportion de demandes liées à l'alcool qui atteint 23% en 2004.

Figure 32: Evolution de l'alcool par province, Communauté française, 1993-2004, nouvelles demandes



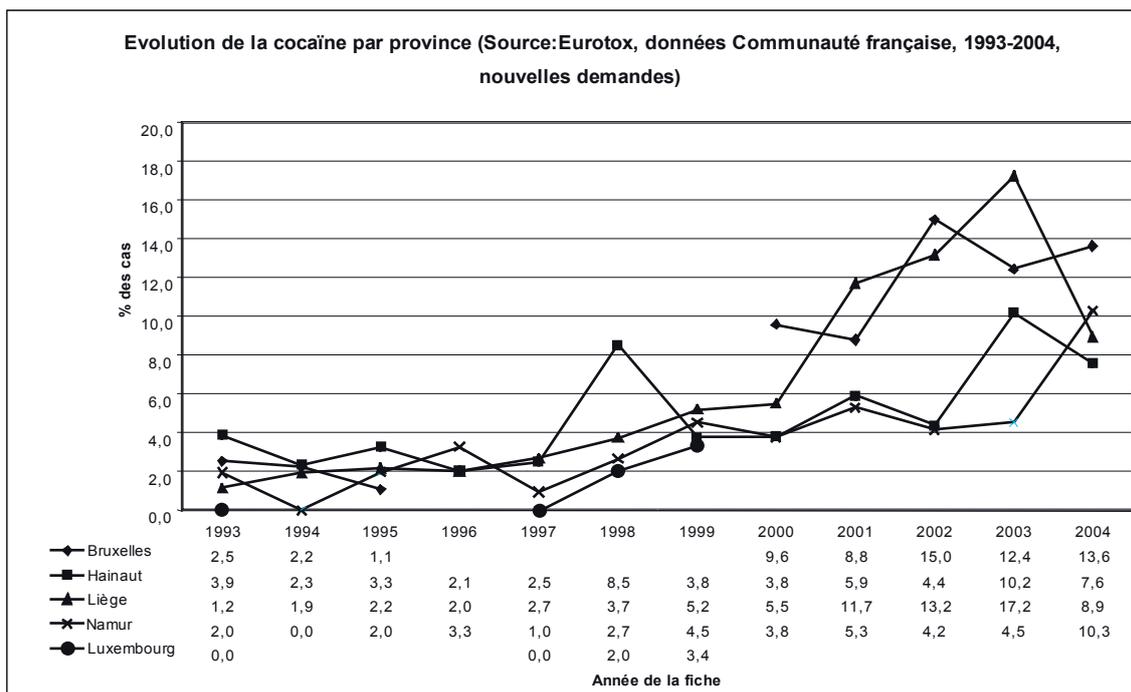
❖ La Cocaïne

La progression des demandes concernant la cocaïne est importante et généralisée à l'ensemble des Provinces/ Région. En 2004, c'est la Région de Bruxelles francophone qui présente le taux le plus élevé de demandes de traitement pour la cocaïne avec 13,6%. La province de Liège, qui montrait une progression similaire à Bruxelles jusqu'en 2003, présente une diminution de plus de 8% de demande de traitement pour la cocaïne en 2004.

De même pour la province du Hainaut qui connaît une diminution de 2,6% de 2003 à 2004.

Note pour Bruxelles: il n'existe pas de données spécifiques pour la cocaïne dans le Rapport CTB, Drogues 2000. Ceci explique qu'aucune donnée sur Bruxelles n'est mentionnée entre 1996 et 1999 dans le graphique ci-dessous.

Figure 33 : Evolution de la cocaïne par province, Communauté française, 1993-2004, nouvelles demandes

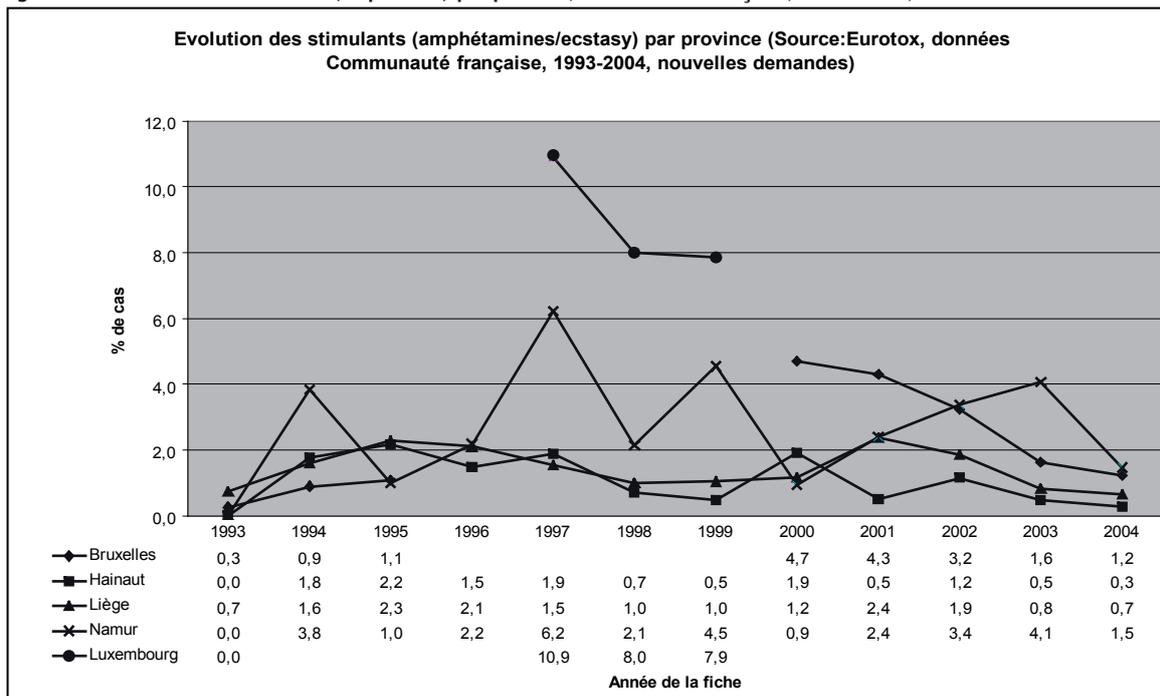


❖ Les stimulants de type amphétamines/ecstasy (XTC)

Les demandes de traitement restent marginales pour ce type de substances. Les tendances sont fluctuantes mais restent en dessous de 5% excepté pour la période 1997-1999 où la province de Namur et du Luxembourg présentaient des proportions plus élevées. Depuis 2001, la tendance générale est à la baisse dans l'ensemble des provinces avec des valeurs qui vont en 2004 de 1,5% pour la province de Namur en 2004 et de 0,3% pour la province du Hainaut.

Note pour Bruxelles: il n'existe pas de données spécifiques pour les amphétamines et XTC dans le Rapport CTB, Drogues 2000. Ceci explique qu'aucune donnée sur Bruxelles n'est mentionnée entre 1996 et 1999 dans le graphique ci-dessous.

Figure 34 : Evolution des stimulants (amph./XTC) par province, Communauté française, 1993-2004, nouvelles demandes

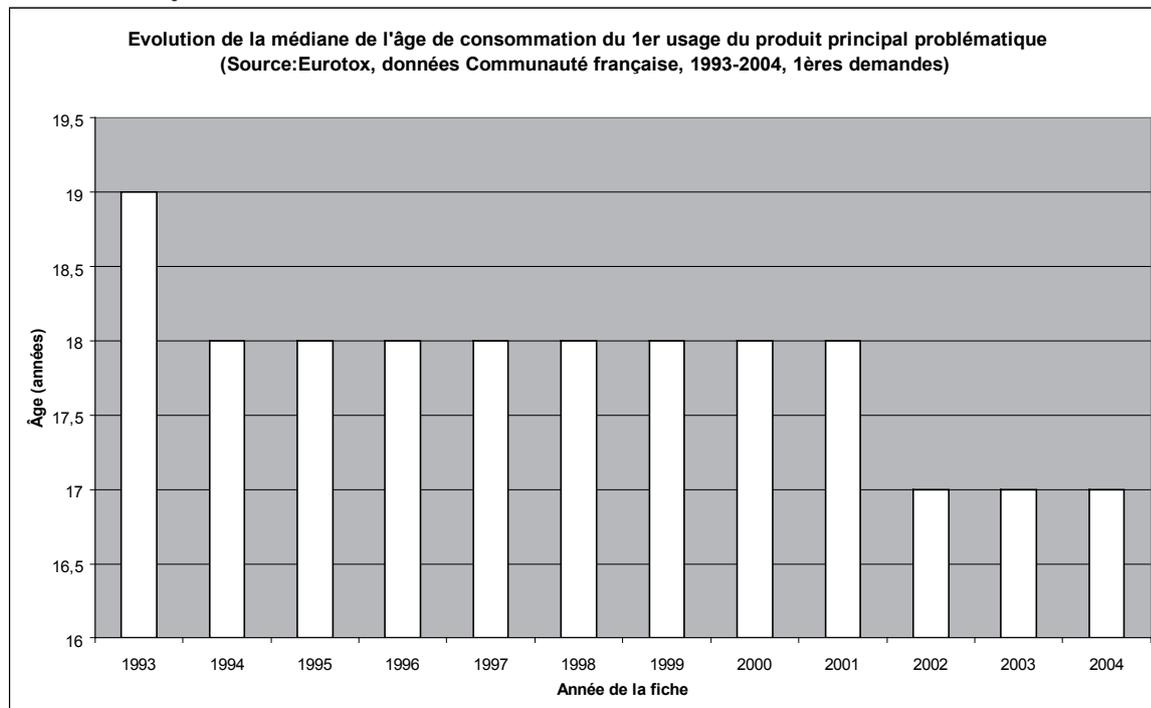


L'ÂGE DU PREMIER USAGE DE LA DROGUE PRINCIPALE

Tendances dans le groupe des premières demandes :

L'âge médian du premier usage du produit principal a baissé de 2 années sur une période de 10 ans. En 1993, il était de 19 ans, pour 17 ans de 2002 à 2004.

Figure 35 : Evolution de la médiane de l'âge pour le premier usage du produit principal, 1ères demandes, Communauté française, 1993-2004



LE MODE D'ADMINISTRATION DU PRODUIT PRINCIPAL

Il est à noter que cette information n'est pas disponible pour Bruxelles et Charleroi. Dès lors, les données représentent uniquement la Région wallonne sans la province du Hainaut.

En 2003 et en 2004, le produit principal est fumé/inhalé par 6 usagers sur 10 (voir les deux fig. ci-dessous). Le produit principal est consommé par voie orale par plus d'1/4 des usagers en 2003 et diminue à un peu plus d'1/5 des usagers en 2004. Le produit principal est consommé en injection par voie intraveineuse (IV) par un peu plus d'un usager sur 10 (2003) et atteint près d'un usager sur sept en 2004. Le mode sniffer double en 2004. Il concerne 2 usagers sur 10 en 2003 et 4 usagers sur 10 en 2004.

Figure 36 : Mode de consommation du produit principal (%), nouvelles demandes, Communauté française, 2003

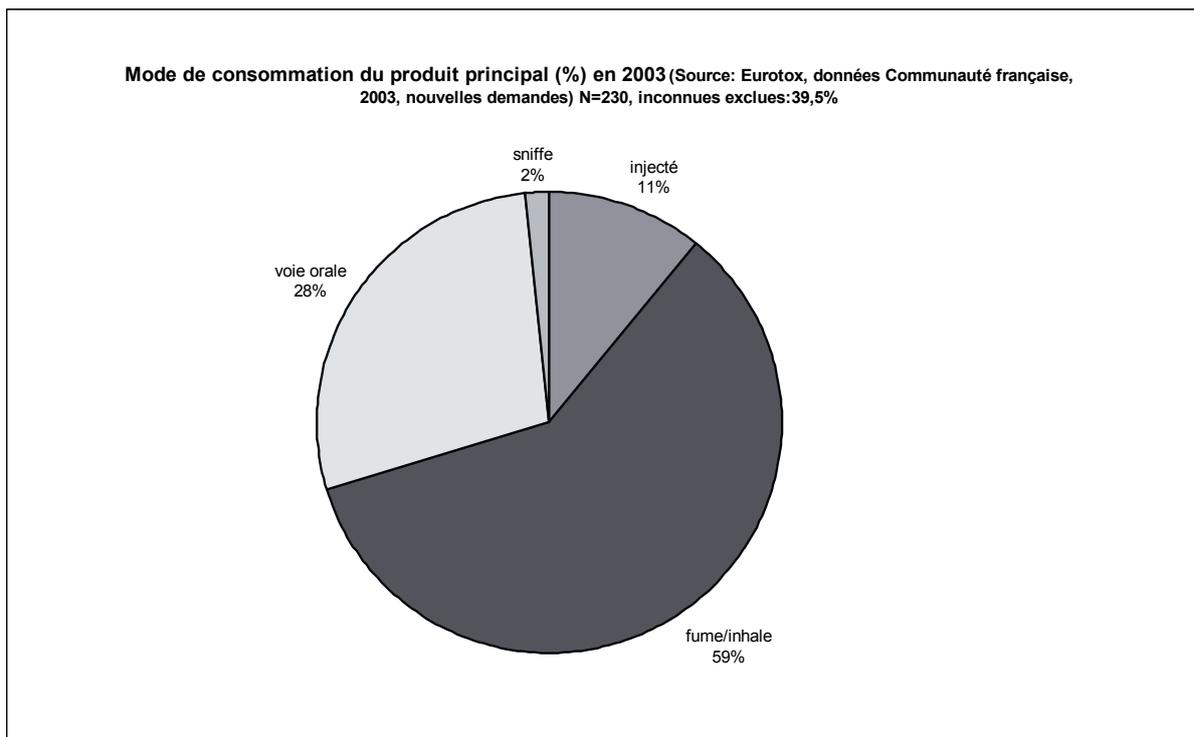
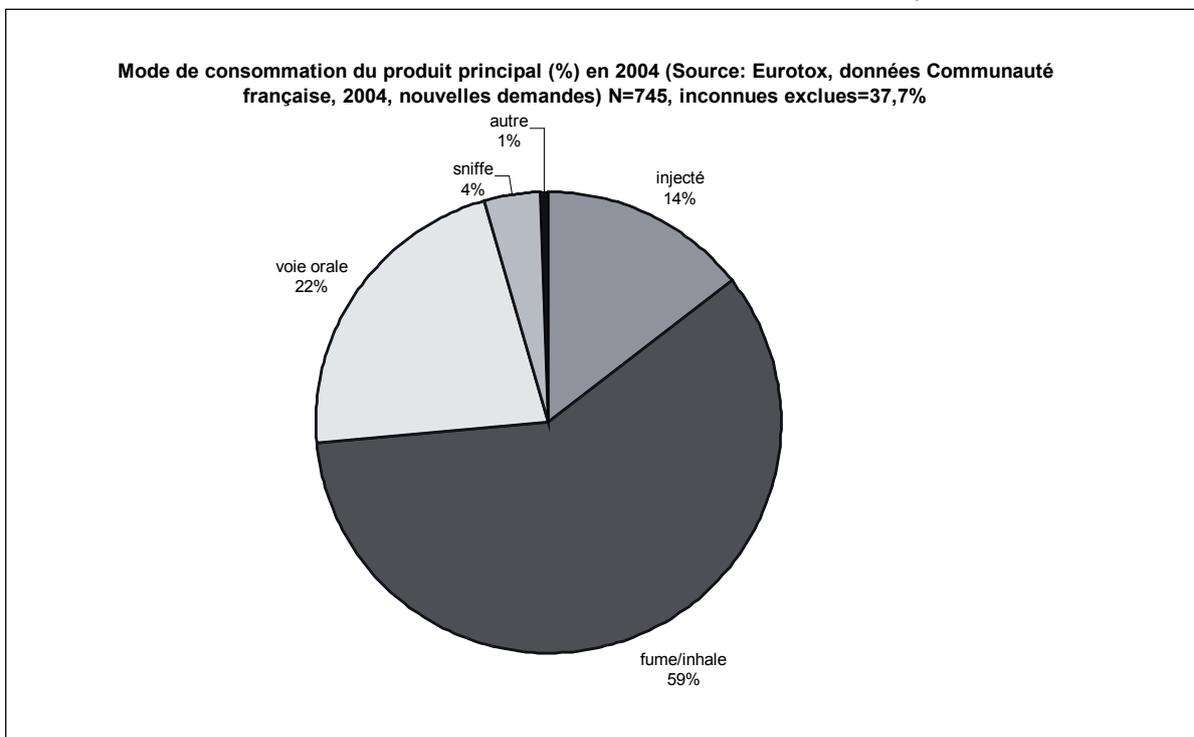


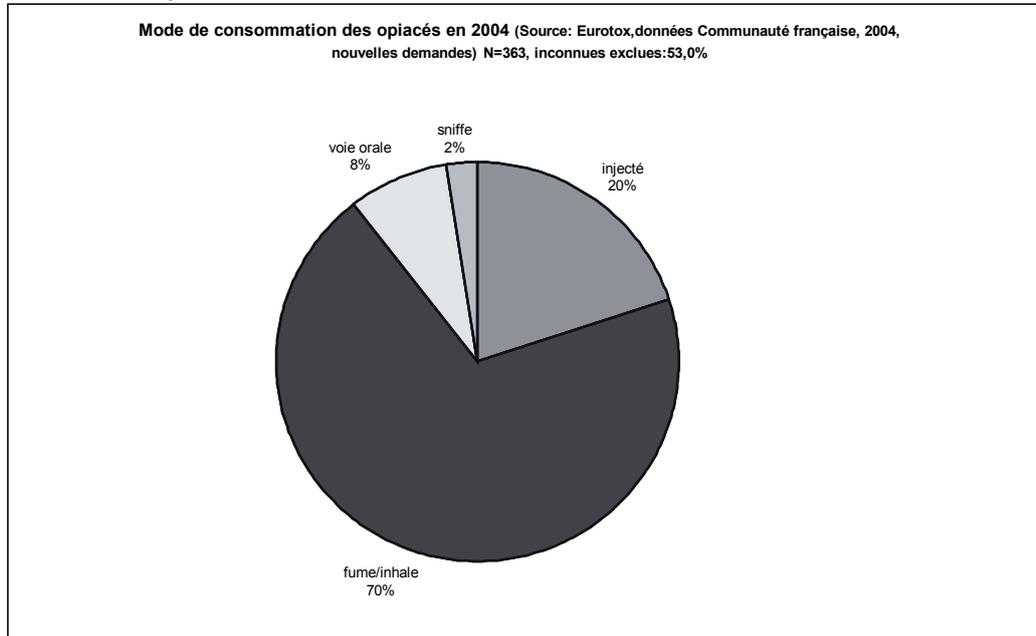
Figure 37 : Mode de consommation du produit principal (%), nouvelles demandes, Communauté française, 2004



❖ Le produit principal est un opiacé

En 2004, 7/10 usagers fument/inhalent les opiacés et 2/10 usagers injectent par intraveineuse (IV).

Figure 38: Mode de consommation des opiacés (héroïne, opiacés substitutifs, autres opiacés, nouvelles demandes de traitement, Communauté française, 2004

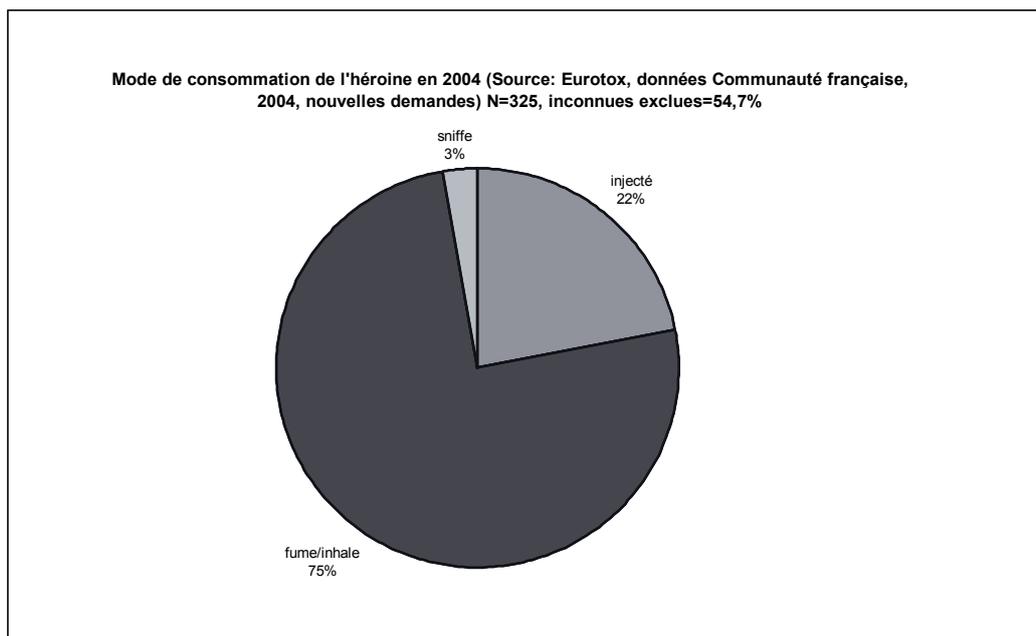


En 2004, l'héroïne constitue 81% des nouvelles demandes de traitement pour opiacés et les opiacés substitutifs comptent pour 16 % des demandes.

La ventilation des modes d'administration de l'héroïne par rapport à l'ensemble des produits opiacés diffère par une moindre proportion des prises par voie orale et une plus grande proportion d'injection par voie intraveineuse et du mode «fumer/inhaler».

En 2004, l'héroïne est injectée en intraveineuse (IV) par 22% des usagers en demande de traitement et fumée par 75% des usagers.

Figure 39: Mode de consommation de l'héroïne, nouvelles demandes de traitement, Communauté française, 2004



❖ Le produit principal est la cocaïne

Parmi les demandes de traitement pour un problème de cocaïne, 34% s'injectent, 41% fument/inhalent, 23% sniffent et 2% la consomment par voie orale.

Tableau 37 : modes de consommation de la cocaïne, ensemble des demandes de traitement, Communauté française, 2004

	2004 (N=73)
Injections intraveineuses	34%
Fume/inhale	41%
Sniffe	23%
Voie orale	2%

2.2.1.4/d. Antécédents thérapeutiques de la population ayant fait une demande d'aide de traitement :

LE TRAITEMENT ANTÉRIEUR

En 2003 et en 2004, près de 7 usagers sur 10 usagers débutant un traitement ont déjà suivi un traitement auparavant pour leur usage de drogues.

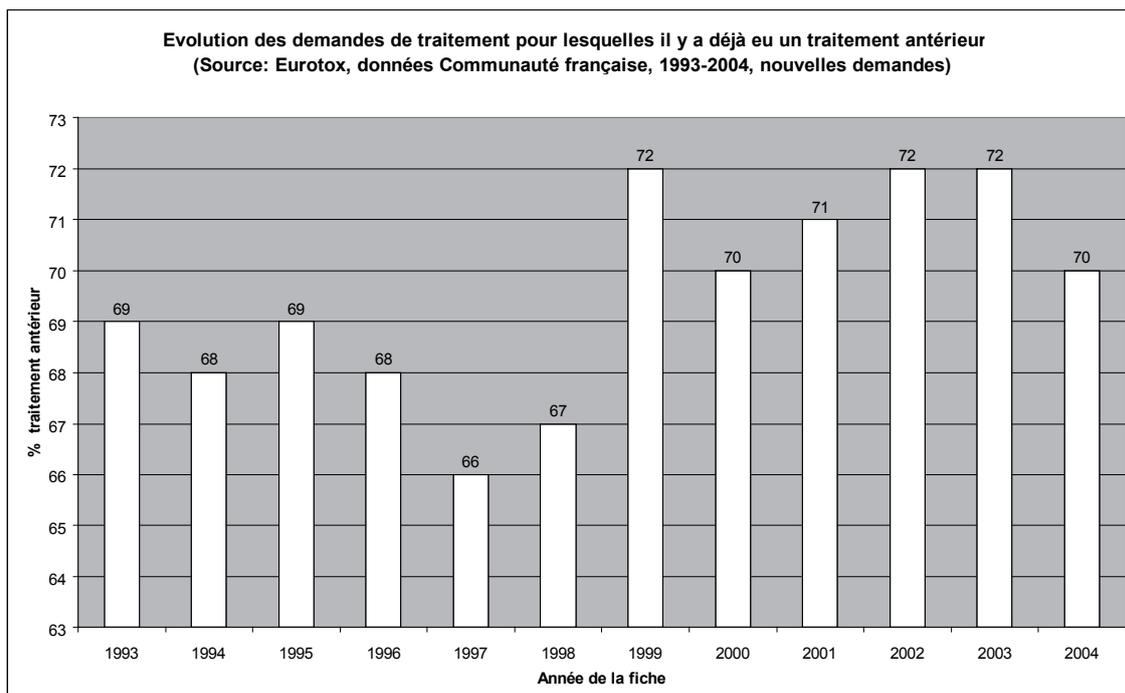
Tableau 38 : pourcentage des usagers en demande de traitement (n') ayant (jamais) reçu un (de) traitement antérieur

Traitement antérieur (%)	2003 (N=3186)	2004 (N=2786)
a déjà été en traitement	72%	70%
n'a jamais été en traitement	28%	30%
Données manquantes	n=394 (11%)	n=338 (10,8%)

Tendances

La tendance des usagers de drogues qui font une demande de traitement et qui ont déjà été en traitement auparavant est assez stable au cours du temps (voir fig. ci-dessous) et se situe entre 70 et 72% depuis 1999.

Figure 40 : Evolution du traitement antérieur, nouvelles demandes de traitement, Communauté française, 1993-2004



2.2.1.4/e. Affaires judiciaires et Incarcérations

LES AFFAIRES JUDICIAIRES

En 2003 et en 2004, un usager de drogues sur deux a déjà eu une affaire judiciaire ou a été entendu par un juge ou un parquet au cours de sa vie (voir tabl. ci-dessous).

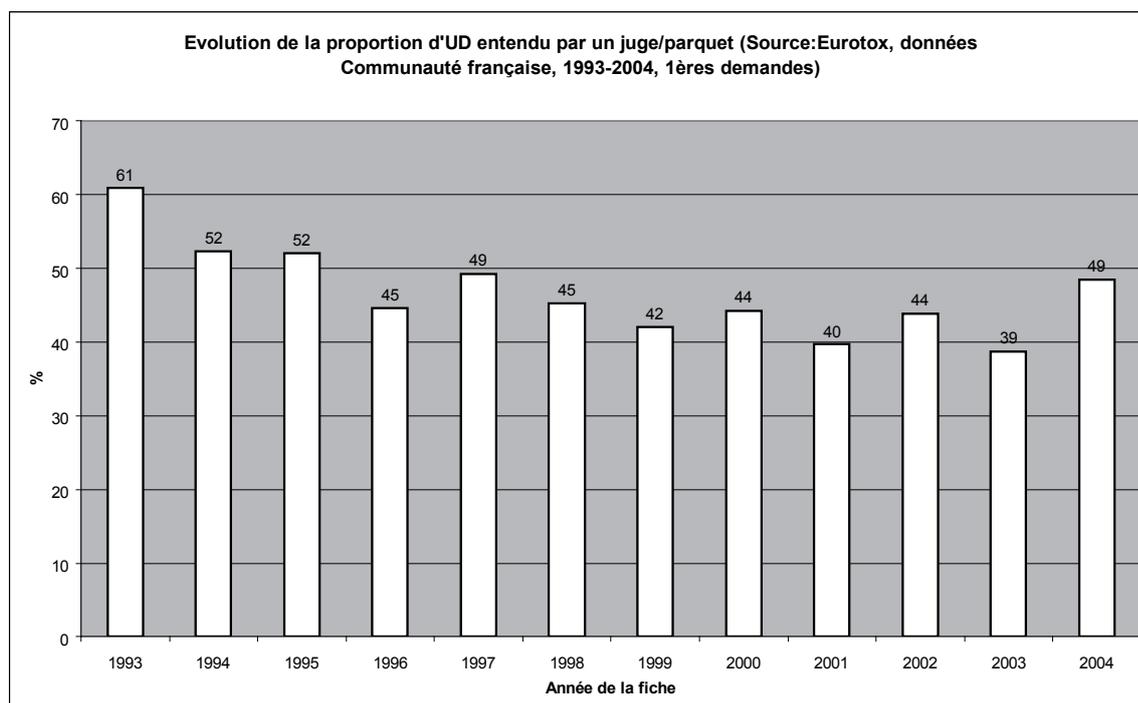
Tableau 39 : Antécédents judiciaires, nouvelles demandes de traitement

Affaires judiciaires (%)	2003	2004
	(n = 3060)	(n = 2728)
oui	49%	50%
non	51%	50%
Total	100%	100%
Données manquantes	n = 520 (14,5%)	n = 396 (12,7%)

Tendances dans le groupe des premières demandes :

La proportion d'usagers entendus par un juge ou un parquet était en diminution dans le groupe des premières demandes (voir fig. ci-dessous) jusqu'en 2003. En 2004, on observe une augmentation de 10% par rapport à 2003.

Figure 41 : Evolution de la proportion d'UD entendu par un juge/parquet, 1ères demandes, Communauté française, 1993-2004



LES INCARCÉRATIONS

En 2003 et en 2004, plus de 4 usagers sur 10 ont connu une expérience de prison au cours de leur vie (voir tabl. ci-dessous).

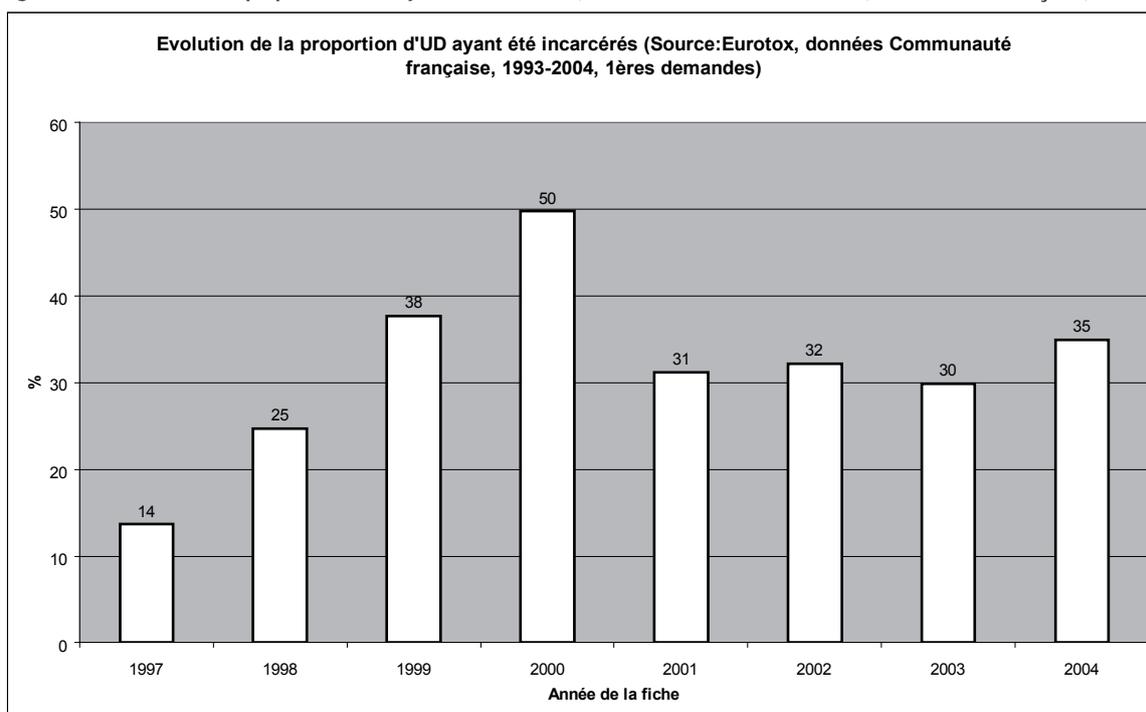
Tableau 40 : incarcérations, ensemble des demandes de traitement

Expérience de prison (%)	2003	2004
	(n =3046)	(n =2697)
oui	42%	44%
non	58%	56%
Total	100%	100%
Données manquantes	n = 534 (14,9%)	(n =427 (13,7%))

Tendances dans le groupe des premières demandes :

Environ 1 usager sur 3 en 2003 et en 2004 qui a fait une demande de traitement pour la première fois a connu une expérience de prison au cours de sa vie. Bien qu'encore élevé, ce phénomène semble s'être stabilisé par rapport à l'augmentation observée pour la période 1997-2000 (voir fig. ci-dessous).

Figure 42 : Evolution de la proportion d'UD ayant été incarcérés, 1ères demandes de traitement, Communauté française, 1997-2004



2.2.1.4/f. Caractéristiques socio-démographiques de la population SSMG-Alto, Région wallonne

Tableau 41 (source: Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)

	2003 (N=56)	2004 (N=25)
Demandes avec antécédents de traitements (N)	31	17
Demandes sans antécédents de traitement (1ères demandes) (N)	25	8

AGE

L'âge médian est de 25 ans en 2003 et en 2004 (nouvelles et 1ères demandes). Les demandes de traitement formulées auprès des généralistes sont caractérisées par des patients plus jeunes d'environ 5 années.

Tableau 42 : âge des usagers (source: Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)

	2003	2004
Moyenne	26ans	25ans
Médiane	25ans	25ans

SEXE

La proportion de demandes de traitement formulées par des hommes est d'environ 3/4, ce qui correspond aux proportions observées en Communauté française.

Tableau 43 : Sexe des usagers (source: Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)

	2003 N=56	2004 (N=25)
Masculin (N)	43	19
Féminin (N)	13	6

NATIONALITÉ

Les médecins généralistes qui ont participé au recueil de données ont proportionnellement plus d'usagers belges qui font une demande de traitement qu'en Communauté française. Les non-belges étant plus massivement localisés à Bruxelles et dans les grandes villes.

Tableau 44 : Nationalité des usagers (source: Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)

	2003	2004
Belge (N)	51	23
CEE (N)	4	2
Hors CEE (N)	1	0

COHABITATION

La plupart des usagers vivent chez leurs parents (presque la 1/2) et n'ont pas d'enfants (40 et 15 en 2003 et 2004).

Tableau 45 : cohabitation (source: Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)

	2003 (N=56)	2004 (N=23)
Vit seul	11	10
Vit avec parents	23	11
Vit en couple	12	1
Vit avec relations ou amis	3	1
Vit en institution	2	1

2.2.1.4/g. Mode de consommation de la population SSMG-Alto, Région wallonne

PRODUIT PRINCIPAL

Le produit principal concerne presque exclusivement les opiacés. Ceci répond aux critères d'enregistrement des usagers au recueil de données, tel qu'il a été défini par SSMG-Alto.

Tableau 46 : Produit principal (source:Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)

	2003 (N=56)	2004 (N=25)
Opiacés	46	24
Cocaïne	2	1
Hypnotiques/Sédatifs	2	0
Cannabis	4	0
Autres	2	0

COMPORTEMENT D'INJECTION

Un seul usager injecte actuellement en 2003.

Tableau 47 : Comportement d'injection (source:Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)

	2003 (N=55)	2004 (N=25)
sans objet	12	2
jamais	31	16
oui, mais plus actuellement	5	6
oui, encore actuellement (durant les 30 derniers jours)	1	0
Inconnues exclues	6	1

MALADIES INFECTIEUSES

De manière générale, environ la moitié des usagers ont été testés pour une ou plusieurs maladies infectieuses (VIH/HBV/HCB). Bien que cette proportion soit insuffisante pour tirer des conclusions quant à la proportion de séropositifs, les données présentées ci-dessous permettent de faire un bilan de la situation infectieuse VIH/Hépatites.

TESTÉ POUR LE VIH

Tableau 48 : Testé pour le VIH (source:Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)

	2003 (N=44)	2004 (N=20)
Oui	24	13
non	30	5
Inconnues exclues	3	7

TESTÉ POUR HBV

Tableau 49 : Testé pour HBV (source:Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)

	2003 (N=45)	2004 (N=14)
Oui	25	14
non	20	0
Inconnues exclues	1	11

TESTÉ POUR HCV

Tableau 50 : Testé pour HCV (source: Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)

	2003 (N=46)	2004 (N=19)
Oui	26	15
non	20	4
Inconnues exclues	2	6

2.2.2. La morbidité en rapport avec la consommation de drogues

2.2.2.1. L'infection au VIH

1) Données issues du registre des cas séropositifs et des malades du SIDA ⁴⁴

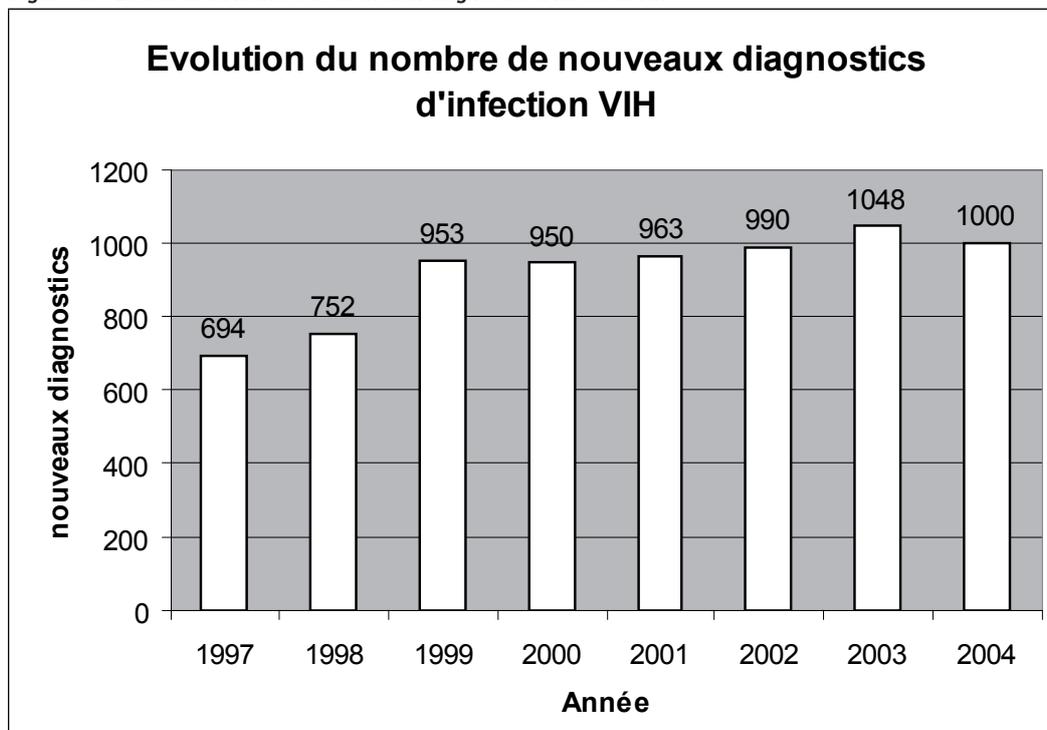
Les données suivantes ne concernent que les personnes qui ont effectué un test de dépistage du VIH.

On notera que le nombre de diagnostics de nouvelles infections au VIH, après avoir diminué régulièrement pendant 5 ans, a fort augmenté pendant la période 1997-2003 (+49%).

Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2004, 17.968 personnes ont été reconnues infectées par le VIH en Belgique. Cependant, comme l'enregistrement est anonyme et qu'il arrive que plusieurs tests de confirmation soient effectués, les doubles enregistrements sont possibles. Dans la mesure où il n'a pas été possible d'établir avec certitude l'absence de doublons pour 1098 cas, il n'est donc tenu compte dans les analyses que de 16.870 diagnostics. La réalité du nombre de personnes diagnostiquées positives au VIH depuis le début de l'épidémie se situe donc entre ces deux bornes de 16.870 et 17.968.

Les chiffres absolus des diagnostics d'infection au VIH pour les cinq dernières années sont de 950 (2000), 963 (2001), 990 (2002), 1048 (2003) et enfin 1000 (2004). On voit donc que le nombre de nouveaux diagnostics enregistrés augmente de 1997 à 1999 pour stagner autour de 1000 depuis lors. La nationalité est connue pour 12.396 personnes (73,5%), dont 4.943 Belges (39,9%).

Figure 43 : Evolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection VIH



Source : ISSP (Institut Scientifique de Santé Publique), Le sida en Belgique, situation au 31 décembre 2004, IPH/EPI reports Nr. 2005-017, Bruxelles, 2005.

⁴⁴ ISSP (Institut Scientifique de Santé Publique), Le sida en Belgique, situation au 31 décembre 2004, IPH/EPI reports Nr. 2005-017, Bruxelles, 2005.

Chez les Belges, les diagnostics d'infections au VIH concernent 4 fois plus d'hommes que de femmes. Les 30-34 ans sont les plus représentés chez les hommes, alors que les 25-29 le sont chez les femmes.

Le mode de transmission probable est connu chez 92,1% des Belges diagnostiqués HIV+. Parmi les hommes belges, les contacts homo ou bisexuels constituent la voie de transmission probable la plus importante 63,6% (1998-2000), 65,2% (2001-2003) et 71,9% (2004). Seulement 25% seraient infectés par voie hétérosexuelle en 2004 (30,1% en 1998-2000 et 28,4% en 2001-2003). Il y aurait donc selon ces chiffres une augmentation régulière de la cause probable « contacts homo ou bi-sexuels » et une diminution régulière de la cause probable « contacts hétérosexuels ».

Par ailleurs, on observe chez les mêmes sujets une diminution régulière de la cause probable « utilisation de drogues par voie intraveineuse » au long des trois périodes (4,2% ; 3,8% ; 2,6%).

Chez les femmes belges, ce sont les contacts hétérosexuels qui sont prépondérants (81,9% ; 89,1% et 80% resp. pour les trois périodes). La proportion est non seulement plus forte chez les femmes, mais encore montre-t-elle un pic en 2004 (8,9% ; 5,9% ; 13,3% resp. pour les trois périodes).

Chez les patients belges en Wallonie, la cause probable « contacts hétérosexuels ou bisexuels » (36,7%) est environ deux fois moins citée qu'à Bruxelles et en Flandres, en 2004. Il n'en va pas de même de l'injection de drogues par voie intraveineuse, beaucoup plus élevée en Wallonie (8,2% des modes probables de transmission en 2004, pour 3,5% en Flandres et 1,8% à Bruxelles). Cette cause ne baisse régulièrement et radicalement qu'à Bruxelles (7,5% ; 2,5% ; 1,8% respectivement pour les trois périodes) pour, hélas, sembler stagner voire augmenter en Wallonie (5,6% ; 11,5% et 8,2% resp. pour les 3 périodes) et en Flandres (3,3% ; 1,3% et 3,5% resp. pour les trois périodes).

Parmi les patients non belges, la transmission hétérosexuelle est très largement prépondérante : 78,5% la déclarent en 2004. Cette valeur oscille d'ailleurs autour des 80% depuis l'année 1997. 62,6% des femmes la rapportent comme mode de transmission probable, pour 86,2% des hommes.

La cause probable « injection de drogues par voie intraveineuse » tend à diminuer au fil des ans.

Le rapport hommes/femmes des diagnostics d'infection est de 1,1, soit nettement moins que chez les Belges (4,3).

2) Données issues de l'indicateur de la demande de traitement (TDI)

L'indicateur 'Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues' est collecté sur la même fiche que l'indicateur 'Demande de traitement des usagers de drogues'. Vu le taux de données manquantes important, les résultats sur le statut sérologique doivent être interprétés avec prudence. Par ailleurs, la participation à cet indicateur a été modifiée en 2002 : elle est devenue « optionnelle ». Cela signifie que les intervenants qui choisissent d'y participer doivent compléter les données sur le statut sérologique de manière systématique pour tous les cas enregistrés. Cette modification a eu pour conséquence une importante diminution du taux de réponses à ces items entraînant ainsi des variations dans l'évolution et les pratiques de dépistage liée aux maladies infectieuses. Le nombre d'inconnues important et le petit nombre de réponses invitent donc à interpréter les résultats avec prudence.

Dans la mesure où 2002 a été une année charnière dans les modalités de recueil de ces indicateurs, les données ci-dessous sont présentées à partir de 2003.

Il est également à noter que les systèmes 'Sentinelles de Charleroi' et 'Addibru' de la CTB n'ont encore jamais collecté de données sur le statut sérologique. Les dénominateurs sont donc très faibles, ce qui limite encore la représentativité de ces données.

Dans les résultats présentés ci-après, on s'intéresse uniquement au groupe à risque que représentent les usagers de drogues par injection (UDI).

◆ Proportion d'UDI testés pour le VIH

Lorsqu'on considère les réponses «valides» au test de dépistage du VIH, on observe une augmentation de la proportion de tests réalisés. En effet, il y a avait 44% des UDI testés en 1994, 78% en 2003 et 82% en 2004.

Note: La proportion de réponses inconnues au test est de 52% en 2003 et de 66% en 2004.

Parmi les UDI testés, on trouve 4% de séropositifs au VIH en 2003 et 15% en 2004.

Parmi les UDI testés, le résultat du test est rapporté par le patient dans 33% des cas en 2003 et dans 60% des cas en 2004. Le résultat du test peut être rapporté par le patient ou basé sur un test de laboratoire. Dans ce dernier cas, on peut accorder une meilleure validité au test. Les résultats au test du VIH sont basés sur un test de laboratoire dans 67% des cas (2003) et 40% des cas (2004).

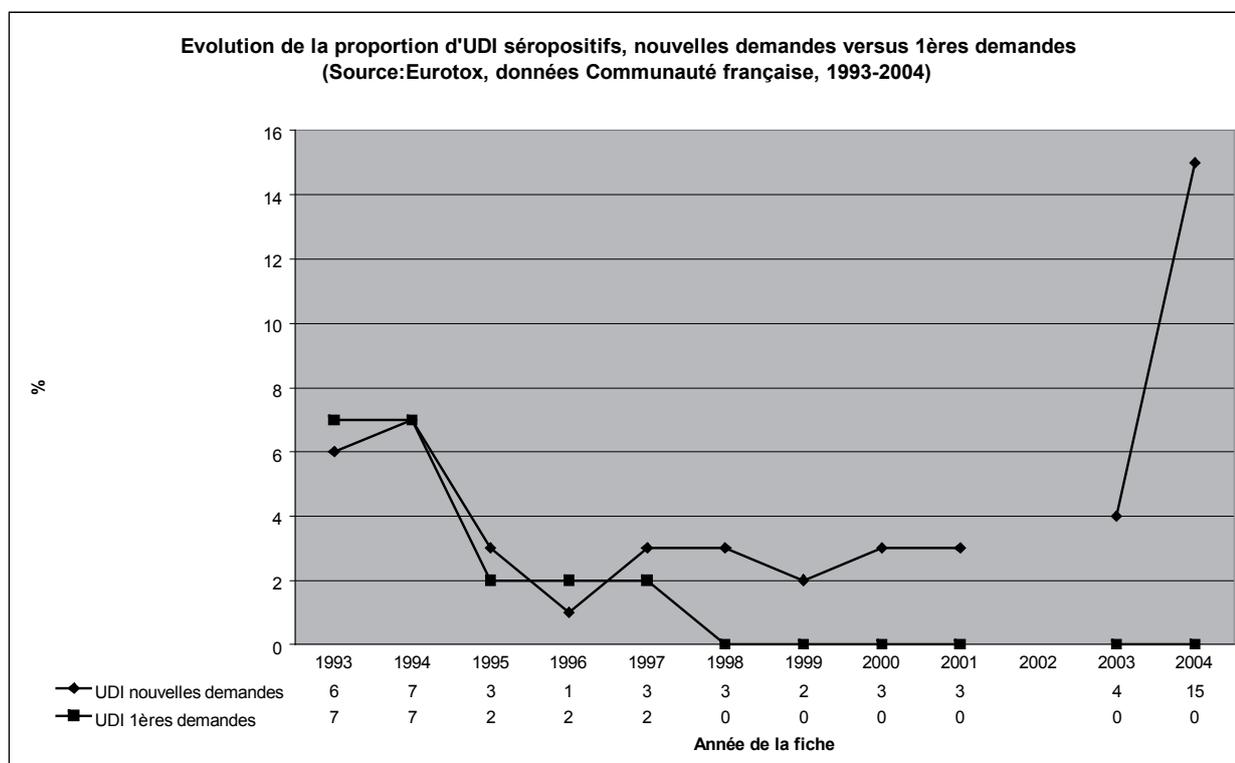
◆ Situation et tendances en Communauté française

On constate (voir fig. ci-dessous):

- dans le groupe de nouvelles demandes de traitement d'UDI: de 6-7 % en 1993-94, ce taux est descendu à 3% dans la deuxième partie des années 90 puis la tendance semble légèrement à la hausse jusqu'en 2003 pour monter jusqu'à 15% en 2004.
- dans le groupe des premières demandes: après avoir suivi dans un premier temps le même mouvement que l'ensemble des demandes de traitement, on constate qu'il n'y a plus de cas de séropositivité pour le VIH depuis 1998 parmi les premières demandes d'UDI.

En 2003 et 2004, respectivement 27 et 7 patients ont fait un test parmi les premières demandes de traitement. 1 seul résultat est positif en 2003.

Figure 44: Evolution du statut sérologique pour le VIH chez les UDI, nouvelles demandes versus 1ères demandes, Communauté française, 1993-2004



2.2.2.2. Les Hépatites chez les usagers de drogues (B et/ou C): données issues de la demande de traitement

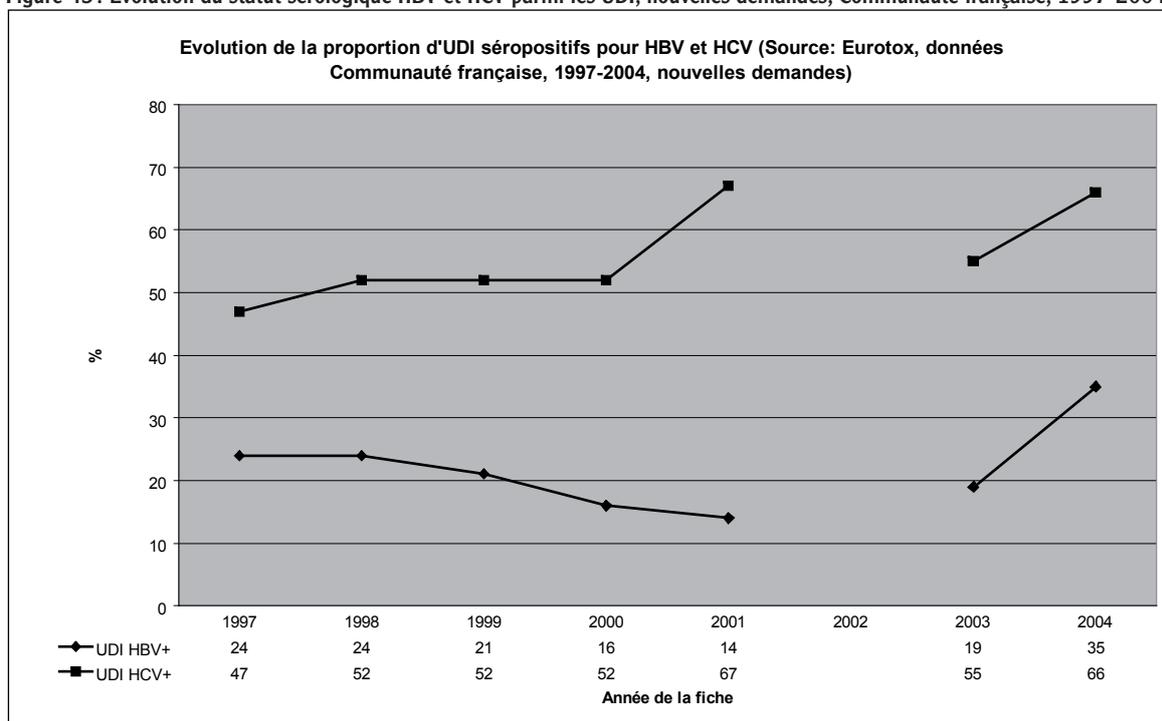
NB: Les remarques effectuées dans le paragraphe correspondant pour le VIH (cf. 2.2.2.1) concernant la représentativité et l'interprétation des données sont valables ici.

a) Situation et tendances des hépatites B et C en Communauté française

De manière générale, on observe depuis 1997 une augmentation de la proportion de cas d'hépatite C parmi les UDI. La tendance inverse s'observait pour l'hépatite B jusqu'en 2001. Cependant, elle semble en augmentation depuis 2003.

En 2004, plus de 3 UDI sur 10 sont séropositifs pour le HBV et un peu plus de 6 UDI sur 10 sont séropositifs pour le HCV.

Figure 45: Evolution du statut sérologique HBV et HCV parmi les UDI, nouvelles demandes, Communauté française, 1997-2004



b) Proportion d'UDI testés pour l'hépatite B

La proportion d'usagers de drogues par injection (UDI) testés pour l'Hépatite B est en hausse depuis 1993. Il passe de 45 % des UDI en 1993 à 60 % de ceux-ci en 2001 (voir rapport sur l'usage de drogues en Communauté française 2001-2003) puis à 76 % en 2003 et 80% en 2004.

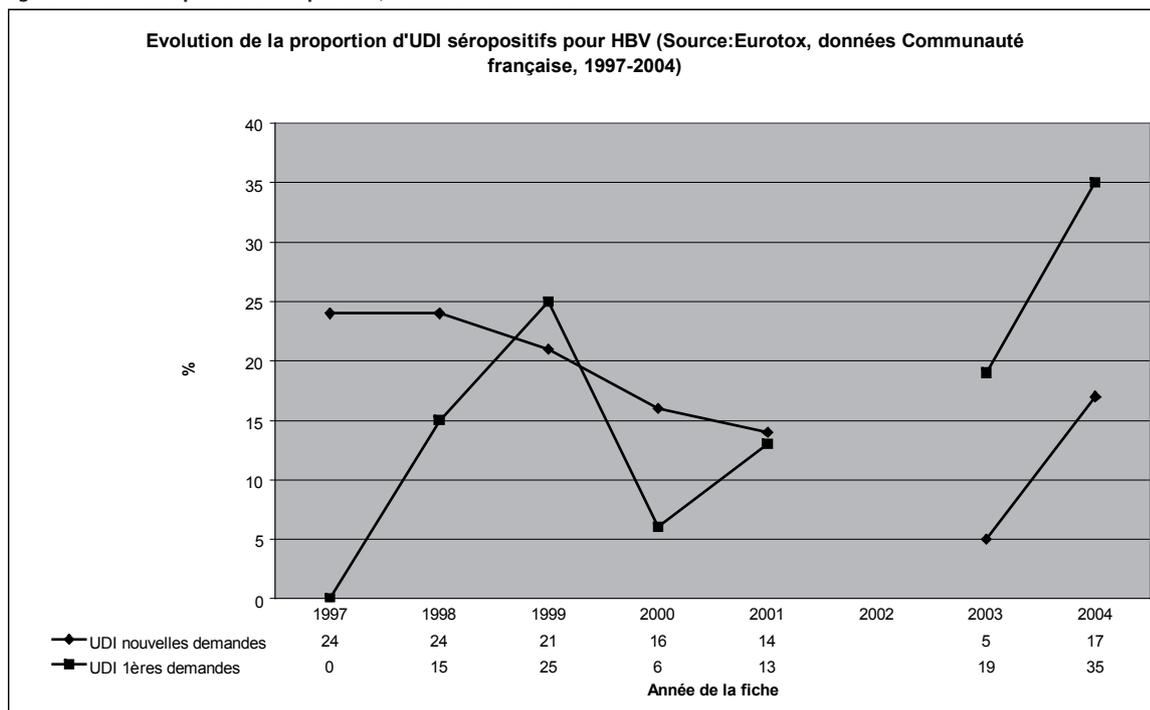
Parmi les UDI testés, 19% sont séropositifs au HBV en 2003 et 35% en 2004.

Note: seules les réponses valides à la question du test ont été considérées (les réponses inconnues au test sont de 55% en 2003 et de 71% en 2004).

- Premières demandes

On observe des variations importantes de la proportion de séropositifs pour l'hépatite B. Celles-ci sont trop fluctuantes pour dégager une tendance par rapport à l'ensemble des demandes.

Figure 46 : UDI séropositifs à l'Hépatite B, évolution 1997-2004



c) Nombre d'UDI et proportion d'UDI testés pour l'hépatite C

La proportion d'UDI testés pour l'hépatite C est de 77% en 2003 et de 78% en 2004.

Comme pour l'hépatite B et le VIH, seules les réponses valides ont été considérées (53% d'inconnues en 2003 et 67% en 2004).

Parmi les UDI testés, 55% sont séropositifs à l'hépatite C en 2003 et 66% le sont en 2004.

Les résultats des tests sont basés sur un test de laboratoire dans 32% des cas en 2003 et 61% des cas en 2004.

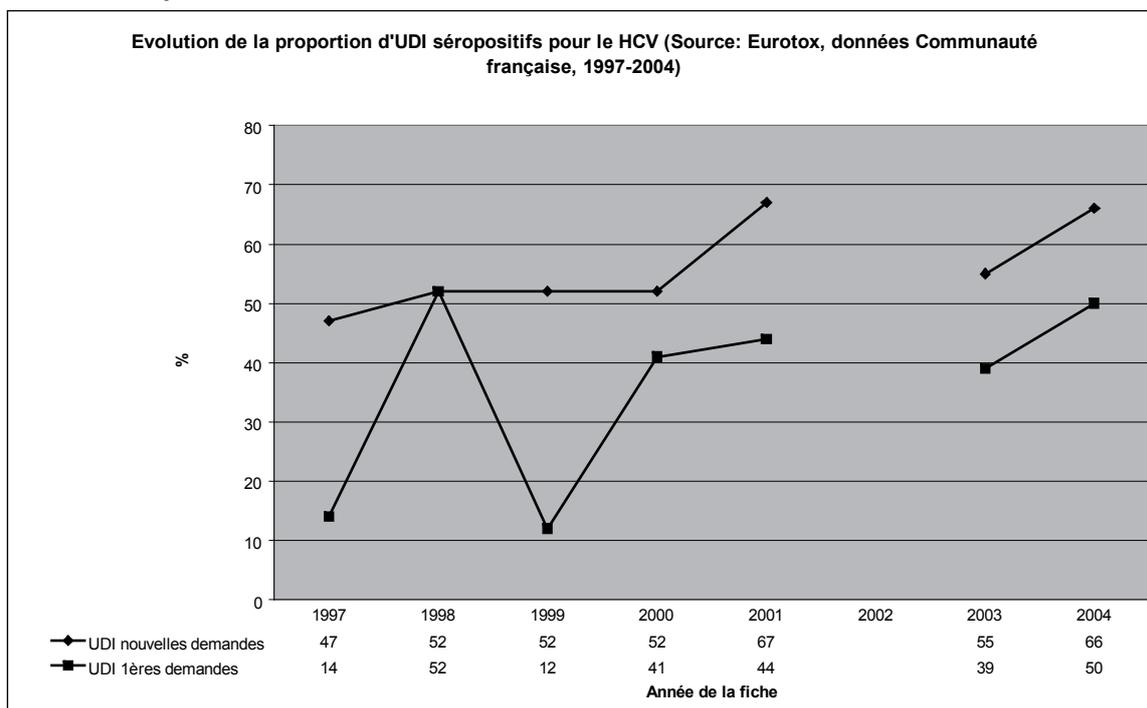
En 2003, le stade actuel de la maladie est connu pour 25 patients: 3 aigus, 15 chroniques et 7 guéris.

En 2004, le stade de la maladie est connu pour 20 patients: 1 aigu, 12 chroniques et 7 guéri

- **Premières demandes:**

La proportion d'UDI séropositifs à l'hépatite C qui formulent une demande de traitement pour la première fois varie entre 12% et 50%(voir fig. ci-dessous). Les variations importantes d'une année à l'autre rendent les comparaisons difficiles. *Comme déjà décrit précédemment (cf. point 2.3.2. b), le nombre de cas d'hépatite C parmi l'ensemble des demandes de traitement des UDI est en hausse depuis 1997.*

Figure 47 : Evolution du statut sérologique pour le HCV chez les UDI, 1ères demandes vs nouvelles demandes, Communauté française, 1993-2004



2.2.2.3. VIH et Hépatites : Données issues des Opérations Boule de Neige

Tableau 51 : Prévalence rapportée HIV, hépatites B et C parmi les injecteurs « opérations Boule de neige »

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
HIV +	7%	5%	5%	6%	4%	7%
HAV +	Non demandé	Non demandé	10%	10%	9%	11%
HBV +	45%	36%	29%	29%	29%	32%
HCV +	50%	58%	58%	55%	52%	61%
HDV +	Non demandé	Non demandé	0%	2%	1%	1%

Source: Modus Vivendi

La prévalence de l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues en injection telle que rapportée par les usagers rencontrés dans les opérations boule-de-neige reste stable autour de 5%, avec toutefois les pics de 2004 et 1999 à 7%.

Cette prévalence est supérieure parmi les femmes que les hommes. Il n'existe pas de claire différence en fonction du groupe d'âge. Le nombre de personnes déclarant un usage récent et un dépistage du VIH étant très faible il est difficile de faire des interprétations sur les chiffres observés. Il est cependant frappant que la proportion de personnes infectée dans ce groupe soit systématiquement deux fois plus élevée que parmi les UDI plus anciens.

Tableau 52 : Prévalence de l'infection par le HIV rapportée par les UDI, Boule-de-neige, Communauté française, 2001-2004

	2001	2002	2003	2004
Nombre d'UDI	635	531	399	661
Nombre d'UDI avec résultat positif	22	25	11	33
N UDI déclarant un test (tests valides)	476	371	282	497
Pourcentage infecté	5%	7%	4%	7%
HOMMES % test positif	4%	6%	3%	6%
FEMMES % test positif	6%	7%	6%	8%
UDI AGE < 25 % test positif	7%	6%	4%	6%
UDI AGE 25 - 34 % test positif	3%	7%	4%	7%
UDI AGE > 34 % test positif	6%	8%	2%	6%
NOUVEAUX UDI (< 2 ans) % test positif	7%	0%	8%	12%
UDI DE + LONGUE DATE % test positif	4%	7%	4%	6%

Jusqu'en 2003, un peu plus de la moitié de ces usagers rapportent une infection par le virus des hépatites C. Cette proportion grimpe à 61% en 2004

L'injection, un facteur de risque dans l'infection au VIH et aux Hépatites B et C

L'injection constitue un risque majeur de transmission du VIH et des Hépatites. Ci-dessous sont présentées les prévalences (dans la vie et au cours du mois écoulé) du comportement d'injection chez les usagers de drogues ayant fait une demande de traitement (données TDI).

- LE COMPORTEMENT D'INJECTION AU COURS DE LA VIE

En 2003 et en 2004, plus de 4 usagers sur 10 ont déjà injecté au cours de leur vie (voir tabl. ci-dessous). Vu le taux de données manquantes pour cette variable, ces résultats doivent être cependant interprétés avec prudence.

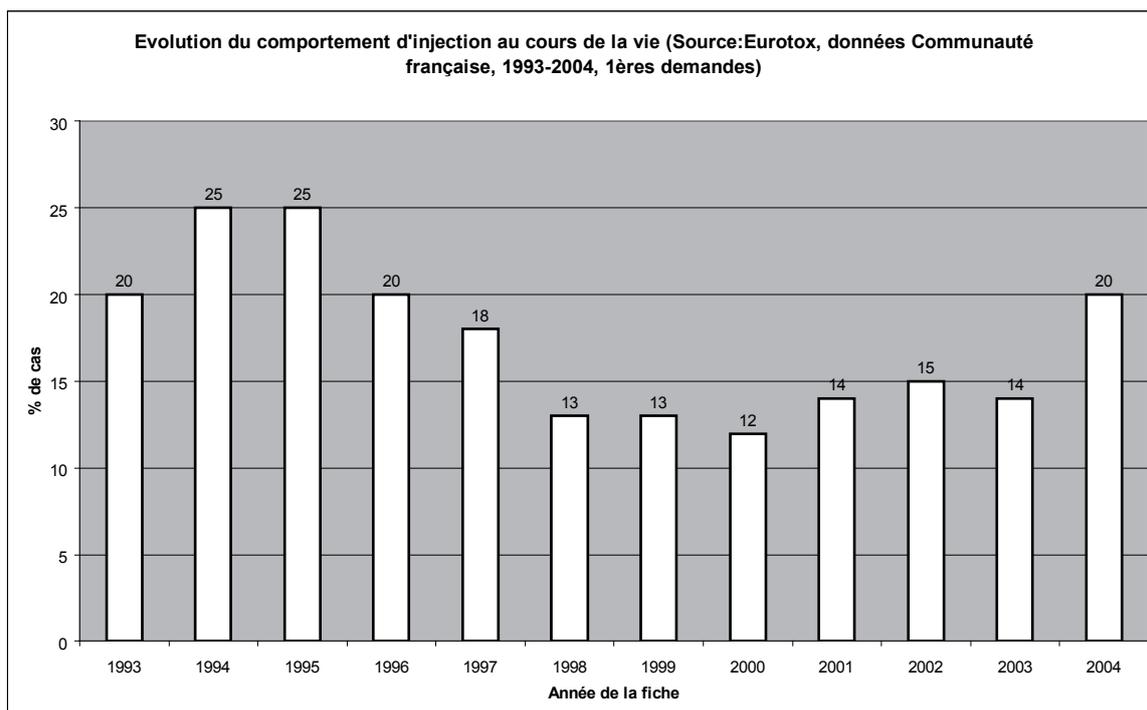
Tableau 53 : comportement d'injection au cours de la vie, nouvelles demandes de traitement

Comportement d'injection dans la vie (%)	2003	2004
	(n = 2158)	(n = 1709)
Oui	53%	41%
Jamais	47%	59%
Total	100%	100%
Données manquantes (%)	n = 559 (15,6%)	n = 536 (17,2%)
Sans objet	n = 863 (28,6%)	n = 879 (34%)

Tendances dans le groupe des premières demandes :

L'injection est un comportement nettement en baisse jusqu'en 2000 dans le groupe des premières demandes de traitement (voir fig. ci-dessous). On observe cependant à nouveau une valeur élevée (20%) en 2004.

Figure 48 : Evolution du comportement d'injection au cours de la vie, 1ères demandes, Communauté française, 1993-2004



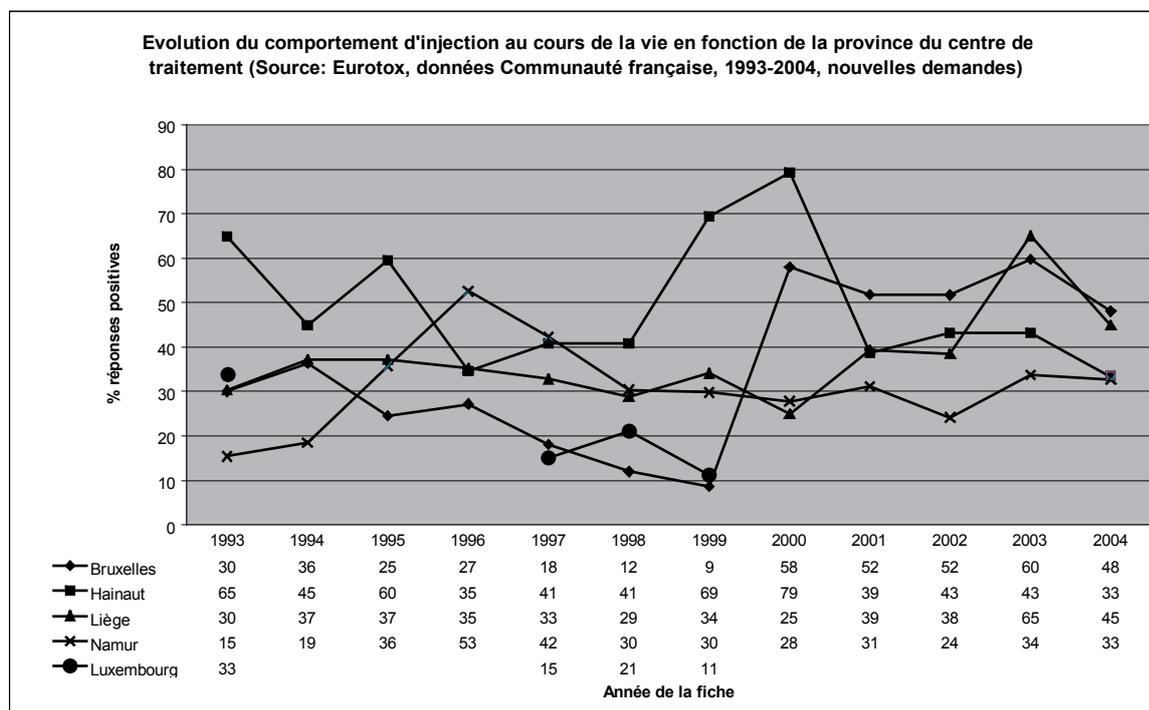
Tendances et comparaisons par province :

La Province du Hainaut montre jusqu'en 2000 la proportion la plus importante d'UDI parmi les demandeurs d'aide puis décroît fortement (elle passe de 79% à 39%) pour se stabiliser les dernières années

La tendance du comportement d'injection dans la Province de Liège et de Bruxelles semble en augmentation depuis 2000-2001 même si on observe une diminution l'année 2004. La Province du Luxembourg, non représentée sur ce graphique, présente entre 1997 et 1999 les taux les plus bas de comportement d'injection en Région wallonne (respectivement 15 %, 21% et 11 % des demandes pour les 3 années concernées).

La province de Namur présente moins de comportement d'injection au cours de la vie ces quatre dernières années que chacune des trois autres provinces et est stable depuis 1998.

Figure 49 : Evolution du comportement d'injection au cours de la vie en fonction de la province, Communauté française 1993-2004, nouvelles demandes



- L'INJECTION ACTUELLE

En 2003, parmi les usagers qui ont déjà injecté au cours de leur vie, 4 usagers sur 10 injectent encore actuellement. En 2004, ce phénomène concerne un bon tiers des usagers (voir tabl. ci-dessous).

Tableau 54 : injection actuelle, nouvelles demandes de traitement

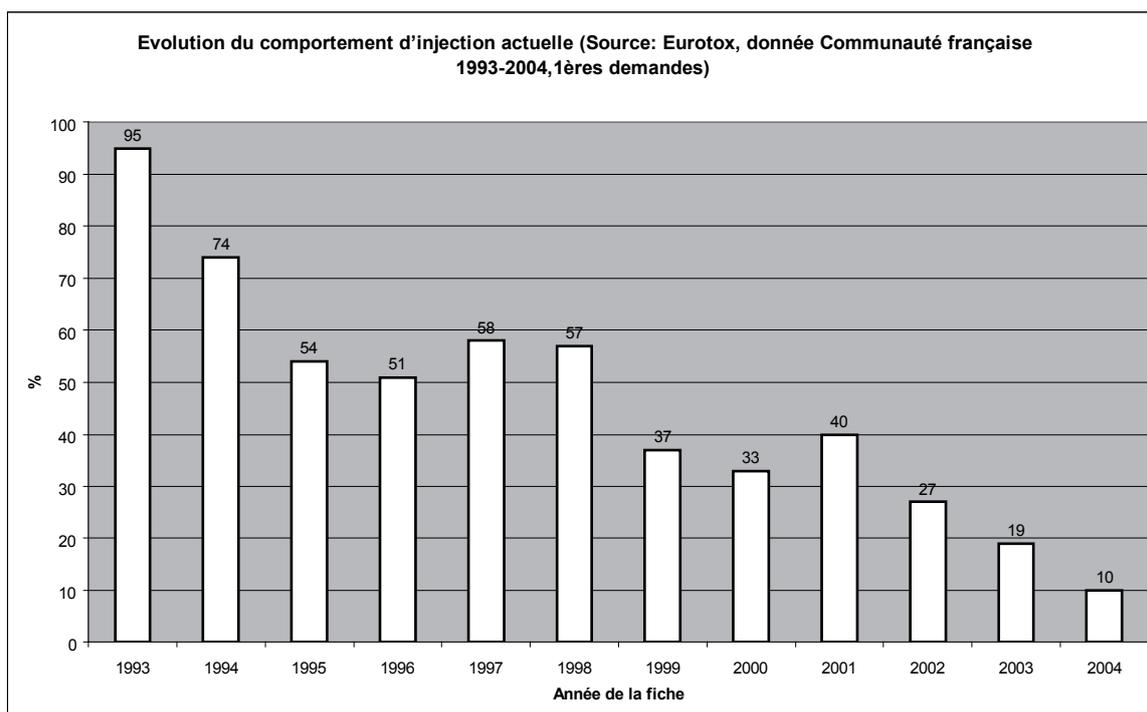
Injection actuelle * (%)	2003	2004
	(n = 1139)	(n = 691)
Oui	40%	35%
Non	60%	65%
Total	100%	100%

* actuelle signifie au cours du mois écoulé

Tendances dans le groupe des premières demandes :

Parmi les premières demandes qui ont déjà injecté au cours de la vie, l'injection actuelle (c. à. d. au cours du dernier mois) est en chute constante depuis 1993. Elle concerne en 2004 moins d'1 première demande sur 10 (voir fig. ci-dessous).

Figure 50: Evolution du comportement d'injection actuelle, 1ères demandes, Communauté française 1993-2004



L'alcoolisme et l'infection au VIH, facteurs de risque favorisant le développement de la tuberculose

En Belgique les facteurs de risque cités le plus fréquemment dans le registre 2003 et les données 2004 de la tuberculose⁴⁵ sont l'alcoolisme (7% des cas) et l'infection au VIH (6% des cas). Le facteur VIH+ passe cependant à 4% des cas en 2004, simplement parce que le nombre de ces patients positifs au VIH a diminué d'une année à l'autre. La toxicomanie ne concerne « que » 1% des cas pour les deux années.

Tableau 55: Patients avec au moins un facteur de risque favorisant le développement de la tuberculose, Belgique – 2003/2004

Facteur de risque	N 2003	% cas 2003	N 2004	% cas 2004
Alcoolisme	82	7%	81	7%
VIH	70	6%	55	4%
Immunosuppression (par maladie/médicaments)	50	4%	49	4%
Sous-nutrition	49	4%	54	4%
Diabète	44	4%	55	4%
Lésions fibrotiques (à la radiographie)	37	3%	73	6%
Pneumoconiose (silicose)	30	3%	32	3%
Carcinome de la tête ou du cou, leucémie, lymphome	17	2%	16	1%
Insuffisance rénale	17	2%	33	3%
Toxicomanie	7	1%	15	1%
Nombre total de facteurs de risque répertoriés	403		463	
Nombre total de patients avec au moins un facteur de risque	312	27,6%	333	27%

Sources: Registre de la tuberculose 2003, FARES, p. 23, voir www.fares.be; communication personnelle Patrick Desmet, FARES données 2004

2.2.3. La mortalité en rapport avec la consommation de drogues

2.2.3.1. Mortalité liée à la drogue

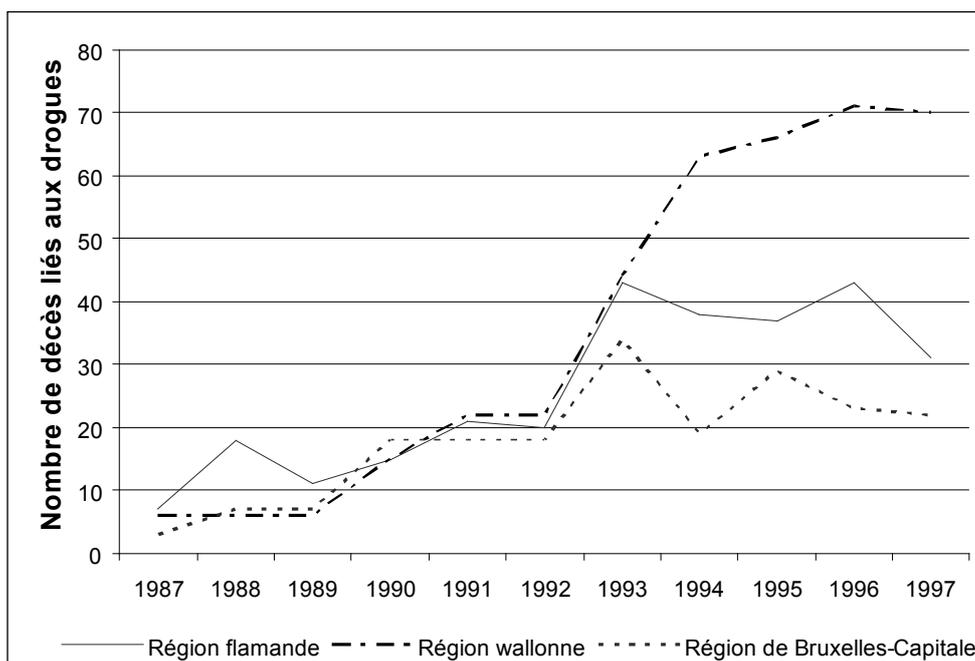
Nous ne disposons pas de données de mortalité pour la Communauté française depuis 1998. Seules des données pour la région de Bruxelles-capitale sont disponibles.

La définition, adoptée selon un critère de l'OEDT, décrit un décès lié aux drogues comme suit :

- Lorsque la cause principale du décès était une des suivantes: psychose(s) liée(s) aux drogues; dépendance aux drogues; abus de drogue(s) en l'absence de dépendance; empoisonnement accidentel; suicide ou empoisonnement auto infligé ou encore empoisonnement sans intention déterminée.
- Lorsque la mort est à attribuer à un ensemble de drogues précises, soit: les opiacés, la cocaïne, les amphétamines et leurs dérivés, le cannabis ou encore les hallucinogènes.

De 1987 à 1993, on observe une augmentation régulière du nombre de décès qui suit une même tendance dans les 3 Régions. A partir de 1993, le nombre de décès continue à augmenter de manière importante en Région wallonne et reste stable en Région bruxelloise et Région flamande. Ainsi, en 1997 on enregistrait 70 décès en Région wallonne, 22 en Région de Bruxelles-Capitale et 31 en Région flamande.

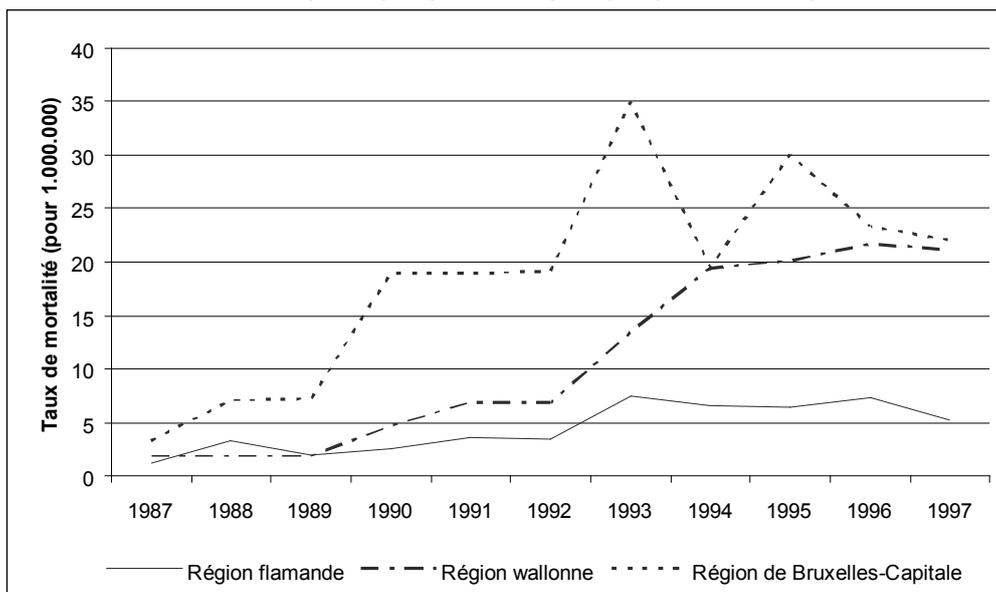
Figure 51 : Evolution du nombre de décès liés aux drogues, 1987-1997



Source: Guido Jossels, Drug-related deaths in Belgium, 1987-1997, IPH/EPI reports nr.2004-17, p12

Par ailleurs, les taux de mortalité par région montrent en conséquence, pendant cette période, l'évolution suivante :

Figure 52: Taux de mortalité standardisés pour l'âge et pour le sexe, par région, pour 1.000.000 personnes, 1987-1997

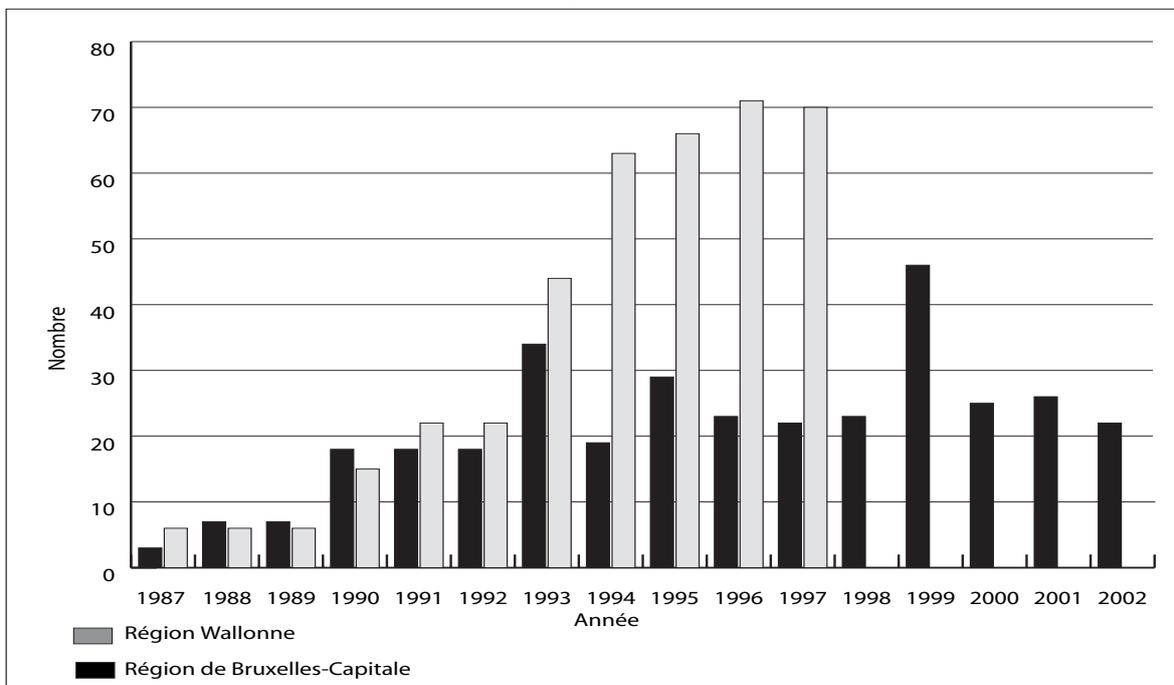


Source: Guido Jossels, Drug-related deaths in Belgium, 1987-1997, IPH/EPI reports nr.2004-17, p13

Le taux est dès le début plus élevé à Bruxelles, ce qui revient à dire qu'il y a proportionnellement plus de décès « à cause des drogues » qu'ailleurs. Cette différence augmente constamment jusqu'en 1993 en atteignant un pic de 35 décès pour 100.000. La Région flamande se maintient entre 5 et 10 décès pour 1.000.000, alors que les deux autres régions se rejoignent peu à peu aux alentours de 22-23 décès. (1997).

On terminera en signalant que la proportion hommes/femmes retrouvée dans le nombre de décès est similaire au ratio hommes/femmes au sein de la population des consommateurs de drogues (651 (73,1%) concernent des hommes et 239 (26,9%) des femmes).

Figure 53: Evolution du nombre de décès liés aux drogues, Région de Bruxelles-Capitale et Région wallonne, 1987-2002

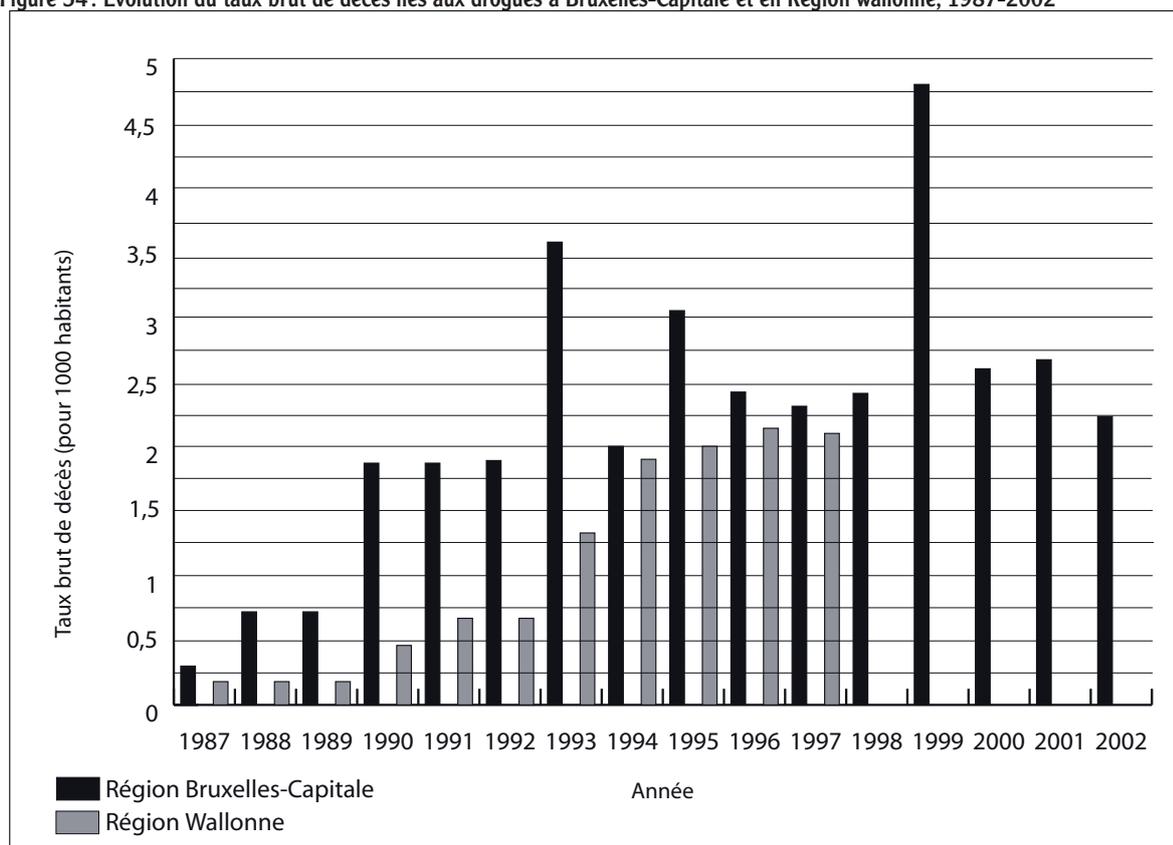


Sources: mortalité liée aux drogues 1987 - 1997: Guido Jossels, Drug-related deaths in Belgium, 1987-1997, IPH/EPI reports nr.2004-17; mortalité liée aux drogues 1998 - 2002: Myriam De Spiegelaere, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Communication personnelle; données générales de population: ISSP, Standardised Procedures for Mortality Analysis (<http://www.iph.fgov.be/epidemiol/spma/>)

Comme on le voit, les chiffres absolus du nombre de décès liés aux drogues sont disponibles jusqu'en 2002 pour la région de Bruxelles-Capitale, mais s'arrêtent en 1997 pour la Région Wallonne. En cause : un manque de moyens rédhibitoire au niveau de la Communauté française (responsable de ce recueil), qui se traduit pas l'absence de données.

L'augmentation soudaine du nombre de décès observé en Wallonie à partir de 1993 (saut de 22 à 44 morts par an, pour continuer à augmenter et culminer aux alentours de 70 en 1997 et 1998), est causée presque exclusivement par la catégorie « empoisonnement accidentel » (multipliée par 4 de 1992 à 1993, et par 7 ou 8 les années suivantes). Selon le rapport national belge sur les drogues⁴⁶, cette brusque augmentation pourrait être due à un plus grand soin apporté à la rédaction des certificats de décès.

Figure 54 : Evolution du taux brut de décès liés aux drogues à Bruxelles-Capitale et en Région wallonne, 1987-2002



Le taux brut de décès liés aux drogues représente le nombre de ces décès rapporté au nombre d'habitants d'une région donnée. Il y a donc plus de décès liés aux drogues, par habitant, à Bruxelles-Capitale, qu'en Wallonie (même si les chiffres absolus de ces décès sont plus élevés en Wallonie, comme le montre le graphique précédent).

Ces taux sont à interpréter avec circonspection. En effet, il pourrait s'avérer qu'un groupe spécifique (par exemple les 20-30 ans ou un groupe à risque particulier) est plus représenté à Bruxelles qu'en Wallonie. Pour pouvoir les comparer « toutes choses égales par ailleurs », il faudrait au minimum disposer des taux standardisés pour l'âge.

On déplorera une fois encore l'absence de données récentes pour la Région Wallonne.

⁴⁶ SLEIMAN S et Al. , Belgian national report on drugs 2003, rapport annuel, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, 2003, p 40

2.2.3.2. Décès en prison

Le 27 juin 2005, Répondant à une question parlementaire sur le sujet, la Ministre de la Justice a communiqué les chiffres suivants quant au nombre de décès en prison identifiés comme résultant d'une overdose de « produits stupéfiants ».

Tableau 56: Nombre de décès attribués à une overdose de stupéfiants dans les prisons belges, 2000-2004.

Année	Nombre de décès
2000	6
2001	4
2002	5
2003	5
2004	2

Source: Q. et Rép. Chambre 2004-05, 27 juin 2005, 14445-14446 (Q. n° 575 MARINOWER), cit. in SLEIMAN S et Al. , *Belgian national report on drugs 2003*, rapport annuel, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, 2005, p 64

2.2.3.3. Co-morbidité/ Co-mortalité

Suicides.

Dans son dossier 2003/04, l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles dresse un état des lieux sur le suicide en Région de Bruxelles – Capitale pour la période allant de 1998-2000. Voir à ce sujet notre précédent rapport sur l'usage de drogues en Communauté française (2001-2003).

Nous allons à présent détailler l'ensemble des décès directement liés aux drogues, qu'il s'agisse de décès accidentels ou de suicides.

Mais avant tout, quelques définitions :

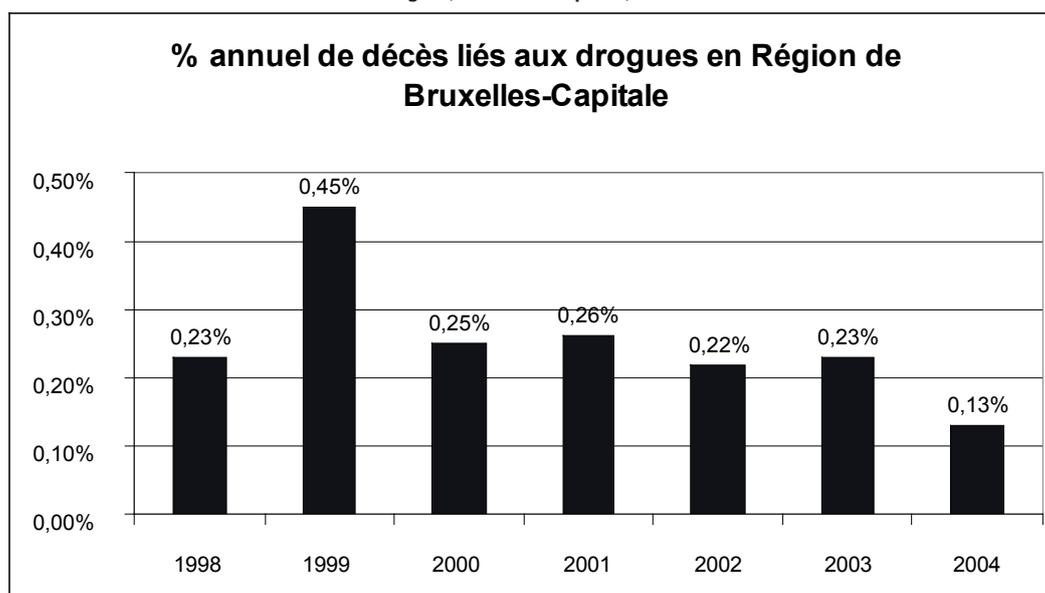
Drogues: sont pris en considération les opiacés, le cannabis, la cocaïne, les psychostimulants, les hallucinogènes et les « drogues multiples ». Ni l'alcool, ni les médicaments psychotropes ne sont pris en compte, sauf les psychostimulants présentant un risque d'abus.

Empoisonnement accidentel: il s'agit d'une intoxication ayant entraîné la mort mais sans intention.

Empoisonnement intentionnel: il s'agit des suicides avérés par consommation de drogues.

Désordres: on désigne ainsi les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (ayant entraîné la mort, dans le cas présent).

Figure 55: évolution du taux de décès liés aux drogues, Bruxelles-Capitale, 1998-2004



Source: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Myriam De Spiegelaere, communication personnelle

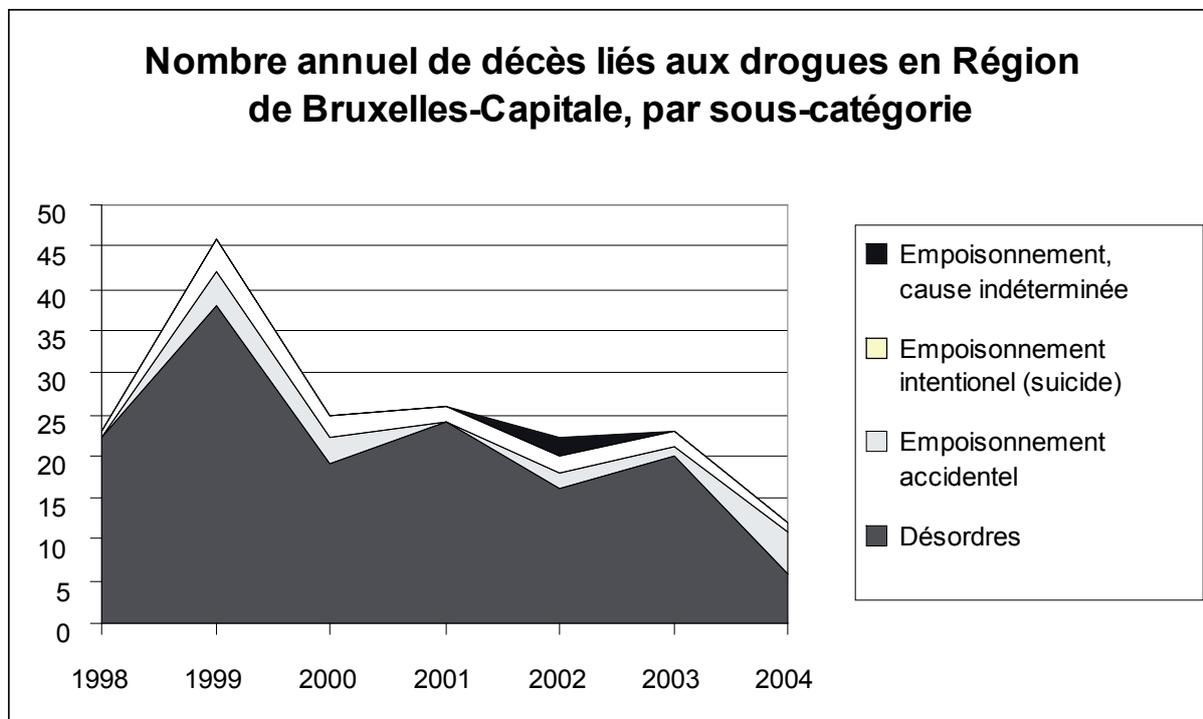
On constate que la proportion globale des décès liés aux drogues en Région bruxelloise montre une certaine stabilité, un peu au-dessus de 0,2%, sauf pour le pic de 1999 et la récente chute de 2004 (environ de moitié).

Le pic de 1999, comme détaillé ci-dessous, correspond à une augmentation simultanée des proportions à attribuer aux 3 sous-catégories « désordres » ; « empoisonnement accidentel » et « empoisonnement intentionnel » (suicide). En revanche, la diminution de 2004 est à attribuer principalement à une chute de la sous-catégorie « désordres » et secondairement à la baisse de la sous-catégorie « empoisonnement accidentel ».

A noter que le nombre total des décès dans la région est lui-même assez stable et tourne autour de 10.000 décès par an, avec, là aussi, un pic en 1999 (10.223).

La figure suivante donne un aperçu de la répartition, par classe d'âges, des « sous-catégories » de décès liés aux drogues, et ce via le nombre de décès cumulés dans chaque sous-catégorie, pendant la période 1998-2004.

Figure 56: nombre de décès liés aux drogues en fonction de la cause du décès, Bruxelles-Capitale, 1998-2004



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Myriam De Spiegelaere, communication personnelle

2.3. Les conséquences sociales

2.3.1. Confrontation à la justice

La confrontation à la justice est une des conséquences sociales (de la consommation de drogues) que nous aborderons. Elle doit toutefois être maniée avec prudence : en effet, une augmentation des infractions liées aux stupéfiants peut n'être que le reflet d'une activité policière plus intense d'une année à l'autre.

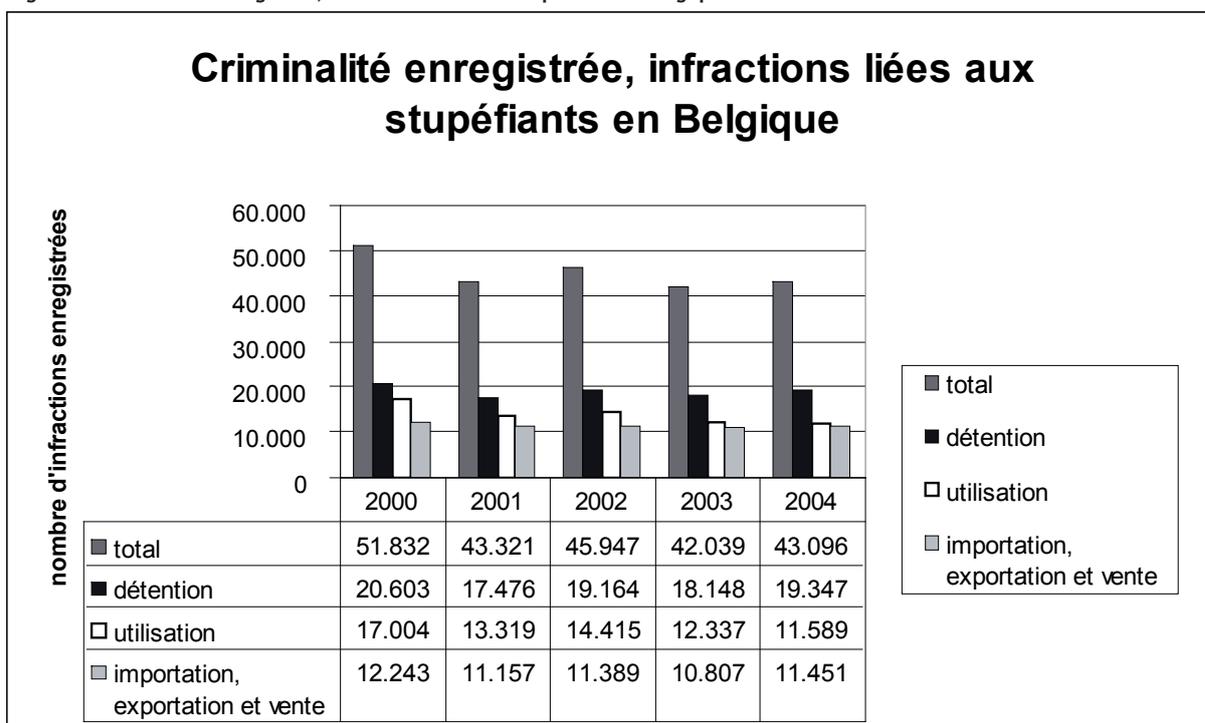
En 2004, les trois substances les plus citées dans les rapports de police (pour possession, usage ou trafic) furent :

- le cannabis (23.377 cas)
- la cocaïne (3.774 cas)
- l'héroïne (3.363 cas) ⁴⁷

2.3.1.1. Données recueillies par les forces de l'ordre

Les chiffres qui suivent concernent la criminalité enregistrée (les infractions pour lesquelles un procès-verbal a été dressé, soit des infractions accomplies et des tentatives). Voici les chiffres absolus et les pourcentages qu'ils représentent, par rapport à la criminalité globale, des infractions liées aux stupéfiants. Ces chiffres sont actualisés, y compris pour les années 2000 à 2002. Ils proviennent en effet de la base de données SCII-SPC (Statistiques de Criminalité Interpolicières Intégrées - Statistiques Policières de Criminalité), des archives ISLP et de la BNG (Banque de données Nationale), alors qu'ils étaient précédemment inférés « uniquement » des databases SCII-SPC.

Figure 57: Criminalité enregistrée, infractions liées aux stupéfiants en Belgique



Source: Police fédérale, voir http://statbel.fgov.be/figures/d352_fr.asp (détail des sources: databases SCII-SPC, archives ISLP et BNG)

La ligne des « totaux » annuels reprend donc en fait le sous-total « stupéfiants » de l'ensemble des infractions enregistrées. Voici, en pourcentages de toutes les infractions, ce que représente la criminalité enregistrée liée aux drogues :

⁴⁷ SLEIMAN S et Al. , Belgian national report on drugs 2003, rapport annuel, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, standard table 11, 2005

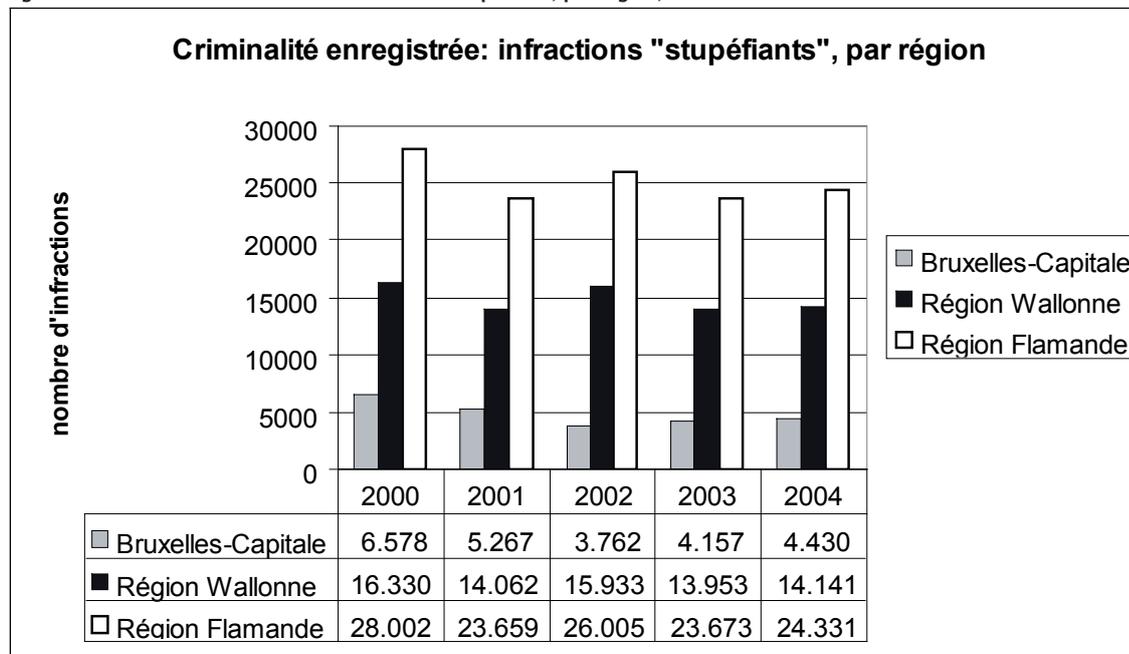
Tableau 57 : ratio criminalité enregistrée liée aux drogues / ensemble de la criminalité enregistrée

Criminalité enregistrée	2000	2001	2002	2003	2004
Sous-total stupéfiants et drogues	51.382 (5%)	43.321 (4,4%)	45.947 (4,5%)	42.039 (4,1%)	43.096 (4,3%)

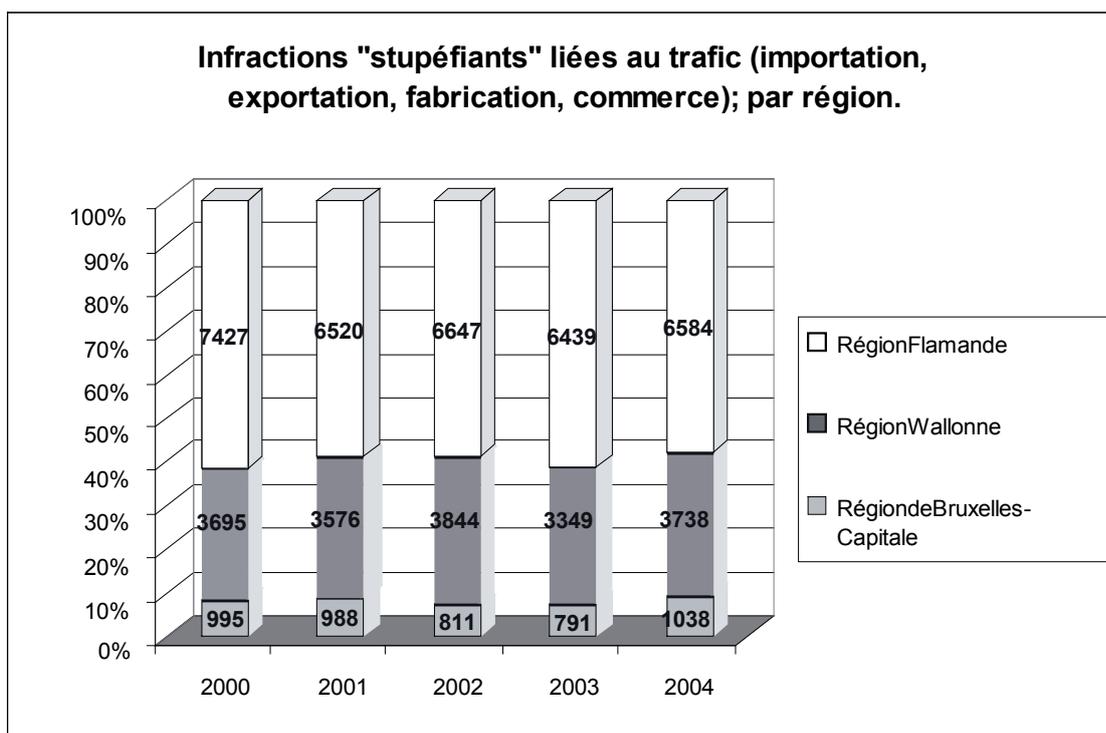
Source: Police fédérale, voir http://statbel.fgov.be/figures/d352_fr.asp (détail des sources: databases SCII-SPC, archives ISLP et BNG.)

Voici à présent une comparaison par région, de 2000 à 2004 :

Figure 58: Nombre annuel d'infractions liées aux stupéfiants, par région, 2000-2004



Par ailleurs, voici une comparaison entre régions des activités de trafic (importation, exportation, fabrication et commerce), et de leurs proportions relatives.



Sur ces 5 années, on observe une certaine stabilité dans les proportions du trafic (enregistré) relevé dans chaque région. La Région flamande coiffe largement les deux autres, avec environ 60% du trafic enregistré. C'est peut-être plus significatif en regard de la Région wallonne (environ 30% du total) que de la Région bruxelloise, nettement plus petite.

2.3.1.2. Les accidents de la route

◆ Sécurité routière et alcool

Tableau 58: Nombre de conducteurs et de piétons victimes d'un accident selon le résultat du test d'alcoolémie - 2002

Conducteurs et piétons						
Test d'alcoolémie	Total	tués	mortellement blessés	décédés 30 jours*	blessés graves	blessés légers
Total	50.830	1.034	97	1.131	6.664	43.035
Non pratiqué	39.337	1.015	94	1.109	5.526	32.701
Refusé par le conducteur	157	-	-	-	30	128
Positif	2.264	3	1	4	277	1.982
Négatif	9.072	16	2	18	831	8.224

Source : Ministère des Affaires Economiques, Institut National de Statistiques, R. NARDI., communication personnelle

On le voit, sur un total de 50.830 personnes impliquées dans ces accidents de roulage, 11.493 se sont vues proposer le test d'alcoolémie. Sur les 11.336 qui l'ont accepté, les personnes avec un test d'alcoolémie positif représentent 4,45% de l'ensemble. Les tests négatifs et les personnes non testées rassemblent, eux, 95% de l'ensemble.

On rappellera toutefois que les dernières statistiques de l'IBSR (2001), qui ne tenaient pas compte des piétons impliqués, livraient un taux de présence d'alcool dans les accidents d'un peu plus de 8%.

◆ Sécurité routière et drogues

Tableau 59: Nombre de conducteurs victimes suivant leur état (ivresse, influence de médicaments...) - 2002

Etat	Total	décédés 30 jours*	blessés graves	blessés légers
Total	50.830	1.131	6.664	43.035
Normal	43.271	409	4.932	37.929
Ivresse manifeste	2.113	9	379	1.726
Ivresse manifeste et sous l'influence de médicaments ou drogues	44	1	11	32
Ivresse manifeste et malade, fatigué	61	-	13	48
Sous l'influence de médicaments ou drogues	110	3	23	84
Sous l'influence de médicaments ou drogues et malade, fatigué	23	-	3	20
Malade, fatigué	706	38	165	504
Autre ou inconnu	4.502	671	1.138	2.693

Source : Ministère des Affaires Economiques, Institut National de Statistiques, R. NARDI., communication personnelle

On constatera que la somme des conducteurs victimes d'accidents de roulage, sous influence de médicaments ou de drogues illégales, que ce soit en combinaison avec l'alcool ou pas, en état de fatigue/ maladie ou pas, se monte à 177, soit 0,35% de l'ensemble des accidents répertoriés.

* Décédés 30 jours = tués sur place + mortellement blessés

On notera la fusion, dans la même catégorie, des médicaments et des drogues, intéressante dans une approche globale des psychotropes mais ne permettant évidemment pas de se positionner de manière tranchée sur l'influence des drogues illégales.

On se risquera toutefois brièvement à comparer les « scores » de l'alcool et des « médicaments ou drogues » sans autre mélange détecté : l'alcool emporte largement cette sinistre compétition avec ses 2.113 « ivresse manifeste » (4,15% de l'ensemble) contre les 110 personnes sous « seule » influence de drogues ou médicaments (0,2% de l'ensemble). Résultat à nuancer toutefois, car le contrôle de ces dernières substances est moins pratiqué.

2.4. Disponibilité et offre

2.4.1. Les saisies en Belgique

Les données statistiques sur les saisies de stupéfiants reposent exclusivement sur les résultats positifs de contrôles ou d'enquêtes. Ils ne reflètent donc pas le nombre total des infractions liées aux drogues, puisqu'un certain nombre de celles-ci échappent aux contrôles et aux enquêtes. Il faut donc être prudent dans l'analyse de ces données :

- a) les saisies peuvent dépendre d'un contexte politique et des politiques de poursuites qui en découlent
- b) la quantité peut augmenter énormément suite à une saisie "exceptionnelle"

Tableau 60 : nombre et quantités de saisies : 2000 - 2003 Belgique

Année	Unité de mesures pour les quantités	2000		2001		2002		2003	
		Nombre	Quantité	Nombre	Quantité	Nombre	Quantité	Nombre	Quantité
Cannabis	kg	28435	31610	15908	N.A.	15903	29218	N.A.	14345
Héroïne	kg	1340	185	1733	N.A.	N.A.	262	N.A.	1104
Cocaïne	kg	921	1652	1081	N.A.	N.A.	3589.	N.A.	1825
Amphétamines	kg	907	75,14	1270	N.A.	N.A.	500.	N.A.	3702
	(pilule)	167	18397		N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	
'Ecstasy'	(pilule)	2402	818515	2450	N.A.	N.A.	1564	N.A.	N.A.
	(kg)	102	37		N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
LSD	doses	107	1090	42	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Source : Police fédérale – DGJ/DJP/Prog.Drogues – BD POLIS ; cit. in Sleiman & al, 2005.

2.4.2. Le prix des drogues en Belgique⁴⁸

Le prix et son évolution (augmentation ou baisse) peuvent fournir une indication sur l'éventail des consommateurs potentiels. Un prix élevé peut, par exemple, constituer une entrave à la diffusion.

⁴⁸ En raison des modifications dans la base de données de la police fédérale, les données pour l'année 2002 ne sont pas disponibles.

Tableau 61 : Le prix moyen des drogues selon la police fédérale

Drogue	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Cannabis graines (/gram)	8.1 (3.7-12.4)*	3.1 (2.4-3.7)	7.4	8.1 (6.2-9.9)	5.6 (5.0-6.2)	7.3 (3.7-12.5)	n.a.	5.5 (4-7)
Cannabis plantes (/gram)	5.0 (2.5-7.4)	3.7 (2.5-5.0)	6.5	5.6 (3.7-7.4)	4.2 (3.4-5.0)	7.9 (3.7-12.5)	n.a.	5 (4-6)
Héroïne (/gram)	37.2	22.3 (19.8-24.5)	21.1	39.7 (19.8-59.5)	26.8 (18.8-34.7)	30.7 (12.5-50)	n.a.	27 (9-50)
Cocaïne (/gram)	49.6 (37.2-62.0)	55.8 (49.6-61.2)	58.9	55.8 (37.2-74.4)	60.1 (45.9-74.4)	53.4 (42.2-64.6)	n.a.	45 (10-75)
Amphétamines (/pilule)	-	-	-	7.9 (6.0-9.9)	5.0 (3.7-6.2)	11.9 (9.4-14.4)	n.a.	7 (7-7)
Ecstasy (/pilule)	12.4	6.5	8.7	7.2 (4.5-9.9)	7.3 (5.7-8.9)	6.3 (3.7-13.1)	n.a.	5.5 (4-7)
LSD (dose)	6.2 (5.0-7.4)	6.8 (5.0-8.7)	6.9	-	3.1 (2.5-3.7)	8.7 (7.4-9.9)	n.a.	10 (7-13)

Source : Eurotox., 2005(Standard table 16, 2004) * Les prix maximum et minimum se trouvent entre parenthèses.

La cocaïne reste selon ces données la drogue la plus chère (45 euro/gram), même si son prix baisse régulièrement depuis le pic de 2000 à 60.1 euro/gram. Ensuite vient l'héroïne avec ses 27 euro/gram. Les grandes variations de qualité que connaît l'héroïne font augmenter et diminuer fortement le prix. L'ecstasy ne coûte pas cher, et même de moins en moins cher depuis 1998 (il aurait perdu depuis lors environ un tiers de sa valeur, selon ces données).

En 2004, dans le cadre du Rapport National sur l'Usage de drogues (Sleiman & al., 2005), des données ont été récoltées sur les prix de différentes drogues en rue. Ces données ont été récoltées en Communauté française par des intervenants des comptoirs d'échange de seringues, des éducateurs de rue et des intervenants en milieu festif, dans les villes de Bruxelles, Charleroi, Mons, Liège et Beauraing.

Le tableau suivant présente les résultats de cette collecte de données.

Tableau 62 : Le prix moyen des drogues en rue

DROGUE	2004
Cannabis (résine) (par gramme)	5.08 (4.00-10.00)
Cannabis (herbe) (par gramme)	4.57 (4.00-5.00)
Héroïne (par gramme)	
▪ Brune	22 (14.00-40.00)
▪ Blanche	31 (25.00-40.00)
Cocaïne poudre (par gramme)	40.82 (30.00-100.00)
Crack (par morceau)	n.a
Amphétamines poudre (par gramme)	10 (7.50-10.00)
'Ecstasy' (par comprimé)	4.90 (2.50-7.00)
LSD (par dose)	7.50 (5.00-10.00)

Source : Sleiman & al., 2005(Standard table 16, 2004)

On peut ainsi constater que:

- l'héroïne blanche est peu accessible en Belgique ;
- on ne vend pas de crack en Belgique (les consommateurs le préparent eux-mêmes - free-base) ;
- les usagers rapportent que le prix du cannabis a chuté à l'occasion du passage à l'euro. Ainsi une barrette de haschich vendue alors pour 500 FB (12,39 Euros), se vend à 10 euros en 2004 ;
- certains critères sont à prendre en compte pour nuancer le prix au gramme, trop réducteur :

- **Ecstasy** : le prix moyen d'un comprimé est de 5 euros. Cependant, celui-ci peut varier en fonction des quantités achetées. Par exemple, à Bruxelles, ces comprimés peuvent être vendus à 0,35 euros le comprimé par 1000, 1 euro le comprimé par 100 ou encore 2,5 euros le comprimé par 50. Ce facteur explique que les consommateurs achètent souvent de grandes quantités.
- **Héroïne brune** : à Charleroi, il a été rapporté que l'héroïne se négociait généralement à 20 euros les 0,8g, 65 euros les 100 g. Mais les dealers, afin d'élargir leur clientèle, vendraient également en plus petites quantités (jusqu'à 10 euros les 0,35g.). A Bruxelles, un « pacson » contient 0,6 mg d'héroïne.
- **Cocaïne** : à Charleroi toujours, les tarifs dégressifs valent également pour la cocaïne : 50 euros les 0,8g (62 eur/g) ; 225 euros environ pour 4,2g (53 euros/g) ; 20 euros les 0,5g et enfin 10 euros les 0,25 grammes (transaction rare).
- **Méthadone** : enfin, toujours à Charleroi, les usagers signalent des fluctuations dans les prix, en fonction des besoins du dealer. Ainsi, un comprimé peut être vendu entre 2,3 et 5 euros.

De plus, rappelons que de manière générale, la différence de qualité modifie le prix de chaque drogue. Le prix est également lié à une période déterminée. Le lieu (la rue, une fête, ...) où la drogue est vendue, a aussi une influence sur le prix. Pour cette raison, il faut se garder de généraliser les prix donnés par la police fédérale, bien qu'ils soient intéressants à titre indicatif.

Les indicateurs suivants (les lignes téléphoniques, les saisies, les overdoses, le prix des drogues,...) peuvent nous renseigner sur les changements possibles quant à l'offre, à la disponibilité des drogues, sur le profil des consommateurs, la distribution géographique...



Chapitre 3 : Promotion de la santé, prévention et réduction des risques

3.1. La promotion de la santé et la prévention

3.1.1. Politique de la Communauté française en matière de Promotion de la Santé :

Comme évoqué dans le Chapitre 1, la Communauté française a adopté depuis juillet 1997⁴⁹, un nouveau cadre de référence en ce qui concerne la prévention, qui est celui de la promotion de la santé. Un premier plan quinquennal de promotion de la santé (1998-2003), puis un second (2004-2008) ont été élaborés dans la ligne directrice de la Charte d'Ottawa (1986)⁵⁰. Ce changement de cap vers le champ de la promotion de la santé rompt définitivement avec les traditionnelles approches de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Grâce à ce décret, la promotion de la santé bénéficie d'un cadre qui en définit le concept, organise ses modalités de programmation (dans un cadre de programme quinquennal) et ses modalités pratiques d'application.

La brochure « Drogues assuétudes : quelle prévention »⁵¹ résume quant à elle la philosophie d'intervention des services actifs en prévention des assuétudes en Communauté française comme suit : *« dans une optique de Promotion de la santé, la prévention a surtout pour but d'aider les individus à trouver les ressources pour affronter les problèmes de la vie, à comprendre le sens et les enjeux des questions qui se posent à eux, à faire des choix personnels en tenant compte du contexte social. Cette prévention a donc une visée fondamentalement éducative. Elle n'est pas axée principalement sur la connaissance des produits. Elle privilégie l'analyse des représentations sociales et la compréhension des comportements liés aux produits : abstention, consommation récréative, abus, dépendance... Elle vise à ce que chacun puisse se situer par rapport à la consommation, problématique ou non, de produits illicites ou non ».*

3.1.2. Tendances actuelles des interventions des différents services en Promotion de la Santé en Communauté française

3.1.2.1. L'approche globale en promotion de la santé

L'approche globale en promotion de la santé répond à un objectif opérationnel⁵² : c'est en effet une démarche efficace sur le terrain de la prévention des (mé)usages de drogues et de la réduction des risques liés à leurs consommations. Ces messages préventifs s'inscrivent désormais dans un discours global de promotion de la santé et lorsque le public cible est « le jeune », il s'appuie sur les compétences des adultes qui l'entourent. Ces adultes dénommés « adultes- relais », sont par définition des personnes proches des jeunes (éducateurs, professeurs, ...) et à ce titre perçues par eux comme légitimes, mais aussi formées (ou « à former ») afin de faire passer un message de promotion de la santé.

⁴⁹ Le Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française du 14 juillet 1997.

⁵⁰ Charte d'Ottawa (1986) : qui pour rappel définit la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Etc. »

⁵¹ Drogues assuétudes : quelle prévention, édité en 2002 en collaboration avec les Fédito. (Fédération wallonne des Institutions pour Toxicomanes et la Fédération bruxelloise francophone des Institutions pour Toxicomanes).

⁵² Prospective Jeunesse, Communauté française de Belgique, Rapport d'activité 2005, p. 29

Dans cette même optique, la logique de prévention centrée sur les produits est désormais reléguée au profit d'une appréhension plus globale des comportements de consommation et plus largement des conduites à risque (violences, absentéismes, conduites suicidaires, ...). Par un message clair, celle-ci doit conduire les individus à être acteurs de leur propre santé et à leur faire prendre conscience de leurs responsabilités.

Le phénomène de formation d'adultes relais se renforce ces dernières années. Plusieurs facteurs l'expliquent :

- il est maintenant largement admis que l'« expert » extérieur n'a pas une place aussi pertinente/légitime auprès des jeunes : il risque notamment d'être perçu comme un spécialiste tendant à disqualifier la place du professeur et entretenant une forme de psychose de la drogue,
- l'adulte relais assurera une pérennité de l'intervention au sein de l'établissement scolaire et touchera d'avantage de jeunes que si des intervenants spécialisés devaient faire le tour de tous les établissements chaque année.

Il est à noter par ailleurs que les populations scolaires ont été (outre les populations fragilisées, la petite enfance) jugées prioritaires par les programmes quinquennaux 1998-2003 et 2004-2008.

Signalons aussi le développement de partenariats ayant pour objet l'échange de pratiques, la collaboration et la réflexion conjointes en matière de prévention des assuétudes (exemple, le projet RAPID, qui regroupe 3 associations liégeoises développa entre autres des cours dits « d'assuétudes » dans les écoles.)

3.1.2.2. Publics-cibles/lieux de vie visés par les projets subsidiés par la Communauté française et la Région wallonne. Illustration par des exemples.

3.1.2.2./a Méthodologie de l'enquête sur les projets 2005 dans les institutions :

Eurotox a envoyé une grille à toutes les institutions subsidiées par la Communauté française et la Région Wallonne qui ont dans leurs attributions des projets de prévention, de réduction des risques, de traitement et de réinsertion.

Nous nous intéresserons aux informations obtenues à travers ce canevas en matière de prévention. Sur base des informations récoltées, nous avons tenté une ébauche de classification des projets afin de donner un aperçu de la situation dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention. Les projets ont été classifiés en fonction des lieux de vie sur lesquels ils se concentraient. Un tableau non exhaustif reprenant ces différents projets se trouve en annexe n°9.

3.1.2.2./b Les projets :

b1. Les actions « grand public » :

Des réseaux documentaires actifs dans le domaine de la promotion de la santé se sont créés à Liège⁵³ et à Bruxelles⁵⁴. A Liège, le réseau de centres de documentation liégeois actif en promotion de la santé a vu le jour en 2001 et regroupe 5 associations liégeoises⁵⁵. Tous les sujets relatifs aux assuétudes y sont disponibles, ainsi que d'autres thématiques aussi larges que l'alimentation, l'hygiène de vie, la pauvreté, etc. Le Réseau Bruxellois des Centres de Documentation de la Santé (RBCDS) a été créé en 2000 à l'initiative du Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles. Ce réseau a été créé afin d'améliorer l'information et l'orientation des professionnels ou des usagers qui le souhaitent. Actuellement le RBCDS compte 19 membres. Ils se réunissent mensuellement pour développer le projet, partager leurs

⁵³ A Liège : Santedoc.be, Centre de documentation en promotion de la santé

⁵⁴ A Bruxelles : RBD Santé, Réseau Bruxellois de Documentation en promotion de la Santé

⁵⁵ L'asbl Nadja, Le Centre d'études et de documentation sociales, la médiathèque de la Communauté française, le Service Espace santé- Carrefour Info santé, le Centre liégeois de promotion de la santé.

informations, échanger leurs expériences respectives et améliorer la qualité du suivi documentaire. Le RBCDS n'est pas seulement un dispositif de partage des ressources documentaires entre ses membres ; c'est aussi une solution pertinente pour faciliter les contacts, faire émerger des idées nouvelles, assurer une circulation fluide de l'information. Il est à noter que ces deux réseaux de centres de documentation sont ouverts au grand public.

L'information au grand public est également assurée par la permanence téléphonique développées par l'ASBL Infor- Drogues. Les personnes qui le désirent peuvent obtenir toutes les informations et conseils concernant les assuétudes 24h/24. Notons aussi le nouveau concept d' E- permanences qui y est proposé. Il consiste en un système de « question-réponse » via E-mail. Toute question peut être posée en ligne, une réponse endéans les trois jours est garantie. L'anonymat du demandeur est respecté puisque le formulaire d'inscription prévoit l'utilisation d'un pseudonyme et d'un mot de passe. Ceux-ci lui permettent de revenir consulter la réponse dans l'anonymat.

Les acteurs du secteur spécialisé participent régulièrement à des émissions de radio et de télévision relatives aux sujets des assuétudes sur les différentes chaînes francophones.

« Accro-moi non plus » projet constitué d'une exposition interactive, d'un cd-rom, d'un site Internet... et destiné à tous les jeunes à partir de 14 ans a été développé par les Mutualités socialistes en partenariat avec d'autres institutions spécialisées. Cette exposition aborde simplement la vie des jeunes, les loisirs, plaisirs, bonheurs et coups durs qu'elle leur réserve. Cette démarche montre l'importance de la communication et des compétences sociales qui permettent aux adolescents de s'affirmer, d'identifier les situations problématiques, de les exprimer auprès de personnes de référence et de chercher des solutions.

Enfin les sites Internet et plus particulièrement celui d'Infor-Drogues constituent une voie importante de communication avec le public...

b2 : les actions dans les écoles :

Des associations développent différents projets dans les écoles, qui vont de la formation d'adultes relais à la simple diffusion de brochures. Leurs actions se concentrent sur les comportements et situations de consommation plutôt que sur les produits.

L'intervention dans les écoles s'effectue soit par le biais d'une assistance technique fournie aux corps professoraux afin de construire un projet adapté à la demande d'intervention, soit via des modules de prévention préétablis sur les assuétudes et les conduites à risques. Citons également l'existence de fiches pédagogiques destinées à susciter chez les adolescents (école secondaire) une réflexion relative à leurs besoins fondamentaux, la satisfaction/insatisfaction de ceux-ci et enfin les réponses adéquates qui peuvent être souhaitées par ces jeunes en cas de non-satisfaction des ces besoins (si possible en évitant l'écueil des dépendances).

D'autres interventions se font via des expositions, citons « Diabolo Manques, une exploration à la découverte de soi » qui permet de dédramatiser la situation de dépendances et d'informer les jeunes sur les dangers encourus.

b3. les actions destinées au public de la rue :

Plusieurs associations développent des projets spécifiques à la population rencontrée en rue. Ainsi, a travers les financements d'Interreg III, un échange d'éducateurs de rue entre les villes de Mons et Maubeuge a été possible et a occasionné un échange de savoirs sur les pratiques de terrain.

b4. les actions dans les prisons :

D'autres associations développent des activités de prévention et/ou même de réduction des risques en prison : par des visites d'usagers détenus ou susceptibles d'être libérés. Par ailleurs, des Centres Publics d'Aides Sociales proposent un soutien aux usagers qui sortent du milieu carcéral. Ceux-ci prennent

directement contact avec le C.P.A.S. ou sont renseignés à ce dernier par le service social de la prison ou par leurs familles. D'autres associations proposent des formations adressées à toute personne ayant des contacts avec des détenus et/ou ex détenus dans le cadre de ses activités professionnelles ou bénévoles (visiteur de prison).

3.1.2.3.: Aperçu des projets et de la mission de prévention en Région Bruxelloise

La mission de prévention relève des compétences de la Communauté française, cependant dans le cadre du décret du 27 mars 1995, la Commission communautaire française -Cocof s'acquitte d'une mission de prévention dont la définition est la suivante :

« Le service organise des activités de prévention ou collabore à l'organisation d'activités ayant pour objet la prévention, notamment la prévention des dommages encourus par les usagers de drogues. Les activités de prévention peuvent notamment consister en :

- l'information, la sensibilisation et l'éducation de la population ainsi que des acteurs des réseaux sanitaire, psychosocial, scolaire et socioculturel en matière de toxicomanies et de prévention des dommages encourus par les usagers de drogues ;
- des interventions particulières de prévention envers des groupes ciblés, notamment envers des personnes confrontées ou susceptibles d'être confrontées à des problèmes de toxicomanies ».

La circulaire précise : « *Les activités de prévention de groupes prises en considération par le décret ne concernent pas les activités de prévention primaire qui relèvent de la compétence de la Communauté française, mais bien des activités de prévention secondaire et tertiaire. Elles visent des groupes de personnes confrontés à des problèmes de toxicomanies. (Cf. la notion de public cible).* »

Cependant en pratique, la mission de prévention est déclinée sous tous ses aspects à l'exception des campagnes de sensibilisation. Il est à noter que les associations ont parfois aussi une mission d'accompagnement et de formation.

Depuis le renouvellement de l'agrément définitif en date du 1^{er} janvier 2004, 9 services s'inscrivent dans ce type d'interventions.

3.2. La Promotion de la Santé et la Réduction des Risques

Un grand nombre d'acteurs, mettent en place des actions de réduction des risques (RDR) en Communauté française. Ces actions sont menées dans les lieux de vie des usagers de drogues.

En ville, en rue :

- ✓ Mise en place de dispositifs permettant un meilleur accès au matériel stérile à travers des programmes d'échange de seringues en comptoirs fixes, en rue et en pharmacie ;
- ✓ Opérations Boule de Neige dont le principe consiste en la diffusion de consignes de sécurité (prévention du HIV/SIDA, hépatites, et risques analogues) par les (ex) usagers dans une série de lieux propices à la consommation (milieu festif, prison).
- ✓ En prison : information des détenus sur la réduction des risques (tant en matière de drogues que de relations sexuelles ou de piercings et tatouages) ; amélioration de l'accès gratuit et anonyme au matériel de prévention (préservatifs, traitements de substitution), prévention par les pairs.

En milieu festif / public festif / consommateurs de drogues dites festives :

- ✓ Diffusion par les pairs d'informations de Réduction des Risques (RDR) sur les produits et Infection Sexuellement Transmissible (IST) ;
- ✓ Equipe mobile de réduction des risques en milieu festif ;
- ✓ Lieu d'accueil, d'information et de réduction des risques pour usagers de drogues dites festives ;
- ✓ Charte de Bien Etre en milieu festif.

3.2.1. Les dispositifs d'échanges de seringues

Dans le cadre de son programme de prévention du sida, dès 1994, la Communauté française a permis la mise en place de programmes d'échanges de seringues.

L'échange de seringues répond à un triple objectif. D'une part, augmenter l'accessibilité au matériel d'injection et réduire les risques de transmission du VIH ou des hépatites liés à l'injection. D'autre part, il vise à réduire les risques de piqûres accidentelles par des non-consommateurs en encourageant la récupération de seringues. Enfin, il permet le contact avec les usagers et la création de « liens ». Les comptoirs sont également des lieux de relais d'éventuelles demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale.

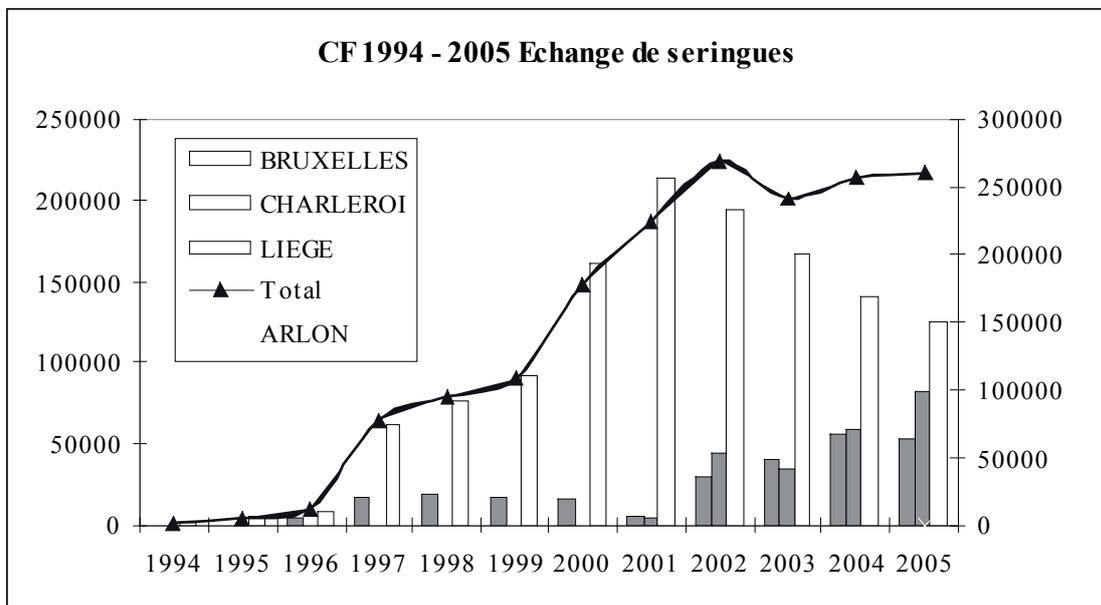
Dans les comptoirs d'échanges, outre les seringues, sont distribués : de l'eau pour injection, des tampons désinfectants, et de manière moins systématique des cuillères et filtres ainsi que de l'acide ascorbique. Tous les dispositifs d'échanges de seringues visent également à prévenir la propagation des maladies sexuellement transmissibles et ils distribuent notamment des préservatifs. Enfin, ils mettent à la disposition des usagers des informations sur le sida, les hépatites, les drogues et sur la manière d'injecter à moindre risque.

Différents types de programmes d'échanges de seringues sont mis en œuvre en Communauté française : des comptoirs fixes, des programmes en pharmacie, des programmes de rue, et de manière marginale, des programmes d'échanges de seringues en milieu festif. Ces différents programmes sont étroitement articulés et se complètent.

- A Bruxelles, on trouve deux comptoirs d'échanges de seringues (LAIRR et le CLIP) et des travailleurs de rue (DUNE) qui proposent le dispositif aux usagers les plus marginalisés dans la rue.
- Dinant offre un comptoir d'échanges de seringues depuis 2000 et Arlon depuis 2003
- Liège, compte 5 comptoirs d'échanges de seringues, 5 programmes d'échanges en pharmacie, 3 programmes d'échanges en rue menés par Icar, le Relais Social et le Siajef.
- Charleroi compte, depuis octobre 2001, un programme de rue et un comptoir d'échanges de seringues.

Comme l'indique la figure ci-dessous, l'échange de seringues s'est développé dans un premier temps surtout en région liégeoise et dans une moindre mesure à Bruxelles. Ce n'est que depuis 2001 que d'autres initiatives ont vu le jour, de manière limitée à Dinant, à Charleroi et à Bruxelles. Les provinces du Hainaut et du Luxembourg sont les plus pauvres en termes d'accessibilité au matériel d'injection. Jusqu'en 2001, cet accès se limitait à l'achat de matériel en pharmacie. Les chiffres des seringues distribuées montrent une augmentation linéaire constante de 1994 à 2002. On observe un certain fléchissement en 2003 et une stagnation depuis.

Figure 60: Evolution de l'échange des seringues en CF: 1994 - 2005



Les disparités locales sont cependant importantes : à Liège on assiste depuis 2002 à une diminution du nombre de seringues échangées. A Bruxelles et à Charleroi, par contre, on observe une augmentation, à mettre en lien avec une meilleure accessibilité des seringues pour les usagers.

Les taux de récupération de seringues usagées sont très élevés en Communauté française comparés à ce que l'on observe dans d'autres pays de l'Union Européenne. En 2004, le taux de récupération était de 103%, et de 95% en 2005. Le taux remarquable de 103 % s'explique par le fait que les usagers rapportent des seringues provenant d'autres sources de distribution telle que les pharmacies.

L'échange de seringues en Communauté française a été l'occasion au minimum⁵⁶ de 15.985 contacts en 2002, de 13.670 contacts en 2003, 23.647 contacts en 2004 et 22.500 contacts en 2005. La population rencontrée dans ces services est très marginalisée, comme l'a illustré une enquête réalisée en 2002 au comptoir de Charleroi⁵⁷. L'âge de ces usagers va de 15 à 40 ans, avec une moyenne de 30 ans. Les femmes représentent environ un cinquième des personnes qui fréquentent le dispositif. La plupart d'entre elles (90%) n'ont comme ressources que le chômage, le CPAS ou la mutuelle. Près des trois quart (73%) des répondants vivent seuls, et un tiers (36%) vivent avec entre un à quatre enfants. Près de la moitié d'entre eux (48%) ne vivent pas dans leur logement, mais chez quelqu'un d'autre (24%), dans un squat ou à la rue (21%) ou encore en institution (3%). Enfin, près de 80% des répondants ont déjà eu au moins une expérience d'emprisonnement. Pour ces personnes, le nombre d'emprisonnements varie de 1 à 8, avec une moyenne de trois. Enfin un tiers des personnes ayant été en prison, y ont fait usage de drogues par voie intraveineuse. La même enquête, réalisée au comptoir d'échange de seringues de Saint Gilles, le CLIP, a montré les mêmes résultats en terme de profil socio- démographique des usagers. Depuis 2001, des Stéricups®, kits contenant une cuillère stérile et un filtre, sont également distribués. Cependant faute de moyens ils ne sont pas disponibles dans tous les comptoirs et dans certains sont distribués de manière parcimonieuse. Là où les Stéricups étaient disponibles, le nombre distribué correspond environ à un tiers du nombre de seringues. Cette situation est un frein aux actions de prévention des hépatites C surtout. En particulier dans certains dispositifs importants, le Stéricup est totalement absent.

Les comptoirs d'échanges de seringues sont très différents les uns des autres. Certains mettent l'accent sur le travail communautaire, d'autres n'offrent pas d'activité spécifique à leurs usagers. D'autres encore offrent un minimum de soins infirmiers. Au comptoir de Charleroi un projet mené avec MST Sida permet un dépistage du VIH et hépatites sur place.

3.2.2. La vente de kits d'injection en pharmacie

Depuis 1996, des kits d'injection (pochettes Stérifix) sont en vente dans les pharmacies sur base volontaire à Bruxelles, Namur, Charleroi et (depuis 2003) Mons. Chaque pochette contient deux flapsules d'eau stérile, deux tampons désinfectants et une notice d'explication. Les pochettes sont livrées aux pharmaciens, qui sont chargés d'y ajouter deux seringues et de vendre le kit au prix de 0.50 Euros, soit le prix des seringues.

Les pharmaciens sont généralement approvisionnés par des grossistes répartiteurs. La promotion auprès des pharmaciens est réalisée via le démarchage des officines, soit par des jobistes usagers de drogues (à Bruxelles et à Mons), soit par des professionnels.

Tableau 63 Evolution du nombre de seringues vendues en pharmacie à travers Stérifix

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de seringues	28.986	24.166	26.000	31.850	46 850	38500

⁵⁶ Les données sont incomplètes ou indisponibles en certains lieux.

⁵⁷ Hariga F, Van Lierde J. CESC : Echange de seringues à Charleroi. Evaluation de la première année d'activités. Modus Vivendi. Carnet du risque N°42. Bruxelles 2002

3.2.3. Les opérations “ Boule de Neige ”

Ce projet consiste à mener auprès des usagers de drogues des actions de prévention de l'infection par le VIH ou les maladies infectieuses à mode de transmission analogue. Il s'agit d'opérations de proximité, visant un public marginalisé d'usagers qui n'ont, en général, que peu de contacts avec les structures de soins, et qui sont peu touchés par les campagnes de prévention à destination du grand public. Les actions visent à informer les personnes rencontrées sur les risques et sur les moyens de les réduire.

La méthodologie employée lors des opérations se veut participative: cela signifie que des (ex)usagers de drogues sont recrutés, formés et “envoyés sur le terrain” à la rencontre de leurs pairs pour répercuter des messages de prévention sanitaire. Les usagers rémunérés, les jobistes, sont assistés d'un questionnaire. Ainsi, cette phase est également l'occasion d'une collecte de données permettant d'apprécier l'évolution des opinions, comportements et modes de consommation des usagers. L'évaluation de chaque intervention est faite avec chaque jobiste. Environ 1000 usagers de drogues (principalement par voie intraveineuse) sont touchés.

Les opérations sont mises en place dans les provinces de Liège et de Namur, à Bruxelles et dans la région de Charleroi.

En 2002, la méthodologie a été expérimentée auprès d'un public d'usagers de drogues festives, et depuis 2001 adaptée au milieu pénitentiaire (cfr. infra).

Le manuel belge de méthodologie “Boule de Neige» a été publié en français et traduit en anglais, espagnol, grec, italien, portugais, slovène et finlandais. Le succès de cette stratégie, qui dépasse largement nos frontières, est à souligner.

3.2.4. Le travail de rue

Actuellement, on observe une harmonisation du travail de rue : les éducateurs coordonnent leurs actions pour travailler en réseau en y intégrant les usagers comme partenaires.

On constate aussi une prise de conscience de la nécessité d'élargir la notion de public -cible non seulement à toute personne qui vit et/ou rencontre des problèmes en rue (personnes sans domicile et/ou sans revenu fixe, prostitué(e)s, jeunes en décrochage, personnes alcoolo-dépendantes ou toxico-dépendantes...), mais aussi à toute personne en contact avec ces dernières. Le travail des éducateurs de rue s'inscrit donc dans une prévention sociale au sens large. Il s'agit de permettre aux différents protagonistes, par un travail de médiation, de devenir acteurs dans la gestion des problèmes rencontrés pour en diminuer les nuisances les plus dommageables.

3.2.5. Le développement de l'accès à l'information

Plusieurs brochures ont été réalisées récemment (voir point 3.3.: les outils). L'objectif de ces brochures est de rendre l'information accessible et de sensibiliser les usagers de drogues aux risques liés à leur consommation. Ces brochures proposent des solutions pragmatiques qui ne visent pas le risque zéro mais qui donnent une place responsable à l'individu afin qu'il gère les risques qu'il prend.

3.2.6. Les interventions en milieu festif

3.2.6.1. Diffusion d'information en milieu festif

Depuis 1999, un projet de diffusion d'information en milieu festif est mis en place en Communauté française par différents partenaires des secteurs des assuétudes et de l'aide à la jeunesse. Ce projet participatif, consiste en la distribution de matériel d'information et de préservatifs par des pairs spécifiquement formés. En 2005, plus de 120 événements ont été couverts en Communauté française par 31 partenaires différents.

3.2.6.2. Interventions dans les festivals

Des actions de réduction des risques sont menées par différents intervenants dans des festivals de musique et “free party” qui se déroulent en Communauté française. Le Verdure Rock à Namur, la City Parade de Liège, le festival de Nandrin, le festival de Dour comptent par exemple parmi ces événements. En fonction de la nature de l'événement et de sa durée, les activités mises en place comprennent la diffusion d'information, la distribution de préservatifs, l'échange de seringues, la distribution d'eau, l'accompagnement des personnes en «bad trip». Rappelons aussi les expériences pilotes d'analyse de pilules sur site et en laboratoire (voir supra). Ces actions de testing menées depuis 1998 sont interrompues depuis septembre 2002, suite aux interventions du Ministre de la Justice. Cependant, depuis 2005, Modus Fiesta, projet de l'ASBL Modus Vivendi a repris des interventions de testing en milieu festif.

3.2.7. Les interventions de réduction des risques en prison

Voici un état des lieux des actions de réduction des risques mises en place en prison en Communauté française :

3.2.7.1. Accès à l'information

Les brochures d'information (voir supra), dont une brochure spécifique à l'intention des usagers de drogues incarcérés (“Et Vogue la Galère”)⁵⁸ doivent être mises à disposition des détenus sur commande des services sociaux ou de santé des prisons. Le stock est géré par la pharmacie centrale de l'administration des établissements pénitentiaires située à Forest, mais il faut constater que ce mode de diffusion laisse à désirer.

La brochure «Et Vogue la Galère» a été traduite en Néerlandais à la demande du Ministère de la Justice pour une diffusion auprès des détenus néerlandophones.

Expérience pilote d'opération Boule-de-neige

Une première expérience a été menée à la prison de Namur en automne 2001. Ce projet, évalué positivement, a ensuite été étendu aux prisons de Lantin, Jamioulx et Forest en 2002 et 2003. Fin 2005, ces diverses expériences ont repris.

3.2.7.2. Accès aux préservatifs

Malheureusement, ce domaine souffre également d'un manque de moyens. Le secteur associatif ne pouvant bien sûr assurer cette disponibilité à l'intérieur du milieu carcéral, c'est en principe à l'administration pénitentiaire de s'en charger. Un projet, qui incluait un packaging spécifique avec gel, visant à une meilleure accessibilité des préservatifs en prison débuté en 2001 est aujourd'hui interrompu faute de moyens.

⁵⁸ Brochure réalisée par Modus Vivendi, le CLIPS, Questions Santé, 2002

3.3. Les outils

3.3.1. Brochures, livres et revue :

3.3.1.1. Brochures

Si tu bois trop, les neurones trinquent

Conception : Paul Verbanck, Hôpital Brugmann, Bruxelles

Brochure qui accompagne l'exposition du même nom

Outil informatif à destination du grand public

Réalisation : Hôpital Brugmann, Bruxelles ; la Province de Liège ; la Maison du Social, Province de Liège.

Avec le soutien de la Communauté française

Date : 2005

Parents-enfants : Dialogues à propos des dépendances

Province de Liège, Maison du Social Province de Liège

En collaboration avec : Pr Noirfalise, RAPID, NADJA, CLIPS, AVAT, ALFA

Date : 2005

Tabac. Et si j'arrêtais? Pourquoi? Quand? Comment?

Réalisation : Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, Observatoire de la Santé du Hainaut

Date : Septembre 2005

3.3.1.2. Livres

Drug beleid in cijfers. Een studie naar betrokken actoren, overheidsuitgaven en bereikte doelgroepen

La politique des drogues en chiffres. Une étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes

B. De Ruyver, I. Pelc, J. Casselman, P. Nicaise, ...

Reeks Actuele Problemen met betrekking tot de Sociale Cohesie

Série Problèmes Actuels de Cohésion Sociale

Federaal wetenschapsbeleid - Academia Press, 2004, 499 pages

3.3.1.3. Revues/magazines

Les Cahiers de Prospective Jeunesse

2004

- N° 30 : Contextes et consommations
- N° 31 : Santé et prévention : braderie ou promotion ?
- N° 32 : Actes du colloque «Jeunes et alcool» du 18 mai 2004
- N° 33 : Le tabac

2005

- N° 35 : Santé et communication : info ou intox ?
- N° 36 : Fête et psychotropes
- N° 37 : Pauvreté, contrôle social et (dé)stigmatisation Tome 1
- N° 38 : Pauvreté, contrôle social et (dé)stigmatisation Tome 2

Education Santé

2004

- N° 188 : Responsabilité et santé
- N° 193 : Prévention du sida et des MST
- N° 194 : Mon patient fume ...

2005

- N° 197 : Jeunes et alcool : quand la prévention s'emmêle
- N° 202 : Martine fait de la promotion de la santé
- N° 207 : Assuétudes : les experts ont tiré leur plan

Santé conjugée

2004

- N° 28 : La participation des usagers à la santé

L'Observatoire de la santé du Hainaut

2004

Carnet de bord de la santé

Bruxelles Santé

N° spécial 2004 : Assises de la Réduction des Risques liés à l'Usage des Drogues
Actes du colloque organisé à Bruxelles les 4 et 5 décembre 2003

N° Spécial 2005 : Abus d'alcool : prévenir sans stigmatiser. Les boissons alcooliques causes d'accidents

Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale

Les réseaux santé. Un axe prioritaire de la politique de la Commission communautaire française

Les Cahiers de la Santé de la Commission communautaire française

2005

Médiation et Santé mentale

Journée d'étude, Bruxelles 24 septembre 2004

Drogues et nuisances publiques : une relation complexe

Sous la direction de Sophie Neuforge

Ed. Luc Pire, coll. Voix d'accès, 2004, 179 pages

Génération cannabis. Paroles de jeunes, paroles d'experts

Sous la coordination de Luc Descamps et Cécile Hayez

Préface de Jean-Pierre Jacques

Ed. L'Harmattan, coll. Educateurs et Prévention, 2005, 299 pages

Des hommes sur le fil. La construction de l'identité masculine en milieux précaires

Pascale Jamouille

Ed. La Découverte, coll. Alternatives sociales, 2005

3.3.2. : Colloques, outils et vidéos:

3.3.2.1. Colloques :

2004

Nouvelle réglementation sur le cannabis

Organisateur : Liaison Anti-prohibitionniste

Date : 19 janvier

Les jeunes et l'alcool

Organisateur : Plate-forme Jeunes et Alcool

Date : 18 mai

Par delà l'interdit

Organisateur : Liaison anti-prohibitionniste

Date : 21 octobre

2005

Party Drugs en scène

Type : Exposition interactive

Organisateur : Modus Fiesta, Bruxelles

Date : 22 avril

Comportements à risque à la lumière de la promotion de la santé

Type :

Organisateur : ENCBW (Haute école), Louvain-la-Neuve

Date : 11 mai

Lutte contre les drogues : quelles mesures pour une politique cohérente ?

Type : Colloque

Organisateur : Institut Emile Vandervelde, Bruxelles

Date : 22 septembre

Génération cannabis : paroles de jeunes, paroles d'experts

Type : Journée d'étude autour du livre «Génération cannabis», Louvain-la-Neuve

Organisateur : La Chaloupe

Date : 26 octobre

L'évaluation en promotion de la santé : «Pratiques et défis»

Type : Journée d'anniversaire, Liège

Organisateur : APES

Date : 22 novembre

L'augmentation des demandes d'expertise pour une mise en observation : symptôme de malaise urbain ?

Type : Journée de réflexion

Organisateur : Réseau Bruxelles Est

Date : 22 novembre

3.3.2.2. Outils :

Accro, moi non plus

CDRom, site, exposition interactifs : Les jeunes, leur vie, leurs amours, leurs em...

Réalisation : Mutualités socialistes

Je bois, je fume ... et alors

Ce guide donne des pistes concrètes pour gérer les consommations de tabac et d'alcool au sein d'un groupe de scouts

Réalisation : Guides catholiques de Belgique

Paroles d'ados, paroles d'acteurs de terrain au sujet du tabac

Réalisation : Fares

Date : 2004

Sujet : Document gratuit destiné aux professionnels et servant de base de réflexion et de débat autour des usages, de la consommation et de la dépendance

Gestion de la fumée environnementale sur le lieu de travail

Brochure + CDRom + affiche

Public cible : Entreprises, PME, associations

Sujet : Résumé succinct de la législation en vigueur et conseils pratiques

Coût : 50 €

Réalisation : Fares, 2005

3.3.2.3. Vidéos

2004

Drogues, questions ouvertes

Réalisation : Quentin Van de Velde

Date : septembre 2004

Durée : 32 minutes

Sujet : Ce film dresse un état des lieux des drogues en Europe et ouvre le débat sur une question qui nous concerne tous. Il présente également la proposition novatrice du Centre d'Action Laïque en faveur d'une réglementation de la consommation de drogues.



Chapitre 4 : Focus Alcool

4.1 Cadre légal et organisationnel

4.1.1. Les stratégies politiques

4.1.1.1. L'alcool dans les plans quinquennaux de promotion de la santé en Communauté française

Programme 1998- 2003 :

Ce programme quinquennal constate qu' « un aspect de la problématique des assuétudes réside dans l'accent mis sur les psychotropes illicites, alors que les autres accoutumances (aux médicaments, à l'alcool, au tabac) reçoivent une attention moindre, ou en tout cas soulèvent moins d'émotion et sont abordées de manière bien différente».

Cette réflexion va faire apparaître « la nécessité de projets de promotion de la santé visant la réduction des risques liés à la consommation, intraveineuse ou non, de drogues licites ou illicites⁵⁹».

Si l'on en croit ce texte à caractère politique, le Gouvernement de la Communauté française estime déjà en 1998 que l'alcool est sous-estimé dans les politiques de santé publique (au même titre que les médicaments et le tabac). La consommation excessive de boissons alcoolisées ne faisait pas partie, jusque-là, des priorités de la promotion de la santé en Communauté Française, et n'aurait été traitée qu'en tant que cause d'autres pathologies, notamment le cancer⁶⁰.

Programme 2004-2008

Le programme quinquennal suivant dresse le même constat que le précédent, soit que l'accoutumance à l'alcool ne jouit pas de la même attention que celle liée aux psychotropes illicites.

Statu quo, donc, dans la volonté affichée de prendre en compte cette assuétude. Petite nouveauté, cependant, anecdotique au premier abord: la volonté de « légiférer et contrôler l'environnement, l'équipement et l'accès aux boissons alcoolisées et stimulantes dans les lieux à activités physiques », qui est un des objectifs opérationnels liés à la promotion de l'activité physique⁶¹ (laquelle est une innovation par rapport au plan quinquennal précédent, même si elle n'a pas encore trouvé d'application à l'heure de la rédaction de ces lignes). Comme on le verra plus loin, la limitation de l'accès aux boissons alcoolisées, si elle n'est abordée ici que par l'angle relativement modeste des lieux réservés à l'activité physique, va rebondir et trouver un écho dans le débat (national, celui-là) sur la vente de limonades alcoolisées (« alcopops ») aux mineurs d'âge.

⁵⁹ Direction Générale de la Santé, Programme quinquennal et législation de promotion de la santé de la Communauté française 1998-2003, Ministère de la Communauté française, 1998., p.13-14.

⁶⁰ Ibid, p.13.

⁶¹ <http://www.sante.cfwb.be/charger/PQ2004.pdf> , Plan quinquennal de promotion de la santé 2004-2008, Chapitre III, point 5.1, p. 16

4.1.1.2. L'alcool dans les éléments de bilan du plan quinquennal 1999-2003

Certains éléments mis en perspective par ce bilan sont susceptibles d'éclairer, même indirectement, ce qui ressemble à une non-évolution d'un plan quinquennal au suivant (les objectifs restent les mêmes, pas de réelle avancée à mettre en lumière).

Ainsi, l'Arrêté du gouvernement de la Communauté française du 18 janvier 1995 relatif à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion prévoit ceci : les organismes de radiodiffusion doivent accorder au gouvernement de la Communauté française, aux fins de diffusion de campagnes de promotion de la santé, un temps égal au temps de diffusion de publicités en faveur de médicaments, traitements médicaux et boissons alcoolisées diffusés au cours de l'année écoulée . Ces campagnes de promotion de la santé seront variées, incluant le thème des assuétudes au tabac, à l'alcool, aux médicaments ou à d'autres drogues.

Toutefois, lorsqu'on examine la répartition de ces espaces audiovisuels gratuits au cours de la période 1998 - 2002, on constate qu'aucun budget n'a été alloué spécifiquement à l'alcool. Pourtant, l'article 2 de cet Arrêté prévoit explicitement les thèmes principaux à aborder. Parmi ceux-ci, on trouve la prévention d'assuétudes qui incluent l'alcool.

En réalité, la mesure du volume de ces espaces de diffusion⁶² révèle une proportion de 6,9% de ces espaces accordés aux assuétudes, pour – à titre d'exemple – 13,3% au thème de la vaccination ou 10,7% au cancer du sein. Il est intéressant de noter que le pourcentage des équivalents budgétaires attribué au tabac s'élève aux mêmes 6,9% et constitue le sixième thème ayant pris le plus de place dans l'espace audiovisuel. Bien que ce budget ait été destiné aux assuétudes en général, ce sont les campagnes contre le tabagisme qui en ont *exclusivement* bénéficié. Drogue licite, certes, mais pas alcool.

Par ailleurs, le budget global de promotion de la santé dédié aux assuétudes est consacré pour 5,4% à l'alcool durant la période 1998-2002, pour 10,9% au tabac et 82,5% aux programmes « consommation de drogues » (ce qui sous-entend drogues illicites). Il est vrai que les médicaments sont encore moins bien lotis que l'alcool, puisque seuls 0,3% du budget assuétudes leur sont consacrés.⁶³

Enfin, on retiendra que le Conseil supérieur de promotion de la santé se réjouit, dans les conclusions de ce bilan, de la prise en compte théorique des drogues légales parmi les assuétudes préoccupantes, même s'il relève que « parmi les programmes de prévention en toxicomanie, le tabac et l'alcool totalisent 16% du budget seulement »⁶⁴

Il est peut-être utile de rappeler ou de signaler, d'ailleurs, que ce « budget » est en fait un « compte », c'est à dire une analyse des dépenses effectuées sur base des projets déposés. Dit autrement, si aucun projet n'était déposé dans ces matières au cours d'une année, le « budget » serait de 0 pour cette année-là. Les 16% totalisés par les projets « tabac » et « alcool » reflètent donc le peu d'intérêt de la société civile pour la thématique, plus que le manque d'intérêt des pouvoirs publics.

4.1.1.3. L'alcool dans la politique développée par le Ministère de l'Intérieur (Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention, Contrats de Sécurité et de Prévention, Plans Drogues...)

La brochure « Drogues et Usage de drogues », éditée par le Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention (SPP), responsable de la gestion des contrats de Sécurité et de Prévention⁶⁵, illustre l'approche théorique des assuétudes adoptée par le Ministère de l'Intérieur et les secrétariats qui en dépendent.

⁶² (en pourcentage des équivalents budgétaires)

⁶³ Direction Générale de la Santé, Programme quinquennal et législation de promotion de la santé de la Communauté française 1998-2003, Ministère de la Communauté française, 1998., p. 28.

⁶⁴ Ibid, p34

⁶⁵ Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention, Drogues et Usage de drogues, Service Public Fédéral Intérieur, 2004

La brochure est constituée aux deux tiers d'une information sur les produits. Ensuite seulement sont abordés les comportements, les risques, les attitudes face aux drogues. Dans le chapitre qui traite des produits, l'alcool est décrit et traité au même titre que d'autres « sédatifs » (médicaments, opiacés, solvants). Les autres catégories de produits sont les « stimulants » (cocaïne, speed...), les « hallucinogènes » (au rang desquels est rangé le cannabis), les « amphétamines hallucinogènes » et les « smartdrugs, smartproducts et ecodrugs ».

Indépendamment de cette classification, on note donc avec intérêt, dans le corps de la brochure, un écho à la tendance (relevée habituellement dans le champ de la promotion de la santé) à ne pas exclure les psychotropes légaux du champ des « drogues » et des dépendances (exception notoire dans cette brochure : le tabac, totalement absent).

Cette tendance se voit même renforcée à l'occasion de l'examen de la distinction entre drogues « dures » et « douces », comme l'indique le passage suivant : « Il est préférable de ne pas faire de distinction stricte entre drogues douces et dures. En effet, chaque produit peut être consommé de manière douce ou dure. La fréquence et l'intensité de l'usage sont beaucoup plus importantes que le type de produit consommé. »⁶⁶

Il semble même que l'usage *problématique* de drogue ne soit pas lié explicitement ou exclusivement au produit lui-même. En effet, le SPP fait valoir que : « Pour déterminer si l'usage de drogue est risqué ou problématique chez une personne, on peut utiliser le principe suivant : lorsque le produit remplit une fonction qui ne peut plus être atteinte sans celui-ci, l'usage de drogue est devenu problématique. »

La dangerosité, les nuisances, les « problèmes », si on en croit ces lignes, ne sont exclusivement liées ni au produit, ni à son statut légal, ni au couple radical « abstinence/consommation », mais bien plutôt à une *manière* de consommer.

Etonnamment, cette position semble plus proche de celle de la Liaison Anti-prohibitionniste ou d'asbl représentées dans les FEDITO, et du champ de la promotion de la santé en général, que de celle qu'on attribue habituellement aux contrats de sécurité, par définition plus *sécuritaires* et perçus dans le champ de la santé comme *prohibitionnistes* (donc distinguant de manière drastique drogues illégales et alcool par exemple).

Toutefois, on n'oubliera pas que, comme nous le signalions dans notre précédent rapport sur l'usage de drogues en Communauté française⁶⁷, la CTB (Concertation Toxicomanies Bruxelles)⁶⁸ signalait en 2004 déjà que l'attitude de l'appareil répressif par rapport à l'alcool était bien plus d'un « laisser faire » que de l'attention portée aux drogues illégales - particulièrement vis-à-vis de la population des sans-abri, hélas de plus en plus encline à la surconsommation ostensible d'alcool.

De plus, la position à l'égard des produits est nettement plus partagée, voire ambiguë dans la dernière section, intitulée : « Quelle attitude faut-il adopter en tant que parent, enseignant, éducateur ou intervenant professionnel confronté à l'usage de drogues ? ».

En effet, bien qu'on y retrouve le distinguo entre phase expérimentale, usage régulier et usage problématique, il est suivi d'un paragraphe nettement plus radical :

« Un certain nombre d'obstacles peuvent venir entraver le chemin vers le but final (une existence sans drogue et heureuse) (...) »⁶⁹.

Ce point de vue contraste également avec la position adoptée, dans la même section, vis-à-vis de l'alcool (seul produit cité nommément, les autres disparaissant soudain dans une sorte d'ensemble indifférencié – « la drogue »).

⁶⁶ Ibid, p28

⁶⁷ Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention, Drogues et Usage de drogues, Service Public Fédéral Intérieur, 2004, p40

⁶⁸ VANDERVEKEN M., Note de synthèse: groupe de travail "Rue et première ligne", document CTB, p3

⁶⁹ Ibid, p42

Voici ce passage :

« Les parents, les enseignants et les éducateurs ont aussi une fonction d'exemple importante, et ce autant pour le bon que pour le mauvais. Une discussion ouverte doit être possible sur l'usage d'alcool, les moments d'usage excessif ainsi que sur ses avantages et inconvénients. Toutefois, cela ne signifie pas pour autant que les parents ne peuvent jamais en abuser. Les parents sont également des êtres humains, et ces derniers ne se comportent pas toujours de manière raisonnable. »⁷⁰

On notera donc *a minima* que le corps du texte rédigé sous la houlette du SPP (que l'on peut considérer comme reflétant la position de la « Direction générale Politique de Sécurité et de Prévention »), oscille *en théorie* entre l'éducation à la santé – voire à la consommation responsable - proche des positions du secteur de la promotion de la santé, et une position abstentionniste qui au contraire s'en éloigne. La seule substance qui ne souffre pas cette contradiction est le produit « alcool » : il jouit de bout en bout d'un statut qui englobe usage, excès, avantages, inconvénients, abus avéré et même consommation déraisonnable *occasionnelle*.

Nous reviendrons sur ces positions dans la section « débat / évolution de la situation ».

4.1.1.4. L'alcool dans le rapport d'experts aux Ministres en charge de la santé en Communauté française et en Région Wallonne, préalable à un plan concerté de prévention, d'aide et de soins en matières d'assuétudes

Le 14 octobre 2004, le Gouvernement conjoint de la Communauté française et de la Région Wallonne chargeait les ministres en charge de la santé dans ces deux entités, Catherine Fonck et Christiane Vienne, de mettre en place un collège d'experts afin de préparer un plan concerté de prévention, d'aide et de soins en assuétudes. Cette démarche rejoint une volonté d'action concertée et intégrée déjà ancienne, incarnée par la « Note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue » de janvier 2001, ou encore par la « Cellule Générale de Politique en matière de Drogues », dont la création (toujours en attente) était prévue par la même note.

En juin 2005 ce collège, composé de représentants des deux entités mais aussi de la Région bruxelloise, a remis un rapport de « recommandations en vue d'un plan concerté ».

Globalement, ce rapport s'approprie et prolonge la volonté aujourd'hui classique en santé publique, de ne pas distinguer drogues légales et illégales. Le rapport développe divers volets de la gestion des assuétudes, et est émaillé de 76 recommandations. Certains passages du rapport et certaines des recommandations ont trait à l'alcool :

- **Priorité à l'aspect santé plutôt qu'à l'aspect nuisances** : entre les deux aspects des consommations de drogues : santé publique d'une part, nuisances/réponses aux nuisances de l'autre, priorité est donnée par les experts à la santé publique. En tant que problème, mais aussi en tant que réponse au problème. Cette analyse repose sur le constat que l'abus de drogues provoque avant tout incapacités, maladies et décès. Les effets sociaux (nuisances...) ne sont toutefois pas négligeables : l'exemple cité dans le rapport est celui des violences dues à l'alcool.
- **Communication adéquate à la population** : les experts soulignent la nécessité de faire adhérer la population aux objectifs politiques, et pour cela le besoin d'un exposé équilibré entre les divers produits, tenant compte des problèmes qu'ils engendrent réellement pour la société. Là encore, l'usage abusif d'alcool est cité. Et le rapport de conclure : « Une politique déséquilibrée (focalisée par exemple sur les drogues illégales) risque d'entraîner plus d'affrontements et de rejet que d'adhésion si elle omet d'inclure des problèmes dont les effets sont plus importants et plus graves pour la société. »⁷¹

⁷⁰ Ibid, p40

⁷¹ Constats et recommandations en vue d'un plan concerté en matière d'assuétudes (RW/CF/CCF), Collège d'experts Région Wallonne, Communauté Française, COCOF, Juin 2005, p9

- **Globalité ou spécificité :**
 - ❖ Comme le veut l'approche globale maintes fois décrite, les services spécialisés abordent l'alcool au même titre que les drogues illicites (**globalité**). Ceci d'autant plus que l'alcool est le plus souvent associé (comme le tabac), à la consommation de ces produits interdits par la loi (**polyconsommation**).
 - ❖ Toutefois, le rapport préconise également de favoriser le développement des projets ciblant exclusivement l'alcool (**spécificité**). Ainsi, l'alcool pourrait ne plus être cette substance qui « a jusqu'à présent peu mobilisé l'intérêt sur le plan préventif »⁷². Certaines initiatives récentes en ce sens sont toutefois à signaler. Elles devraient être soutenues et développées.
 - ❖ Autre débat découlant du couple action globale/action spécifique: celui des **acteurs dédiés ou non dédiés**. En effet, des acteurs moins spécifiques à la problématique de la (sur)consommation d'alcool voient cependant celle-ci étroitement liée à leur pratique: citons la prévention cardio-vasculaire, la pratique sportive (bénéfique à plus d'un titre, mais exposant souvent à la consommation d'alcool), les champs professionnels et les actions des enseignants, animateurs, assistants sociaux, etc . Ces acteurs « non dédiés » devraient bénéficier, selon le rapport, d'un partage des savoirs et des savoir-faire des intervenants en assuétudes (acteurs dédiés).
- **Réduction des risques:** le rapport fait valoir que « Les stratégies de réduction des risques sont par définition, en termes de santé publique, pertinentes quelque soit le produit. »⁷³. Or, cette logique même souffrirait de la dualité entre produits licites/illicites, puisque la réduction des risques, l'éducation à la consommation responsable, ne sont que peu ou pas appliquées à l'alcool. Ces stratégies sont pourtant de plus en plus reconnues quand elles s'appliquent aux drogues illicites, mais perdraient de leur crédit face à la banalisation de l'alcool et même de ses méfaits. Dans l'optique de réduction des risques et d'éducation à la consommation responsable, le comité d'experts ciblerait le mésusage d'alcool avant l'alcoolisme lui-même (intervention en amont du problème).
- **Liens entre réduction des risques et moyens de prise en charge** des personnes toxico-dépendantes. Il s'agit ici du lien entre professionnels de santé généralistes d'une part (en priorité les médecins) et ceux du secteur spécialisé de l'autre (et plus particulièrement les acteurs de la réduction des risques). Le relais vers les médecins et vers une éventuelle prise en charge se ferait assez couramment, tandis que le relais inverse (vers les acteurs et/ou les messages de la Rdr) ne serait que trop sporadique. Le rapport place la consommation d'alcool en tête des exemples à aborder par les généralistes sous l'angle de la réduction des risques, lorsque cette consommation représente un réel danger de dégradation de la santé du patient. Une **approche** non jugeante et **non intrusive** serait la clé d'ouverture d'un réel dialogue. **Des outils favorisant ce genre d'approche** existent, et parmi eux le CAGE pour l'alcool⁷⁴ p. ex.).
- **Education des jeunes:** les comportements des jeunes en termes de consommation d'alcool seraient à surveiller, notamment en raison des stratégies commerciales de plus en plus agressives. Une grande difficulté à aborder le sujet serait observée chez les adultes responsables (parents, éducateurs, professeurs...), d'où la nécessité de former des **adultes-relais** sur ce thème spécifique, qui proposeraient ou développeraient notamment des alternatives à la consommation d'alcool par les jeunes.
- **Parents d'usagers** et d'usagers problématiques: des groupes de soutien existent pour ceux-ci, en Communauté française. Ces groupes d'auto-support sont peu nombreux pour les drogues illicites (4 ou 5 au total). Ces groupes, en revanche, sont très répandus pour l'entourage des personnes alcooliques (groupes « AL-ANON »).

⁷² Ibid., p25

⁷³ Ibid., p30

⁷⁴ CAGE, les 4 questions «screening alcohol» de l'American Psychiatric Association

4.1.1.5 Le « Plan alcool » de la Cellule Politique Santé Drogues (CPSD)

La CPSD, active depuis 2001, réunit tous les niveaux de pouvoir entre le fédéral et les entités fédérées, mais uniquement pour les compétences de santé en rapport avec les assuétudes.

Une ébauche de « Plan Alcool » est en travail au niveau du secrétariat de la cellule. Pour l'instant, il se limite surtout à un rappel des principes internationaux (OMS et UE) ainsi que des points de la note politique fédérale de 2001 concernant les drogues.

On y retrouve des principes tels que la nécessité et le droit à une information correcte et impartiale sur tous les effets de l'alcool (y compris négatifs et en abordant le mésusage); la nécessité et le droit à ne pas être soumis à des pressions ou incitations excessives à la boisson (publicités...) et ce particulièrement en ce qui concerne les jeunes; la nécessité d'un strict contrôle de l'accessibilité des boissons alcoolisées pour les jeunes et d'une éventuelle dissuasion par les prix (taxation...); la nécessité de promouvoir responsabilités légale et éthique chez les annonceurs et chez les débiteurs de boissons alcoolisées; la nécessité de réduire les dommages (« harm ») liés à la consommation d'alcool; etc.

Ces principes devraient normalement être peu à peu traduits en propositions de plan par les entités fédérées et le fédéral, au sein de la CPSD.

Puisqu'il est question de plan et des principes qui le sous-tendent, concluons sur la note politique fédérale de janvier 2001 avec Jean-François Servais (responsable du service « Droits des Jeunes » de Liège): ce dernier soulignait lors du colloque « Les jeunes et l'alcool » que, dans la note, le « gouvernement entendait mettre l'accent très clairement sur la prévention et (...), considérant notamment que les parents ne peuvent ou ne doivent pas être les seuls à l'assumer, la structure scolaire, les programmes scolaires étaient très explicitement mis en avant. »⁷⁵

Les choses en sont, hélas, restées là.

4.1.2. Cadre législatif, réglementaire, déontologique

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

Tous les textes ci-après sont disponibles sur le site du Ministère de la Justice à l'URL www.just.fgov.be à la rubrique « législation consolidée, lois. », classés entre autres par ordre de promulgation. Ils sont également parus au Moniteur belge.

4.1.2.1. Loi du 28 décembre 1983 sur la patente pour le débit de boissons spiritueuses

Cette loi entend définir qui a la compétence d'accorder à un commerce une patente permettant le débit de boissons « spiritueuses » (ce terme précis a son importance), et à quelles conditions. En l'occurrence, c'est le Ministre des Finances ou son délégué qui accorde la patente. Pour cela, un ensemble de garanties de moralité est exigé, via un examen du casier judiciaire.

Par ailleurs, cette loi contient des précisions en termes de publicité (publicité dont il sera également question plus bas) :

Art. 5. § 1er. *Il est interdit à tout débitant d'apposer ou de laisser apposer, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du débit, des enseignes, affiches ou emblèmes quelconques incitant à consommer des boissons spiritueuses.*

Il semble de plus que le législateur ait eu le souci de préserver la santé publique, entre autres en termes de conduite automobile et de consommation des mineurs:

⁷⁵ Les jeunes et l'alcool, vers un réseau, Les actes du colloque 18 mai 2004, in Les Cahiers de Prospective Jeunesse, n° 32, Bruxelles, p 30.

Art. 9. Dans les débits installés sur la voie publique ou situés sur le domaine des autoroutes, il est interdit de servir, même à titre gratuit, des boissons spiritueuses.

(...) Il est interdit d'installer un débit où des boissons spiritueuses sont servies, même à titre gratuit, dans les hôpitaux, les cliniques et les écoles, ainsi que dans les locaux où se réunissent exclusivement ou principalement des groupements de mineurs d'âge. Cette interdiction ne concerne pas les débits occasionnels. La vente de boissons spiritueuses à emporter est interdite sur le domaine des autoroutes.

En termes de vente ou délivrance d'alcool à des mineurs, un autre article est encore plus clair :

Art. 13. Le fait de servir, même à titre gratuit, à des mineurs, des boissons spiritueuses à consommer sur place, est interdit dans les débits de boissons. La vente et l'offre, même à titre gratuit, à des mineurs, de boissons spiritueuses à emporter, sont interdites.

Donc, soyons clair : aucun débit de boissons ne peut vendre ou offrir des *boissons spiritueuses* à des mineurs (- de 18 ans), que ce soit pour les emporter ou les consommer sur place.

Enfreindre cette disposition expose à une amende allant de 2,5 à 100 EUR et à une interdiction de vendre ou débiter des boissons alcoolisées pendant trois ans au plus.

Quant à la définition même des « boissons spiritueuses » dont le débit et la vente sont réglementés ici, le texte renvoie de fil en aiguille à l'article 16 de la *loi du 7 janvier 1998 concernant la structure et les taux des droits d'accise sur l'alcool et les boissons alcoolisées*. L'article en question désigne les boissons par des codes issus de la *nomenclature combinée du tarif douanier commun des Communautés européennes*.

Sont ainsi considérés comme spiritueux, entre autres :

- Les « eaux-de-vie », contenant ou non des produits en solution. La définition des eaux-de-vie étant la suivante : « liquides produits par distillation de boissons alcooliques ou de fruits en fermentation, dont le titre alcoométrique volumique acquis minimum est de 37,5 % vol » (exemples : armagnac, gin, whisky...).
- L'alcool éthylique, dénaturé ou non.
- Les liqueurs : produits élaborés à partir d'eaux-de-vie ou d'alcool éthylique aromatisés ayant une teneur en sucre minimale de 100 grammes par litre.

Selon la loi belge, ces produits, mêmes mélangés à des produits appartenant à d'autres catégories (définies selon les tarifs douaniers), sont considérés comme spiritueux dès qu'ils ont un *titre alcoométrique acquis excédant 1,2 % vol*⁷⁶ - Cela comprend donc les « alcopops » (dits aussi breezers ou premix ou encore limonades alcoolisées), dès lors frappés des mêmes restrictions de vente ou débit aux mineurs que les autres spiritueux...

La liste exhaustive des spiritueux, selon la nomenclature européenne, est décrite au *règlement CEE n° 1576/89 du Conseil du 29 mai 1989*

Mais attention : la loi de 1998 comprend également toutes les catégories suivantes (autres que celle des « boissons spiritueuses » décrite à l'article 16), et que rien ne semble interdire aux mineurs dans la loi sur la patente pour le débit de boissons spiritueuses de 1983 (et pour cause, puisque ce ne sont pas des « spiritueux ») :

« Bière » ; « Vins » ; « Boissons fermentées autres que le vin ou la bière » ; « Produits intermédiaires ».

A ce sujet, venons-en au texte légal suivant :

4.1.2.2. Arrêté-Loi du 14 novembre 1939 relatif à la répression de l'ivresse

Ce texte réglemente le débit de « boissons enivrantes » à des mineurs, ou à des personnes ivres. Cependant, l'objet principal n'en reste pas moins, comme l'indique l'intitulé, la répression de l'ivresse.

⁷⁶ Loi du 7 janvier 1998 concernant la structure et les taux des droits d'accise sur l'alcool et les boissons alcoolisées, art. 16

On notera que, selon la classification qui nous intéresse, le terme « boissons enivrantes » comprend très certainement vins et bières, que nous ne trouvons pas sous l'appellation « boissons spiritueuses ». « Les boissons enivrantes » sont donc une catégorie plus large, qui d'ailleurs inclut très certainement les « boissons spiritueuses (« qui peut le plus, peut le moins » : si une bière est enivrante, un armagnac ou un gin, qui titrent nettement plus, le sont forcément aussi !).

Les articles qui nous intéressent sont le 4 et le 5 :

Article 4

Est puni d'un emprisonnement de huit jours à un mois et d'une amende de 26 francs à 50 francs ou d'une de ces peines seulement, quiconque sert des boissons enivrantes à une personne manifestement ivre. Si celle-ci est âgée de moins de dix-huit ans, la peine est doublée.

Dans ce cas-ci, ce qui est puni, c'est le fait de contribuer sciemment à enivrer quelqu'un, que la boisson ait été vendue ou donnée, qu'on soit cabaretier ou simple particulier. Le consommateur ivre est ainsi protégé contre une aggravation de son état, et, parmi ces consommateurs abusifs, les mineurs sont plus protégés que les autres (aggravation de l'amende).

Article 5

Sont punis d'un emprisonnement de huit jours à quinze jours et d'une amende de 26 à 50 francs, ou de l'une de ces peines seulement, les cabaretiers et débitants, ainsi que leurs préposés, qui, sans motif plausible, servent des boissons enivrantes à un mineur âgé de moins de seize ans.

Pas de « boissons enivrantes », donc, pour les mineurs de moins de 16 ans dans les débits de boissons (et encore : quid du « motif plausible ») ; pas plus que de boissons enivrantes à une personne ivre dans ou hors d'un débit de boissons (et encore moins à un mineur). Tout le reste, comme le souligne le commentaire d'un juge de la jeunesse⁷⁷, n'étant pas interdit, est permis, en ce compris vendre du vin et de la bière, et pourquoi pas des spiritueux, aux mineurs dans les magasins.

On notera aussi que la loi précédente interdisait aux débits (cafés...) de vendre des spiritueux à *tout* mineur, alors que celle-ci (boissons enivrantes) oublie les 16-18 ans. On pourrait donc dire des 16-18 ans qu'ils peuvent boire dans ces établissements toute boisson enivrante qui n'est pas un spiritueux. Ou encore, sous forme de boutade, faire l'équation suivante : « boissons enivrantes » – « spiritueux » = vins, bières...

4.1.2.3. Résolution de la chambre afin de circonscrire les alcopops au rayon des boissons alcoolisées ; 3 mars 2005

Considérant notamment l'expansion fulgurante du jeune marché des « alcopops » ou « designer drinks » (soit les limonades alcoolisées), au sein d'un public très jeune et notamment féminin ; considérant également l'effet « facilitateur » de ces boissons (elles masquent le goût de l'alcool, peu apprécié des très jeunes, par celui de la limonade), ou encore le fait que la consommation d'alcool est une des plus grandes causes associées à la mortalité des jeunes (accidents, violences, suicides) ; considérant enfin que la législation n'est plus adaptée, n'ayant pas prévu l'arrivée de ce nouveau type de produits, les parlementaires, dans une résolution de la chambre, ont demandé au gouvernement fédéral :

- I. *d'établir des dispositions légales contre la publicité en faveur des boissons contenant de l'alcool en attirant l'attention des jeunes consommateurs essentiellement sur les dangers de la consommation d'alcool sous toutes ses formes. En ce qui concerne plus spécifiquement les alcopops, des mentions spéciales et visibles devront être apposées sur les contenants attirant l'attention des jeunes sur le fait que ces boissons ne goûtent pas l'alcool mais en contiennent;*

⁷⁷ Le juge Lambert, voir <http://plan-droque.marche.be/lois/detail.php?id=11>

- II. *de renforcer les dispositions actuelles en ce qui concerne le contrôle et le respect des législations en vigueur concernant l'interdiction de vendre de l'alcool aux jeunes et de leur servir de l'alcool sous quelque forme que ce soit;*
- III. *d'interdire la mise à disposition de toute boisson alcoolisée destinée à la vente en dehors du rayon, ou partie de celui-ci, réservé aux boissons alcoolisées;*
- IV. *de mener, en collaboration avec les Communautés, une campagne médiatique bien argumentée, qui attire l'attention des jeunes sur les dangers de la consommation d'alcool (sur les plans physique, psychique et social) et leur conseille de consommer moins de boissons alcoolisées.⁷⁸*

En résumé, le parlement demande une loi qui réglemente strictement la publicité pour les boissons alcoolisées; qui rende obligatoire la mention claire et visible, sur les alcopops, du fait qu'ils contiennent de l'alcool; qui impose le respect et le contrôle de la législation existante (trop souvent violée) interdisant de vendre ou de servir de l'alcool aux «jeunes»; qui interdise également de présenter des boissons alcoolisées ailleurs que dans le «rayon alcools», et enfin qui institue une campagne médiatique de prévention de la consommation d'alcool, adressée aux jeunes.

4.1.2.4. Convention du 12 mai 2005 réglementant la publicité pour les boissons alcoolisées

Après beaucoup d'inquiétude et de longs débats, nés de l'augmentation des ventes d'«alcopops» à un public de mineurs de plus en plus jeune, le ministre fédéral de la Santé, Rudy Demotte, a fait signer le 12 mai 2005 une convention *contraignante* aux acteurs des secteurs concernés, soit: les producteurs (bières, vins et spiritueux); la distribution; le secteur Horeca (fédérations des hôtels, restaurants et cafés); les professionnels de la restauration mais aussi les associations de consommateurs (Test-Achats et CRIOC) et le Jury d'Ethique Publicitaire (JEP).

Le code vise la publicité pour les boissons alcoolisées, soit toute communication favorisant la vente de produits contenant plus de 1,2% d'alcool. En voici la teneur:

- Il interdit d'*associer la consommation d'alcool à la réussite sociale, sexuelle ou professionnelle, (ou de viser ou utiliser des moyens qui aboutissent à viser spécifiquement les mineurs.*
- Dans les médias (sauf spot radio de moins de 10 secondes) toute publicité pour une boisson alcoolisée devra être accompagnée de la mention: «Notre savoir-faire se déguste avec sagesse».
- En outre, ce genre de publicité est banni des publications enfantines, des salles de cinéma proposant des films pour enfants, mais aussi 5 minutes avant, pendant, et 5 minutes après les émissions s'adressant aux enfants.
- La distribution est également réglementée: la vente de boissons alcoolisées dans les écoles ou leur voisinage est interdite, tout comme la non-séparation des «alcopops» et des limonades dans les commerces.

Il a été prévu, pour rendre la convention *contraignante* (c'est-à-dire qu'elle ait «force de loi»), que le Ministre Demotte insérerait un article spécial dans la loi de 1977 sur les denrées alimentaires. Dans l'intermédiaire (jusqu'au 30 septembre 2005), c'est le Jury d'Ethique Publicitaire (JEP) qui a été désigné garant de l'application de la convention. A cette fin, le JEP, composé de représentants des annonceurs, des agences de publicité et des médias, a été étendu à des représentants de Test-Achats et du CRIOC (Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs)..

Pendant ce laps de temps, les plaintes pour non-respect de la convention étaient à déposer auprès du JEP, qui peut imposer en cas de publicité non réglementaire une astreinte de 1000 EUR par jour.

⁷⁸ Proposition de résolution relative à la consommation d'alcool par les mineurs, Chambre des représentants de Belgique, 3 mars 2005, p5

4.1.2.5. Arrêté du gouvernement de la Communauté française du 18 janvier 1995 relatif à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion

Il a été longuement question de cet arrêté au point 4.1.1.2. ci-dessus. Cette disposition stipule que les campagnes radiodiffusées de publicité pour boissons alcoolisées ou médicaments doivent donner lieu l'année suivante à une mise à disposition gratuite, par le radiodiffuseur, d'espaces équivalents destinés à la promotion de la santé. La prévention des assuétudes, comprenant le mésusage d'alcool, fait partie des campagnes qui doivent occuper ces espaces gratuits. Selon Infor-drogues, cette disposition de promotion de la santé en Communauté française est tout à fait exceptionnelle, même au niveau international.

Voici les articles qui nous intéressent :

Article 1.

Au début de chaque année civile et au plus tard le 1er février, chaque organisme de radiodiffusion communique au Ministre qui a l'Audiovisuel dans ses attributions, le nombre et la durée des espaces publicitaires qu'il a consacré l'année précédente à la publicité en faveur des médicaments, traitements médicaux et boissons alcoolisées, et diffusés au cours de l'année écoulée. Celui-ci en informe le Gouvernement dans les quinze jours de la réception des informations.

Article 2.

Un temps de diffusion de campagne équivalent à la durée visée à l'article 1er est mis gratuitement par l'organisme à la disposition du Gouvernement l'année suivante afin de promouvoir des campagnes d'éducation à la santé, principalement en matière de vaccinations, de protection maternelle, de l'enfance et de la jeunesse, d'intégration sociale et professionnelle des handicapés, de promotion du bien-être physique par le sport, de prévention du SIDA, et des assuétudes telles que tabac, alcool, drogue et médicaments. Ce temps s'intègre dans le cadre des espaces publicitaires. La conception et la fabrication de support de ces campagnes ne sont pas à charge des radiodiffuseurs.

Article 3.

Ce temps de diffusion de campagne doit être situé dans des tranches horaires compatibles avec les habitudes de consommation télévisuelle des publics ciblés par les campagnes d'éducation pour la santé et être compatible avec les contraintes des grilles de programmes. (...)

4.2. Situation épidémiologique et tendances

4.2.1. Etude : La consommation d'alcool chez les jeunes. Quelles stratégies commerciales ?⁷⁹

Pour des raisons techniques, le tableau récapitulatif des caractéristiques de cette étude n'a pu être rempli pour la plupart de celles-ci. Seules l'année de collecte de données (2004) et la population cible (11-12 ans, 15-16 ans, 17-18 ans) sont connues.

L'auteur-promoteur de cette étude est le CRIOC. Elle a été présentée dans le magazine en ligne « Du Côté des Consommateurs » numéro 162⁸⁰. Elle aborde la question de la conquête du marché « jeunes » par les alcooliers, via les alcopops (cfr ci-dessus). Elle donne aussi au passage des informations sur les tendances en termes de consommation dans la population.

⁷⁹ VANDERCAMMEN M., La consommation d'alcool chez les jeunes. Quelles stratégies commerciales ? , CRIOC, 2004

⁸⁰ <http://www.oivo-crioc.org/textes/1097.shtml>

L'étude relève ainsi que chez les jeunes, l'intérêt pour l'alcool augmente avec l'âge, et ce selon 3 indicateurs: achat; essai (goûter) et consommation/semaine. «Ainsi, en vieillissant, le jeune achète plus souvent des boissons alcoolisées avec son argent de poche, goûte plus des boissons alcoolisées, consomme plus de boissons alcoolisées, et ce en plus grand nombre. (...) Près de 9 jeunes sur 10 ont déjà consommé de l'alcool. A 11-12 ans, ils ont déjà bu leur premier verre. Avec l'âge, la consommation augmente. Si à 11-12 ans, 2 jeunes sur 3 ont consommé de l'alcool, ils sont presque 9 sur 10 à en avoir consommé à 15-16 ans. En grandissant, le jeune augmente sa consommation de boissons alcoolisées et la diversifie à travers cocktails, apéritifs et alcopops.»⁸¹

Par ailleurs, l'étude souligne la stagnation des ventes de vins (et mousseux) et de bières dans tous les pays européens, et même une diminution des ventes pour les «eaux-de-vie», et ce de 1980 à 2001 certainement.

Quant à l'âge moyen des consommateurs de boissons alcoolisées, il augmente, notamment pour les vins et les mousseux, pour la même période. De plus, le statut social du vin aurait changé, même si sa consommation demeure un rite d'insertion :

«Au départ, l'enfant pré-adolescent, à l'occasion d'une cérémonie familiale (communion, anniversaire, fêtes de fin d'année) est invité à tester le vin (...). Souvent, il s'agit d'un blanc liquoreux. Par la suite, les parents encourageront à l'occasion d'une autre fête, la dégustation du même vin ou d'un vin blanc fruité.

A l'adolescence, le jeune s'intégrera au sein du banquet familial en dégustant un verre de vin lors du repas, ou du mousseux ou du champagne à l'apéritif.

La consommation festive de vin deviendra régulière après 18 ans, notamment lors des sorties familiales au restaurant.

Le passage à la vie en couple encouragera la consommation de vin lors des réceptions ou des sorties au restaurant.

La consommation régulière «en couple» n'apparaît qu'au-delà des 30 ans (avec le premier enfant!). Enfin, la consommation «privée» n'apparaît qu'après la quarantaine.»⁸²

Au total, les jeunes deviendront des consommateurs de vin comme le sont leurs parents, et les producteurs n'ont donc pas de mouron à se faire de ce côté.

Pour la bière et les boissons spiritueuses en revanche, il s'agissait pour les producteurs de réagir afin de pallier l'évolution de leur consommation. C'est la raison de la récente segmentation du marché, des stratégies de marketing proactives s'adressant aux jeunes et de l'invasion du marché par des produits nouveaux majoritairement plus sucrés.

4.2.2. Etude : Dépistage des patients ayant un problème de consommation excessive d'alcool⁸³

L'auteur-promoteur de cette étude est la SSMG-ULG.

Année de collecte de données	2001-2002
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Dépistage de la consommation excessive d'alcool
Population cible	Population générale
Méthode d'échantillonnage	
Echantillon d'étude	2096
Taux de réponse	99,33%
Couverture	Patientèle de 29 médecins généralistes en Communauté française
Distribution d'âge	17-97 ans
Instruments d'investigation	Questionnaire auto-administré

⁸¹ VANDERCAMMEN M., La consommation d'alcool chez les jeunes. Quelles stratégies commerciales ? , CRIOC, 2004, p2

⁸² Ibid., p3

⁸³ FILEE D., GOSSET C., REGINSTER J-Y, DOR B., ORBANT., Probex, Projet buveurs excessifs, SSMG-ULG, 2004, p49

Le test :

Du 29 octobre 2001 au 8 février 2002, 40 médecins généralistes ont été invités à proposer systématiquement à leur patientèle le test AUDIT (voir ci-dessous, point 3.1.2. pour une description de cet outil, composé de 10 questions dont les réponses sont « cotées » entre 0 et 4 points), en vue de dépister les patients ayant une consommation excessive et de tester ensuite de nouveaux outils de prise en charge. A partir d'un score de 6 pour les femmes, 7 pour les hommes, le questionnaire est considéré comme « positif », c'est-à-dire qu'une consommation excessive peut être suspectée.

Sur ces 40 médecins, seuls 29 ont finalement renvoyé des tests AUDIT, qui concernaient 2096 patients. Ces 2096 fiches comprenaient 12 refus (causes: manque de temps, questions indiscretes, etc.). Cependant, 2079 des 2084 fiches restantes ont pu être interprétées.

Le test était distribué en salle d'attente aux patients de plus de 18 ans suivis depuis au moins 18 mois par le médecin. Il était proposé systématiquement à tous les patients vus, ou à un sur deux, ou encore un sur trois, au choix du médecin. Les médecins devaient appliquer le test jusqu'à dépister un minimum de 18 patients.

Définitions :

L'« unité » d'alcool est définie comme un verre de n'importe quelle boisson alcoolisée, contenant environ 10g d'alcool. Quant aux consommateurs, ils sont répartis entre :

- *Consommateur anodin* (ou modéré): consommation sous les 4 unités par jour (hommes), 2 unités par jour (femmes). Ce sont les seuils recommandés par l'OMS.
- *Consommateur à risque*: consommation excédant les seuils recommandés par l'OMS, sans que le consommateur n'en subisse des conséquences négatives pour autant.
- *Consommateur à problèmes*: c'est le consommateur qui subit les conséquences négatives de sa consommation (physiques, sociales, psychologiques, etc.)
- *Consommateur excessif*: cette catégorie regroupe les deux précédentes
- *Alcoolodépendant*: c'est le consommateur qui a perdu le contrôle de sa consommation. La dépendance peut être physique (symptômes de sevrage) ou psychique.
- *Abstinent*: c'est le *non*- consommateur. L'abstinent *primaire* n'a jamais consommé régulièrement d'alcool, tandis que l'abstinent *secondaire* a arrêté d'en consommer après avoir été un consommateur problématique.

Quelques résultats :

Prévalences: 515 des 2079 questionnaires valides étaient positifs, soit une prévalence du problème de 24,8%. Les prévalences des différentes catégories sont les suivantes: 56% de consommateurs modérés; 15,4% de consommateurs excessifs; 10,5% de consommateurs potentiellement dépendants (on parle en effet de « suspicion de dépendance ») et 18% d'abstinents. Parmi ceux-ci, les abstinents secondaires (anciens « problématiques ») représenteraient au moins 1,2% de l'ensemble des patients.

Influence du sexe: 34,7% des hommes, pour 17% des femmes, ont rendu un test positif ($p < 0,001$), soit un sex ratio H/F de 2,6. Les habitudes de consommation sont également influencées par le sexe ($p < 0,001$): il y a davantage d'abstinentes et de buveuses modérées, moins de buveuses excessives et de scores élevés suggérant la dépendance chez les femmes.

Influence de l'âge: La répartition des tests positifs varie également selon l'âge ($p < 0,001$). La tranche la plus touchée est celle des 45-54 ans:

Influence du milieu: Le milieu de vie du patient induit lui aussi des différences significatives ($p = 0,044$). Ainsi la proportion de tests positifs est de 24% en milieu urbain; 22,5% en milieu suburbain et 29% en milieu rural.

Mais globalement, les différences sont surtout le fait de la proportion d'abstinents primaires: 20% en milieu urbain, pour 19% en milieu suburbain et 12,6% en milieu rural.

Ces résultats révèlent les hommes âgés de 45 à 54 ans vivant en milieu rural comme les patients les plus exposés à rendre un test AUDIT positif (53,7%).

4.2.3. Flash Eurobaromètre n°158 : Young People and Drugs⁸⁴

Cette étude a déjà été détaillée au chapitre 2, point 2.1.2. Voici quelques résultats relatifs à la consommation d'alcool chez les jeunes européens (15-54 ans).

Au sein de l'Union Européenne (avant élargissement) il apparaît que la consommation régulière d'alcool ait montré une légère augmentation. Un bon quart des répondants déclarent ainsi consommer régulièrement de l'alcool (27% en 2004, pour 25% en 2002). Avec 34% de réponses positives à cette question en Belgique, notre pays arrive dans le peloton de tête (5^{ème} sur 15) des pays de l'Union, qui composent cette moyenne.

Dans l'Union, l'alcool est plus consommé par les jeunes en milieu urbain qu'en milieu rural. Il est aussi consommé régulièrement par plus de jeunes européens (31%) que de jeunes européennes (23%).

Consommations multiples : une analyse croisée montre qu'une plus grande proportion de buveurs réguliers se rencontre dans les jeunes déclarant avoir consommé des drogues (autres que le cannabis) au cours du dernier mois.

4.2.4. L'enquête sur la santé 2004 (HIS): Population générale adulte⁸⁵

Auteur-promoteur de cette enquête récurrente: l'ISSP.

Cette enquête est elle aussi déjà décrite au chapitre 2 (point 2.1.1.).

Nous traiterons ici des questions de l'enquête relevant de la consommation d'alcool. Celles-ci, au nombre de 13, proviennent en partie du bureau régional de l'OMS-Europe, et en partie du CAGE, outil médical destiné à détecter la consommation problématique d'alcool (voir point 3.1.3.).

En voici quelques résultats intéressants, présentés après standardisation pour l'âge et le sexe. Pour rappel, ils concernent la population des plus de 15 ans :

Abus régulier :

Ce terme (dit aussi « consommation excessive ») renvoie à la consommation d'au moins 6 verres d'alcool sur la même journée.

L'abus régulier culmine en Wallonie (20% des + de 15 ans) pour s'abaisser en Flandre (18%) et plus encore à Bruxelles (14%). Différences considérées comme significatives.

En Wallonie, les hommes (30%) s'y livrent davantage que les femmes (11%). Les hommes de la classe des 25-34 ans y sont les plus vulnérables (43% d'entre eux sont touchés), alors que ce sont les 15-24 ans qui sont le plus concernées chez les femmes (21%).

Ni le niveau d'éducation ni le degré d'urbanisation de l'habitat n'influent sur l'abus régulier en région wallonne.

Consommation quotidienne :

10% des Belges de plus de 15 ans consomment de l'alcool quotidiennement.

Cette proportion croît de la région flamande (8%) à la région bruxelloise (12%) en passant par la région wallonne (11%).

En région wallonne, les degrés d'éducation et d'urbanisation ne font pas varier la consommation quotidienne de manière significative.

Quantités consommées

Sur l'ensemble de la Belgique, 37% des répondants ne boivent pas chaque semaine *ou* pas du tout. A l'opposé, 7% de la population consomme plus de 21 verres par semaine (pourtant le seuil à ne pas dépasser pour les hommes selon l'OMS).

⁸⁴ http://europa.eu.int/comm/public_opinion/flash/fl158_en.pdf

⁸⁵ Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004. Institut Scientifique de Santé Publique, Service d'Epidémiologie. Bruxelles, 2006

Le taux de gros buveurs est comparable dans les trois régions (6-7%). En revanche, le taux moyen de boissons alcoolisées consommées par semaine est un peu moins élevé en région flamande (10) que dans les deux autres régions (11 à Bruxelles, 12 en Wallonie).

En Wallonie, la distribution selon les classes d'âges est homogène (plus ou moins 10 verres par semaine pour tous), sauf pour les 45-64 ans (14 à 15 verres).

Remarque importante: en région wallonne, au contraire des deux autres régions les indicateurs de consommation augmentent linéairement de manière significative. Ainsi, le taux de gros buveurs est passé progressivement de 5,2% (1997) à 7,5% (2004).

On ne constate pas en Wallonie de lien entre les quantités consommées par semaine et le niveau d'éducation ou le degré d'urbanisation.

Problèmes liés à la consommation

Cette catégorie est définie par les réponses aux 4 questions du CAGE (cfr 3.1.3.): 2 réponses positives entraînent une suspicion de problèmes liés à la consommation d'alcool (parfois appelés ailleurs « dépendance à l'alcool » ou « consommation excessive »). Ceci est mesuré à l'exclusion des personnes qui n'ont pas consommé dans les 12 derniers mois.

Ainsi, en Belgique, on peut suspecter de tels problèmes chez 8% des plus de 15 ans consommateurs d'alcool. Ce type de problèmes serait à déplorer chez 11% de la population en régions wallonne et bruxelloise, pour seulement 6% en région flamande.

En région wallonne, les hommes sont significativement plus concernés que les femmes par ces problèmes.

Les âges extrêmes y sont moins touchés, hommes et femmes confondus, tandis que les 35-54 ans le sont davantage (13%).

Le degré d'urbanisation comme le niveau d'instruction sont aussi insignifiants que partout ailleurs.

En revanche, entre 2001 et 2004, la prévalence de cette consommation problématique y passe de 9 à 11%, augmentation considérée comme significative.

4.2.5. Enquête HBSC 2002 : “La santé et le bien-être des jeunes d’âge scolaire”⁸⁶

Auteur-promoteur de l'étude : ULB-PROMES

Cette étude a été détaillée dans notre précédent rapport, mais nous allons nous attarder un moment sur les résultats concernant la consommation d'alcool.

Année de collecte de données	Plusieurs années entre 1986 et 2002
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Etude des prévalences de comportements liés à la santé
Population cible	Elèves du secondaire
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire
Echantillon d'étude	40 000
Taux de réponse	A titre d'exemple: 96% (1994); 82% (1998); 89% (2002)
Couverture	Communauté française (sauf l'enseignement spécial)
Distribution d'âge	11 à 18 ans

De 1986 à 2002, la consommation d'alcool chez les jeunes répondants reste relativement stable. La prévalence d'expérimentation (au moins une fois) oscille autour des 80 à 90 %.

En 2002, 27% de ceux d'entre eux qui ont déjà consommé de l'alcool seraient des buveurs hebdomadaires. Cela dit, cette proportion était de 48% en 1986 et a diminué assez régulièrement entre les deux années.

⁸⁶ PIETTE D., PARENT F., COPPIETERS Y. et Al., La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire : quoi de neuf depuis 1994 ?, ULB-promes, 2003.

La proportion de « grands consommateurs » (au moins 7 verres/semaine ou au moins 2 verres/jour) reste, elle, assez stable : autour de 25% (7/semaine) et autour de 10% (2/jour).

On observe une augmentation inquiétante de la proportion des jeunes qui ont déjà bu jusqu'à l'ivresse (aux alentours des 20% dans le début des années 90, pour approcher des 30% en 1998 et 2002). Les effets directs de l'ivresse sur la santé seraient moins à redouter que l'effet produit sur les comportements tels que conduite d'un véhicule, violences, relation sexuelles non protégées et/ou non désirées.

L'étude conclut que la réduction des risques liés à l'abus d'alcool devrait être intégrée à tout programme de prévention.

4.2.6. ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) 2003

Auteur-promoteur de l'étude: VUB (Lambrecht & al.)

Année de collecte de données	2003
Type d'étude	Monitoring
Objet primaire	Prévalence d'usage
Population cible	Etudiants qui vont avoir 16 ans au cours de l'année de collecte des données
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire
Echantillon d'étude	
Taux de réponse	
Couverture	
Distribution d'âge	15-16 ans (année de naissance : 1987)
Instruments d'investigation	Questionnaire auto-administré

Cette enquête est bien évidemment l'occasion d'une collecte de données sur la consommation d'alcool. En voici quelques résultats intéressants concernant les buveurs récents et les occasions d'abus :

Tableau 64 : Proportions des jeunes (%) selon le nombre d'occurrences de consommation d'alcool, le type de boisson et l'ivresse – 30 derniers jours

Nombre d'occurrences de boisson	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40+	
Toutes boissons confondues	27,3	21,7	18,2	12,9	11,6	4,9	3,3	100,0%
Bière	45,1	19,4	12,6	8,7	6,7	4,2	3,3	100,0%
Vin	58,1	24,3	9,2	3,9	3,0	0,9	0,6	100,0%
Spiritueux	45,5	25,0	12,1	7,7	6,1	2,3	1,3	100,0
Ivresse	73,4	18,5	5,1	1,8	0,8	0,1	0,3	100,0

On le voit, un peu moins d'un petit tiers des jeunes interrogés n'ont pas du tout bu récemment (30 derniers jours). Cela dit, si on y ajoute ceux qui n'ont pas dépassé les 5 occurrences, on atteint à peu près 67% des répondants. On tombe aux alentours de 10% pour 6 à 19 occurrences au cours du dernier mois, pour descendre encore aux alentours de 5% (20 à 39 fois) puis 3% (plus de 40 fois).

Ce n'est que dans les petites consommations que le volume du vin est comparable à celui des spiritueux et de la bière. Dès que le nombre d'occurrences augmente, celles-ci prennent le pas, indiquant apparemment une désaffection (ou un manque d'expérience) de ces jeunes par rapport au vin.

On relèvera quand même que presque 1/3 de ces jeunes (de maximum 16 ans!) a été ivre une ou deux fois au cours du dernier mois, tandis qu'1 sur 20 d'entre eux l'a été trois à cinq fois!

4.2.7. Indicateur de demande de traitement (TDI)

Auteur-promoteur : Eurotox

Année de collecte de données	1993-2004
Type d'étude	Monitoring
Objet primaire	Prévalence des conséquences d'usage
Population cible	Population générale
Méthode d'échantillonnage	non
Echantillon d'étude	non
Taux de réponse	
Couverture	SSM à mission toxicomanie, services spécialisés toxicomanie (traitement),... (voir couverture, chap 5 du présent rapport)
Distribution d'âge	
Instruments d'investigation	Fiche de recueil de données

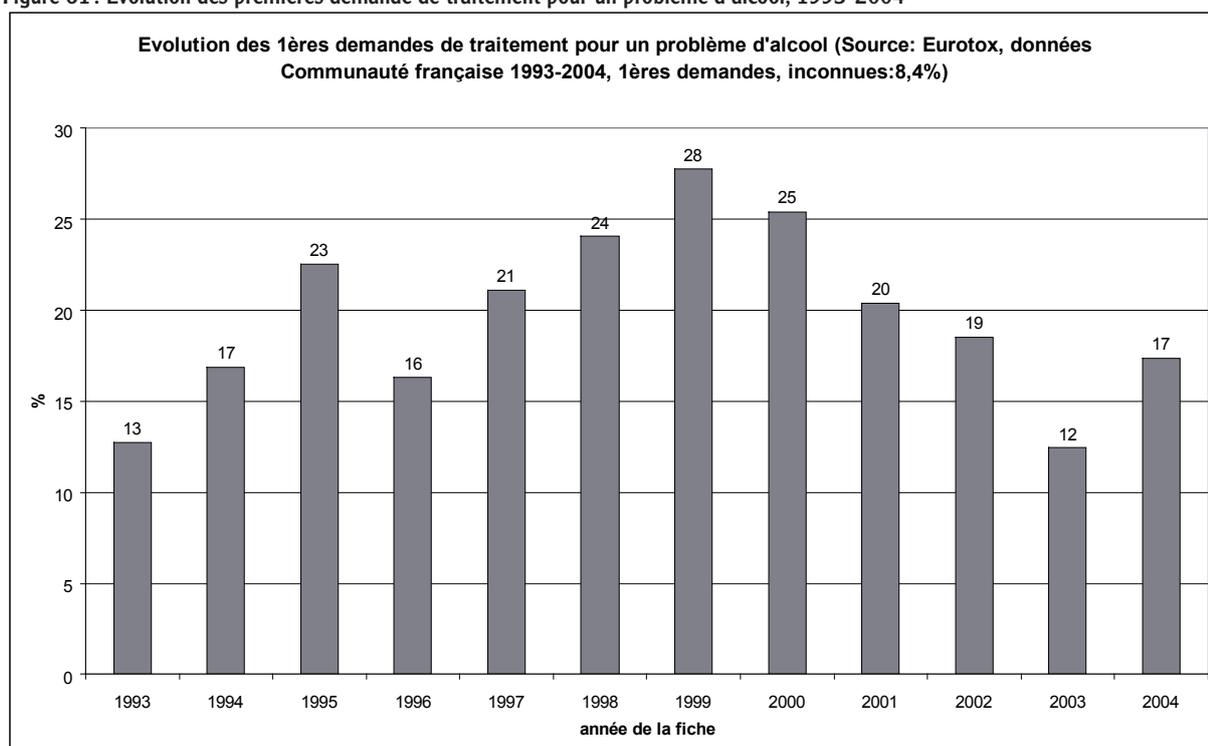
Les nouvelles demandes de traitement pour un problème d'alcool ont été en nette augmentation dans les années 90 (jusqu'à 28% en 1999). Ensuite, cette proportion montre une diminution brutale et se situe entre 14% et 19% pendant les 5 années suivantes.

Lorsqu'on considère uniquement les demandes de traitement alcool, on constate que la proportion des 1ères demandes varie entre 23% et 38% pour la période 1993-2004. En 2004, les 1ères demandes constituent 33% de l'ensemble des demandes alcool (nouvelles demandes).

- **Evolution des 1ères demandes de traitement alcool**

Les 1ères demandes de traitement alcool évoluent en forme des vagues (voir graphe ci-dessous). Une première vague de 1993 à 1996 avec une valeur de 23% en 1995, puis une deuxième jusqu'en 2003. Cette dernière augmente de 16% à 28% puis redescend jusqu'à 12% en 2003.

Figure 61 : Evolution des premières demande de traitement pour un problème d'alcool, 1993-2004



- **Alcool et consommation problématique d'un produit secondaire.**

L'analyse des données 2004 montre qu'il y a un peu plus d'1/4 des nouvelles demandes de traitements alcool qui sont associées à la consommation problématique d'un produit secondaire. Dans ces produits secondaires, on trouve ¼ d'hypnotiques/sédatifs, un peu plus d'1/4 d'opiacés, un peu plus d'1/4 de cannabis et environ 1/6 de cocaïne.

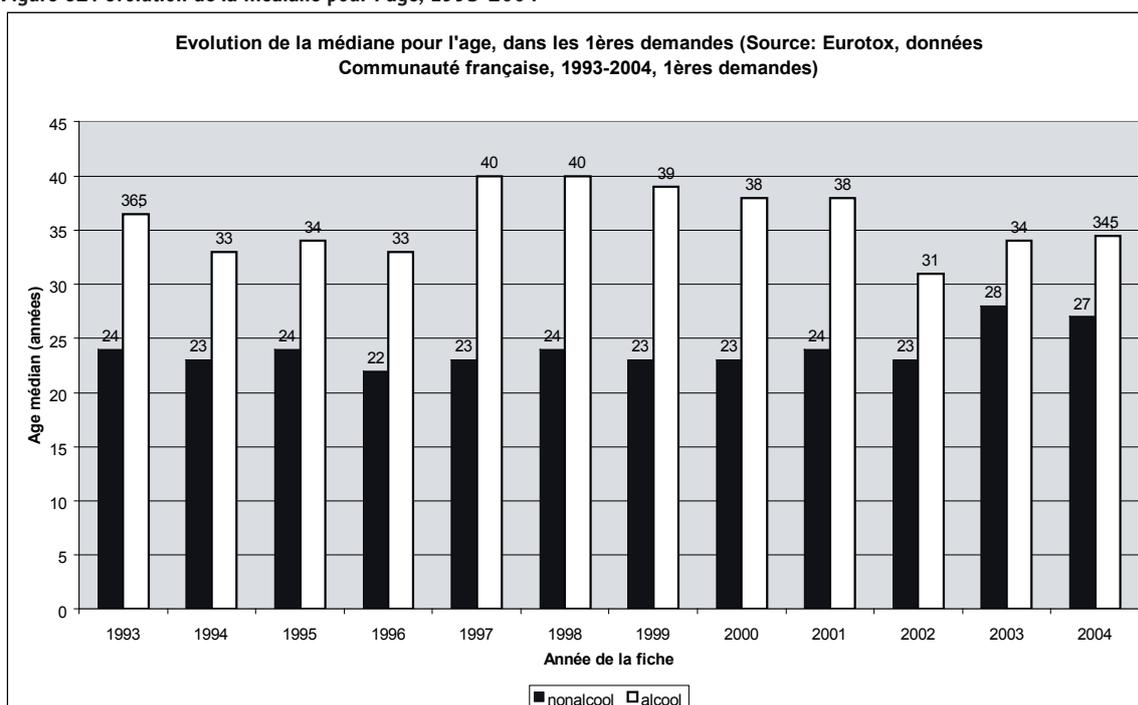
Par ailleurs, l'alcool est cité plus d'une fois sur dix comme étant un produit secondaire problématique. Le produit principal à l'origine de la demande de traitement concerne des opiacés pour presque 40%, du cannabis pour 25%, de la cocaïne pour 15% et des hypnotiques/sédatifs pour 10%.

- **Âge**

De manière générale, les personnes qui formulent une demande de traitement pour un problème d'alcool sont nettement plus âgées que celles qui font une demande de traitement pour un autre produit. La médiane varie entre 31 ans et 40 ans pour un problème d'alcool tandis qu'elle se situe autour de 23 ans pour un autre produit. A cela, plusieurs hypothèses peuvent être envisagées: la consommation problématique d'alcool se développe plus lentement que pour un autre produit ou la consommation d'alcool est plus tardive.

Par ailleurs, on observe une variation de la valeur médiane pour le groupe alcool (la médiane descend de 38 ans à 31 ans en 2002) et le groupe «autre produit» qui atteint 28 ans en 2003. Ces observations pourraient s'expliquer soit par une prise en charge plus précoce du problème soit par le déplacement de la consommation d'alcool problématique vers une population plus jeune.

Figure 62: évolution de la médiane pour l'âge, 1993-2004



- **Sexe**

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la proportion des sexes lorsqu'on compare le groupe alcool et le groupe «autre produit».

Le test de proportion (χ^2) a été réalisé d'une part pour les nouvelles demandes et d'autre part pour les 1ères demandes.

- **Nationalité**

Le test de proportion (X^2) réalisé montre qu'il y a une différence statistiquement significative entre les belges et les non belges.

Les belges ont 1,65 fois plus de risque (1,23-2,21) que les non belges de faire une demande de traitement pour problème d'alcool.

Tableau 65 : Nationalité, 1ères demandes - 2003/2004

N	Alcool (N)	Autre produit (N)	Total (N)
belges	180	884	1064
non belges	50	437	487
total	230	1321	1551

Source : Eurotox
Inconnues exclues: 10,2%
 $P < 0,0005$

- **Milieu de vie**

Le résultat du test des proportions (X^2) indique qu'il y a une différence statistiquement significative pour le milieu de vie entre le groupe «alcool» et le groupe «autre produit». Les 1ères demandes de traitement sont proportionnellement moins importantes dans le groupe alcool lorsque le domicile est temporaire (13,6%) que dans le groupe des autres produits (21,5%).

Tableau 66 : Situation sociale (domicile), 1ères demandes - 2003/2004

	Alcool N(%)	Autre produit N(%)
sans domicile fixe (variable)	114 (10,2%)	15 (6,4%)
domicile temporaire (institution, prison)	153 (13,6%)	50 (21,5%)
domicile fixe	856 (76,2%)	168 (72,1%)

Source : Eurotox
Inconnues exclues: 21,5% , $P < 0,005$

4.3 Projets, programmes, tendances

4.3.1. Projets

4.3.1.1. Prévention

Rappelons que la prévention en matière d'assuétudes est une compétence spécifique de la Communauté française, tandis que les compétences de traitement non-résidentiel, de réhabilitation ou de resocialisation sont du ressort de la COCOF et de la Région Wallonne, mais aussi du fédéral qui, via l'INAMI, finance les centres de rééducation fonctionnelle.

La mission centrale de la Communauté française concernant les drogues légales et illégales se situe donc en principe en amont d'une consommation problématique.

Parmi les projets de prévention des assuétudes subsidiés par la Communauté française, aucun n'est libellé spécifiquement «alcool», sauf:

- **Univers Santé: Colloque «Les jeunes et l'alcool, quel diagnostic et quelles actions d'éducation à la santé?»**

Ce projet était doté de 20 000 EUR, sur un budget global de 1.353.601,21 EUR consacré à la prévention des assuétudes en Communauté française en 2004.

La prévention de l'usage abusif d'alcool est en quelque sorte « noyée » dans les autres, sans bénéficier de réelle approche spécifique, ni faire l'objet d'une évaluation propre. Dans le compte-rendu du forum du 27 mai 2004 sur le mésusage d'alcool de la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale), certains projets sont toutefois cités comme traitant explicitement (à défaut d' « exclusivement ») de l'alcool. Parmi eux :

- **Les bus « Diabolo-Manques »** (Pouvoir Organisateur: la Province de Liège, avec un co-financement de la Communauté française). Ceux-ci sillonnent le territoire de la Province de Liège avec une exposition itinérante décrivant le parcours d'un jeune et sa rencontre (ainsi que son positionnement) par rapport à divers produits psychotropes.
- **Les « semaines de prévention »** (pouvoir Organisateur: Province de Liège. En effet, on rappellera que les provinces peuvent elles aussi prendre des initiatives en termes de *médecine préventive*). Ce genre d'initiative a donc lieu en Communauté française, sans être directement subsidiée par elle.

Dans le même ordre d'idée, il faut savoir que les initiatives locales peuvent parfois s'articuler autour de l'alcool, sans pour autant être un projet assuétudes libellé « Communauté française » repris dans la liste officielle des projets de prévention des assuétudes. En voici deux exemples :

- **Opération Stadiers (24h vélo de Louvain-La-Neuve)**. Cette opération vise à promouvoir la santé au sein de l'événement en promouvant le contrôle de la consommation d'alcool. Les risques et accidents de tous types liés à cette consommation doivent ainsi être réduits. Le projet fonctionne grâce à la formation de « stadiers », sur le modèle des stewards encadrant les supporters de football. Ceux-ci suivent des formations, notamment auprès de la Croix Rouge pour apprendre par exemple comment réaliser un appel efficace des secours ou encore la sécurisation des lieux. L'apprentissage d'une communication claire, de techniques d'assertivité ou de communication de rue sont également au programme. Slogans et campagnes : à la prévention primaire a été préférée une communication sur le « bien faire » dont les slogans se déclinent par exemple en : « fête ça bien » ou autre « vas-y mollo » (deux campagnes imaginées par les étudiants et relayées par les stadiers). On trouve aussi une formule proche de la « relax zone » rencontrée sur les sites de rave ou dans le milieu festif pour les consommateurs de drogues de synthèse : un hébergement de 200 lits est ainsi assuré dans une école, pour un petit ou plus long somme, le temps de récupérer. Des boissons non-alcoolisées sont distribuées (sponsoring) ou vendues à prix coûtant. Des accords ont été passés avec les étudiants pour que les boissons non-alcoolisées soient systématiquement moins chères que les boissons alcoolisées. Etc.

Les subsides de cette opération ponctuelle et ciblée sont exclusivement universitaires (UCL, 21.000 EUR). Le groupe porteur de l' « Opération Stadiers » comprend Univers Santé, asbl créée par l'UCL même, qui mène des actions de prévention et de promotion de la santé en milieu étudiant. Ceci est une preuve supplémentaire de ce que la compétence et les budgets « assuétudes » en général, « alcool » dans ce cas particulier, sont très largement dispersés au sein d'autres compétences que la santé (ici l'enseignement universitaire – UCL -).

On peut signaler par ailleurs, subsidié par la COCOF, le seul projet de prévention des assuétudes ciblant exclusivement le monde du travail, très centré sur l'alcool :

- **Santé et Entreprise**. En principe, cette institution intervient pour prévenir le développement d'assuétudes en entreprise, en adoptant une méthodologie indépendante du produit. Toutefois, l'alcool et les « drogues » (illicites) font l'objet d'une méthodologie commune, tandis que le tabac est traité de manière un peu plus spécifique, étant un produit qui s'isole par ses caractéristiques (légalité, légitimité sociale même pendant les heures de bureau, etc.). Enfin et surtout, il faut signaler qu'au fil des interventions, cette institution a acquis une expertise unique dans la thématique de l'alcool au travail et de sa prévention, cette assuétude étant beaucoup plus

commune que les addictions aux drogues illégales.

C'est ainsi que cette institution est régulièrement sollicitée « pour la formation de professionnels confrontés, dans le cadre de leur travail, à des personnes présentant un problème d'alcool (aides familiales, travailleurs des CPAS, etc.). »⁸⁷

L'approche développée est systémique plutôt que centrée sur l'individu : elle considère l'ensemble des membres d'une équipe comme interagissant, et donc comme autant d'acteurs à responsabiliser dans la gestion d'une éventuelle dérive. La co-dépendance, ou plus spécifiquement le co-alcoolisme, sont donc des notions-clés que les membres d'une équipe doivent se réapproprier avant même l'apparition du problème, dans l'optique de mieux gérer celui-ci, non pas en ce qu'il ne concernerait que la personne dépendante, mais en ce qu'il implique tout le système.

4.3.1.2. Traitement

En ce qui concerne le traitement, compétence de la Région Wallonne, lors du forum du 27 mai 2004 sur le mésusage d'alcool de la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale), le cabinet du ministre wallon de la Santé faisait remarquer qu'il n'avait été sollicité que deux fois entre 1999 et 2004 pour des projets spécifiques « alcool ».

Il y a une raison simple à cela : comme cela fut souligné au sein d'un groupe de travail de CTB⁸⁸, les protocoles d'intervention en matière de traitement de l'alcool-dépendance sont déjà anciens, ce qui peut expliquer le peu de « focus » qu'ils suscitent (rarement sont-ils l'objet d'un projet à part entière, plus rarement encore d'une institution qui y serait entièrement dédiée).

Ainsi, dans le programme des institutions **membres de la FEDITO bruxelloise** telles le **CATS** (Centre d'Accueil et de Traitement du Solbosch – accueil résidentiel de personnes de plus de 18 ans dont la consommation est devenue problématique) ; **Addictions** (accueil et intégration de personnes dépendantes au sein de services hospitaliers) ou encore **C.A.P-I.T.I.** (Accompagnement social et/ou psychologique de détenu(e)s - prisons de Forest, Berkendael, Saint-Gilles et Ittre - et ex détenu(e)s toxico-dépendants, les produits mentionnés incluent l'alcool, mais aussi les « drogues » et les médicaments.

Sans pouvoir être exhaustifs, car nous n'en avons pas les moyens, citons toutefois pour terminer le « **Réseau Dépendance Bruxelles-Est** », qui est un des « Réseaux santé » développés dans le cadre de la politique de la Commission Communautaire Française (exemples : « Santé, précarité », « Santé Mentale Marolles », etc.). Ce réseau, dont le promoteur est le S.S.M. Chapelle-aux-champs, comporte de nombreux partenaires, dont le CATS ou Addictions, déjà cités, mais aussi le SSM Le Chien vert, des appartements supervisés (Messidor/Aria) et des départements hospitaliers (Cliniques Universitaires Saint-Luc – Unité de Crises et Urgences Psychiatriques ; Cliniques Universitaires Saint-Luc – Unité Intégrée d'Hépatologie ; Clinique de l'Europe – site Saint-Michel ; Clinique La Ramée – Unité de désintoxication et Clinique Fond-Roy – Unités 1 et 3).

Le but et l'intérêt de ce travail en réseau sont la prise en charge des enfants et de la fratrie des patients « alcooliques et dépendants », en complément au traitement thérapeutique de ces personnes déjà pratiqué au sein des différentes unités du réseau. En effet, la prise en charge peut s'avérer longue et impliquer des interventions différenciées (de type ambulatoire, hospitalier, post-cure, communautaire, habitations protégées). Le fonctionnement en réseau permet non seulement d'assurer la fluidité et la continuité des soins entre les différents intervenants mais encore de favoriser une implication adéquate des proches dans le processus thérapeutique de la personne alcoolique. Enfin, il permet aussi de prendre en compte la souffrance des proches dans une visée thérapeutique et une optique préventive, surtout pour les enfants du patient.

D'une manière générale, une personne alcool-dépendante s'adressera soit aux services d'urgence des hôpitaux, en cas de problème aigu, soit à une institution proposant un accompagnement thérapeutique résidentiel (centres hospitaliers psychiatriques ou généraux ; centres spécialisés de « rééducation fonctionnelle » résidentielle) ou ambulatoire (Services de santé mentale – SSM - ; hôpitaux de jour et

⁸⁷ <http://www.sante-entreprise.be>

⁸⁸ VANDERVEKEN M., Note de synthèse: groupe de travail "Rue et première ligne", document CTB 2004, p3

centres de rééducation fonctionnelle ambulatoires ; centres ambulatoires à « bas seuil » d'accès et enfin la catégorie « autres » - maisons médicales, centres de consultation, etc.)

Si la spécialisation « alcool » est rare sur papier, il n'en demeure pas moins que certaines institutions peuvent développer sur le terrain une expertise dans l'accueil et le traitement/accompagnement des personnes dépendantes de ce produit. Ainsi, la grande majorité des fiches TDI d'Eurotox qui mentionnent l'alcool comme produit principal proviennent des centres ambulatoires ALFA et AVAT, tous deux Services de santé mentale.

En revanche, la spécificité, rare dans les centres d'accueil thérapeutique professionnels se (re)trouve – et c'est particulier à l'alcool – dans les multiples groupes de soutien et d'entraide que génère cette assuétude. Il en va ainsi bien sûr des Alcooliques Anonymes mais aussi de nombreux groupes de soutien à l'entourage de personnes alcooliques (groupes AL-ANON, cfr point 4.1.1.4.). Là, l'alcool occupe toute la place et toute l'attention. A telle enseigne d'ailleurs, que de tels groupes peinent à se former autour des drogues illicites (seuls 4 ou 5 au total en Communauté française).

4.3.1.3. Outils

Nous allons détailler à présent quelques outils de prévention et/ou de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool. Les deux premiers sont des tests de dépistage d'une consommation problématique. Il en existe de nombreux autres, mais ceux que nous présentons nous ont semblé, outre leur pertinence, les plus usités. Le premier (« CAGE »), est intégré dans le questionnaire de l'enquête sur la santé HIS réalisée en Belgique par l'ISSP (cfr chapitre 2). Le second (AUDIT) a été mis au point par l'OMS.

Le « CAGE »

Le CAGE est donc un outil de dépistage de la dépendance à l'alcool. Il comprend quatre questions, destinées à évaluer le risque de dépendance à l'alcool. On a vu que ce questionnaire est décrit dans le rapport d'experts aux Ministres Vienne et Fonck comme un outil d'investigation non-intrusif susceptible de constituer une bonne approche du problème par les médecins généralistes (cfr point 4.1.1.4.). Cette approche, selon le rapport, pourrait ouvrir un dialogue proche de l'éducation à la consommation responsable, qu'on rencontre aujourd'hui dans le champ de la réduction des risques. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant de rendre brièvement compte de cet outil. Le test date de 1970 :

La dépendance à l'alcool est probable si le patient donne 2 réponses positives ou plus (aux 4 questions suivantes) :

- *Avez-vous déjà ressenti le besoin de DIMINUER votre consommation d'alcool?*
- *Des gens vous ont-ils déjà ENNUYE en critiquant votre consommation d'alcool?*
- *Vous êtes-vous déjà senti mal ou COUPABLE à cause de votre consommation d'alcool?*
- *Avez-vous déjà bu de l'alcool au réveil pour stabiliser vos nerfs ou vous débarrasser d'une gueule-de-bois (EYE- opener – qu'on pourrait traduire par verre du (ou « au ») REVEIL-)?*

Bernadt et al ont affirmé qu'un score (plus grand ou égal) à deux au test CAGE a une sensibilité de 93% et une spécificité de 76% dans l'identification des buveurs problématiques.^{89 90} La sensibilité est la capacité de détection du problème s'il est présent, tandis que la spécificité est la capacité d'exclusion du problème s'il est absent. En d'autres termes, le test ne risque pas (ou peu) de ne pas détecter une personne alcoolique, et il ne risque pas (ou peu) de détecter l'alcoolisme à tort chez une personne saine.

Le site précise également qu'en aucun cas cet outil ne peut à lui seul amener à poser un diagnostic de consommation problématique ou à administrer un traitement médical, et que seuls les médecins peuvent – et doivent – être consultés à cet effet.

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Voir aussi Bernadt et al., 1982.

L' « AUDIT »

Le questionnaire «AUDIT» mis au point par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1992, propose de dépister la consommation nocive et les buveurs à risque de manière plus détaillée, selon une autre série de questions. Ces dernières sont plus nombreuses. Il pourrait s'avérer intéressant de les comparer selon l'axe intrusif/non-intrusif, puisque cet aspect était évoqué, dans le rapport d'experts aux ministres Vienne et Fonck, comme déterminant dans une possible réduction des risques chez la patientèle des médecins généralistes.

Voici ces questions *in extenso*. Les réponses sont à choisir parmi une gradation de 5 et sont « cotées » de 0 à 4. Un total supérieur à 9 refléterait une consommation nocive, et un total supérieur à 13 une dépendance à l'alcool :

Tableau 67 : test «AUDIT»; dépistage de la consommation nocive d'alcool et des buveurs à risque

	0	1	2	3	4
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	au moins 4 fois par semaine
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus lors d'une occasion particulière	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
9. Avez-vous été blessé par quelqu'un d'autre, ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu?	non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez?			Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année

On notera que ce test est bien un test de dépistage. Il n'équivaut pas à une campagne *préventive* dans le sens où l'entend le champ de la promotion de la santé en Belgique. Toutefois, il pourrait donner lieu à des conseils de prévention aux patients détectés comme « à risques ».

Ce test aurait une sensibilité de 83 à 96% et une spécificité de 82 à 89%. Par ailleurs, comme le souligne l'étude PROBEX, le test « a été élaboré à partir de données provenant de plusieurs pays et a donc une bonne validité interculturelle »⁹¹

⁹¹ FILEE D., GOSSET C., REGINSTER J-Y, DOR B., ORBANT., Probex, Projet buveurs excessifs, SSMG-ULG, 2004, p13

La brochure de réduction des risques « alcool »

L'asbl Modus Vivendi, active dans le champ de la réduction des risques, édite régulièrement des brochures d'un format « de poche » (10,5 / 7,5 cm) sur les différents produits justifiant une telle approche. Ces brochures sont réalisées en partenariat avec les associations Citadelle, Santé et entreprise, Centre Alfa, Liaison anti-prohibitionniste, Infor-Drogues et Prospective Jeunesse. Leur processus d'élaboration est complexe. Il comprend :

- une analyse de la littérature ;
- des « focus groupes » avec des usagers de drogues (appelés groupes es-pairs), ou avec d'autres personnes du public-cible ;
- la réalisation d'un texte-martyr, soumis ensuite à des experts scientifiques ;
- la soumission de la maquette provisoire, pour test, à un groupe es-pairs.

Ces brochures à la mise en page attrayante (destinée en bonne partie au milieu festif) abordent les produits légaux ou illégaux sous le même angle, soit celui de la promotion de la santé, de la réduction des risques et d'une consommation responsable.

L'une de ces brochures concerne le produit « alcool ». La création d'une telle brochure avait notamment été demandée par des usagers de drogues et par des intervenants de terrain auprès des jeunes. Tout comme les autres brochures de Modus Vivendi, elle développe les aspects liés à l'origine du produit, aux types de consommation, aux effets et risques immédiats et à long terme en cas de consommation excessive, et à la réduction des risques, y compris en cas d'urgence. Les effets et risques des mélanges sont aussi abordés (ce qui correspond à la réalité grandissante de la poly-consommation).

Le cadre légal est également rappelé, avec les situations frappées d'interdit.

L'originalité de l'outil réside surtout dans l'abord de la polyconsommation et de la réduction des risques.

A titre d'exemple, la brochure aborde la consommation associée d'alcool et de stimulants (caféine, smart drinks, amphétamines, speed, XTC, cocaïne) : cette association comporte le risque (parmi d'autres) d'un « masquage » de l'ivresse par les stimulants, qui peut inciter à boire davantage. En effet, l'ivresse ne survient que plus tard, et brutalement, quand les effets du stimulant s'estompent.

Les associations aux autres drogues de synthèse, au cannabis, aux médicaments, aux opiacés et aux drogues psychédéliques, sont également abordées.

La rubrique « réduction des risques » traite aussi bien des thèmes classiques de la grossesse et de l'allaitement que des quantités conseillées en fonction du type de consommation (régulière/occasionnelle) ou encore de ceux, moins fréquents, de la gestion d'une sortie arrosée (boire lentement, alterner avec des « softs », manger en même temps etc.), d'un « lendemain de veille », d'une consommation régulière d'alcool (prise de certaines vitamines pour augmenter la résistance aux infections, aider le foie à faire face à la surcharge, nourrir le système nerveux périphérique...).

4.4 Débat/évolution de la situation

4.4.1. Le statut de l'alcool

Comme on l'aura constaté ci-dessus, c'est un fait reconnu par la plupart des acteurs et des bilans : le mésusage d'alcool suscite bien moins de réaction, d'intérêt et d'interventionnisme que l'usage de drogues illicites. A telle enseigne que, lors du forum conjoint (sus-cité) de la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) et de la WWVH (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen) sur le mésusage de l'alcool, appel était fait aux décideurs politiques afin qu'ils s'engagent fermement en termes budgétaires dans le sens d'une plus grande attention à ce problème.

Pour s'interroger sur le statut de l'alcool dans notre société en général, et dans les champs de la santé et des assuétudes en particulier, partons d'un petit exercice en deux étapes, a priori un peu « formel » ou

« comportementaliste », mais au fond purement logique et très révélateur. Prenons un chemin qui part d'un passage déjà cité plus haut :

« Les parents, les enseignants et les éducateurs ont aussi une fonction d'exemple importante, et ce autant pour le bon que pour le mauvais. Une discussion ouverte doit être possible sur l'usage d'alcool, les moments d'usage excessif ainsi que sur ses avantages et inconvénients. Toutefois, cela ne signifie pas pour autant que les parents ne peuvent jamais en abuser. Les parents sont également des êtres humains, et ces derniers ne se comportent pas toujours de manière raisonnable. »⁹²

L'allégation semble elle-même raisonnable, soucieuse de la santé des consommateurs occasionnels ou réguliers (voire abusifs) d'un produit consommé couramment, socialement apprécié voire valorisé, et légal..

Elle sonne tout autrement si on remplace « usage d'alcool » par « usage de drogues » : (...) *Une discussion ouverte doit être possible sur l'usage de drogues, les moments d'usage excessif ainsi que sur ses avantages et ses inconvénients.* Etc.

L'ensemble du paragraphe s'en trouve d'ailleurs modifié. Faire l'exercice de le relire entièrement en y incluant le changement de produit est édifiant : l'énoncé paraît soudain extrêmement engagé, voire téméraire. Il sonne comme le credo un peu désespéré (vu le contexte politique belge, prohibitionniste) de travailleurs et/ou de politiciens aux vues que les uns qualifieront de « libérales », les autres de « progressistes ». D'aucuns diront même qu'il sonne comme une *banalisation* de l'usage de « drogues », ou de *certaines* drogues.

En ce sens, pourquoi la première allégation (qui dit mot pour mot la même chose) ne sonne-t-elle pas elle aussi comme une *banalisation* audacieuse ou « libérale ». Une hypothèse qui nous semble honnête serait : parce que le produit « alcool » est *déjà* banalisé. Depuis toujours, il fait partie de notre culture, de nos traditions et de notre quotidien. Et ce en dépit du fait qu'il cause environ 4000 des 100.000 décès annuels en Belgique ; qu'il induirait des pertes évaluées à 1% du PNB (en raison du travail sous influence de l'alcool) ; et entraînerait dans son sillage une consommation excessive de 12% des hommes et 8% des femmes.⁹³

Mais il faut être honnête et compléter cette hypothèse en précisant que si la deuxième allégation sonne plus libéral, c'est aussi à cause du truisme suivant : les drogues illégales... sont illégales. Ou mieux dit : on a choisi depuis plusieurs décennies (et plus encore depuis 1968) de présenter les drogues comme dangereuses - et donc à prohiber - pour des raisons politiques bien plus que scientifiques. Cette volonté du pouvoir politique produit un discours qui exerce bien évidemment une forte influence sur l'attitude des gens et le conditionnement des esprits.

Si pour ouvrir ce débat nous sommes partis de la position du Secrétariat Permanent à la politique de Prévention (en principe plus « sécuritaire ») plutôt que de celle du secteur de la santé, c'est d'abord parce que l'aspect « sécurité » emporte 54% des dépenses publiques allouées à la politique des drogues⁹⁴ en Belgique. Les autres postes sur lesquels sont réparties ces dépenses sont « Gestion politique » (3%) ; « Recherche et épidémiologie » (1%) ; « Prévention » (4%) et « Assistance » (38%). On peut donc raisonnablement constater que le maintien de la « sécurité » (réduction des nuisances, etc.) emporte (largement) la timbale dans les stratégies politiques. Ce qui pourrait signifier, si notre système politique fonctionne bien, que l'opinion majoritaire des citoyens qui ont élu ces représentants politiques penche en faveur de la sécurité, avant les autres thèmes. Ou encore que cette opinion leur est prêtée par les politiques. A moins que (si notre système de représentation parlementaire ne fonctionne pas si bien), la classe politique soit beaucoup plus frileuse (conservatrice par peur de la sanction électorale) que l'opinion.

⁹² Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention, Drogues et Usage de drogues, Service Public Fédéral Intérieur, 2004, p40

⁹³ Voir Degreef T, Pacolet J. & Bouten R. Sociale kosten-batenanalyse van alcoholgebruik en -misbruik in België, 2003, mais aussi Cattaert G. & Pacolet J., Alcoholgebruik en -misbruik naar leeftijd in België Analyse op basis van de gezondheidsenquête en het huishoudbudgetonderzoek 2004

⁹⁴ DE RUYVER B., PELC I., CASSELMAN J. et al., La politique des drogues en chiffres, une étude des acteurs concernés des dépenses publiques et des populations atteintes, Academia Press, Gent, 2004.

Mais, si nous partons de cette position, c'est aussi parce que la gestion de la (sur)consommation d'alcool semble être *sur papier* le seul possible dénominateur commun avec le secteur de la santé, enclin aujourd'hui à tous les niveaux à une éducation à la consommation responsable, à une gestion des risques.

Mais ce « vœu pieux » est-il traduit dans les faits par une attention à la mesure du problème ? Tout l'enjeu se situe entre la position de principe et la réalité de terrain (pour les politiques comme pour les intervenants). Car si l'attitude théorique adoptée face à la surconsommation d'alcool semble faire à peu près l'unanimité, la réalité est toute autre. L'alcool reste en effet une drogue :

- légale,
- à la composition connue et contrôlée,
- à la délivrance réglementée (notamment vis-à-vis des mineurs, même si cette réglementation semble parfois incomplète et souffre de laxisme dans son application),
- à la fonction sociale globalement assumée par la société,
- aux abus tolérés voire dans certains cas valorisés,
- culturellement intégrée (longue tradition de production et de consommation)
- dont l'usage est relativement bien encadré (en général on apprend à boire en famille).

Ces dispositions et ces faits rendent le produit *familier* au point qu'il semble normal d'afficher une volonté de gestion progressiste, voire « libérale » et pour tout dire *banalisée* de cette assuétude (la « gestion des risques » liées aux drogues illégales soulève beaucoup plus de débats), mais aussi, paradoxalement, que cette volonté affichée est pourtant peu suivie d'effets (grande tolérance de l'appareil répressif vis-à-vis de l'abus d'alcool mais aussi, pour mémoire, un seul projet spécifique « alcool » sur les 26 projets subsidiés par la Communauté française en matière de prévention des assuétudes en 2004). En d'autres termes : 1) l'alcool est familier, donc on trouve acceptable d'en *gérer* la consommation plutôt que de la *prohiber* et 2) l'alcool est familier, donc on *omet* d'en gérer la consommation, probablement parce qu'il ne fait plus peur à quiconque. C'est donc un produit « domestique » mal « domestiqué ».

En résumé les instances *sécuritaires* comme les instances *préventives* semblent peu préoccupées de l'alcool *dans les faits*, malgré une position de principe quasi commune sur ce produit.

Concernant le secteur de la prévention, si les acteurs du secteur socio-sanitaire n'ont pu accorder à l'alcool toute l'attention qu'il mérite, cela est dû en grande partie au fait que, vu le prohibitionnisme international en matière de drogues et la répression qui en découle, toute leur attention a été mobilisée par le fait de faire vivre des structures de prévention/information, d'aide et de soins moins bien comprises et moins bien soutenues que l'appareil répressif, et ce au cours des 35 dernières années. Aujourd'hui, ces acteurs sont davantage reconnus et soutenus, et devraient se sentir peu à peu plus libres d'adresser des projets spécifiquement dédiés à l'alcool au gouvernement de la Communauté française, par exemple.

En attendant, il semble y avoir loin de la coupe aux lèvres. Mais comment se traduit dans les faits le statut de ce produit « privilégié » ?

4.4.2. Statu quo politique ; lois lacunaires

Le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 dresse le même constat que son « prédécesseur » quant à la prévalence de l'attention aux drogues illicites sur l'accoutumance à l'alcool. En soi, cette conclusion est déjà un aveu de carence : les cinq années précédentes, malgré la volonté politique affichée, n'ont pas vu l'écart se réduire. Cette même volonté politique pourra-t-elle, au cours des cinq années suivantes, faire évoluer les choses davantage ?

Les experts chargés du rapport en vue d'un plan concerté dans le domaine des assuétudes, mettent en garde contre le déséquilibre persistant drogues légales / illégales. Or, ce rapport a été remis un an après le début du deuxième plan quinquennal, signe qu'entre-temps les choses n'ont en tout cas pas changé du tout au tout.

Les lois en termes de délivrance d'alcool à des mineurs sont, on l'a vu, assez diluées et incomplètes. Elles ne traitent qu'à la marge la délivrance d'alcool à des mineurs, au sein de textes dont l'objet principal est autre (le contrôle et les autorisations de patente s'effectuent d'ailleurs *via* le ministre des finances – pas d'implication des compétences santé ou petite enfance). Elles ne protègent d'ailleurs d'une délivrance de « boissons enivrantes » dans les débits de boissons que les seuls mineurs de moins de 16 ans. Quid des autres? Quant à l'interdiction de vendre des *spiritueux* à tous les mineurs, elle souffre de tels écarts (interdiction dans les débits – quid des magasins?) que l'accès aux premix/alcopops/limonades alcoolisées est devenu un débat national.

La question a d'ailleurs été abordée explicitement à la Cellule Politique Santé Drogues (CPSD), qui, rappelons-le, réunit des représentants des compétences santé de tous les niveaux de pouvoir belges (fédéral, entités fédérées). Il semblerait d'ailleurs qu'une interdiction totale (pas seulement dans les débits de boissons) de la vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans entraînerait le retrait de toutes les boissons alcoolisées des distributeurs automatiques non surveillés, en ce compris les bières.

Selon toute vraisemblance, cette limitation deviendrait dès lors très délicate, les lois dans le domaine résultant d'un compromis entre *tous* les acteurs en jeu. Cette liste inclut bien évidemment les alcooliers et les « finances » (via les droits d'accises perçus) en plus des consommateurs ou de leurs représentants et des différentes instances compétentes en santé publique. Il n'est donc pas sûr du tout qu'une interdiction généralisée de l'alcool aux moins de 16 ans emporterait l'adhésion de tous.

Cela ne doit toutefois pas faire oublier que l'usage excessif d'alcool est bien plus ravageur chez ces jeunes usagers que chez leurs aînés. Il ne semble donc pas usurpé de les considérer comme un public à protéger particulièrement, comme c'est déjà le cas pour la délivrance de tabac.

Cela dit, indépendamment d'une éventuelle prohibition généralisée aux mineurs de moins de 16 ans, l'approche privilégiant une éducation à la consommation responsable semble emporter l'adhésion de beaucoup (pour l'alcool). Mais cela amène tout naturellement à l'examen des messages aux consommateurs. Tenons-nous dans ces messages (messages des alcooliers / messages de promotion de la santé) la clé d'une approche qui « réconcilierait » toutes les parties (par le contrôle et l'exclusion des messages incitant à une consommation irresponsable / par la création et la diffusion de messages incitant à une consommation responsable)? Partons pour cela du point suivant : la « Convention régulant la publicité pour les boissons alcoolisées ».

4.4.3. Pub pour les boissons alcoolisées : efficacité d'une convention avec le secteur privé ?

C'est avec une certaine surprise, tant la publicité pour l'alcool est omniprésente et banalisée, qu'on constate (ou se rappelle) qu'il est interdit aux débiteurs de boisson, selon la loi de 1983 sur la patente pour le débit de boissons spiritueuses, d'afficher des publicités (ou même des « emblèmes ») encourageant la consommation de « spiritueux » :

Art. 5. § 1er. *Il est interdit à tout débitant d'apposer ou de laisser apposer, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du débit, des enseignes, affiches ou emblèmes quelconques incitant à consommer des boissons spiritueuses.*

La crainte du législateur était-elle que ce type de publicité ait un effet d'entraînement et débouche sur une consommation excessive? Si oui, pourquoi limiter cette interdiction aux seuls débits de boissons, quand un panneau publicitaire voisin peut livrer exactement le même message? Comme le Ministre des Finances (qui contrôle et accorde la patente) ou son délégué sont aussi responsables de contrôler la moralité du cabaretier, peut-être est-ce là un simple « passeport » de moralité : si le patron n'a pas mis de pub pour l'alcool, la morale est sauve, il peut ouvrir son débit de boissons. L'interdiction en elle-même ressemble donc plutôt à un alibi. D'autant qu'il s'agit bien des « spiritueux » : les bières, en revanche, peuvent (très visiblement) être largement plébiscitées par leurs emblèmes au fronton des tavernes et débits divers. Or, il est connu qu'un verre d'alcool (« spiritueux » ou « boissons alcoolisées ») contient

en moyenne toujours la même quantité d'alcool (10 grammes), tout simplement parce que les quantités servies varient en fonction du type de boisson (25 cl de bière, 8 cl de vin, 3 cl d'eau-de-vie par exemple). Il y a moins de liquide dans un verre de vodka que dans une bière. Y a-t-il donc une réelle plus-value à interdire pubs et emblèmes de spiritueux quand les autres boissons alcoolisées, qui délivrent les mêmes quantités d'alcool par verre, gardent leur étendard? Plus encore: les bières spéciales sont en fait au-dessus de la moyenne. Pour une bonne santé, le nombre de verres quotidiens de celles-ci devrait être inférieur en moyenne au nombre de verres des autres boissons alcoolisées.

La vérité c'est que l'on reste focalisé sur (ou influencé par) une position d'évitement plutôt que d'éducation à la consommation responsable. L'évitement de la consommation est ce qui a été appelé « prévention primaire ». Ce réflexe d'évitement, proche de la prohibition (qui concerne traditionnellement les drogues illicites) n'est dans le fond pas compatible avec le souci affiché d'éducation, surtout quand on parle d'un produit qui n'est pas légalement prohibé et qui fait partie intégrante de notre culture.

Qu'en est-il de ces notions d'évitement, d'avertissements ou encore d'éducation à la consommation responsable (évoqués au point 4.4.2.), dans le texte et le contexte d'un code de bonne conduite (convention) autour de la publicité, avalisé par le Ministre de la Santé et signé par les alcooliers, les professionnels de l'Horeca et ceux de la distribution? Rappelons avant tout la teneur de cette convention :

Le code vise toute communication favorisant la vente de produits contenant plus de 1,2% d'alcool :

- Il interdit d'associer la consommation d'alcool à la réussite sociale, sexuelle ou professionnelle, (ou de viser ou utiliser des moyens qui aboutissent à viser spécifiquement les mineurs.
- Dans les médias (sauf spot radio de moins de 10 secondes) toute publicité pour une boisson alcoolisée devra être accompagnée de la mention: « Notre savoir-faire se déguste avec sagesse ».
- En outre, ce genre de publicité est banni des publications enfantines, des salles de cinéma proposant des films pour enfants, mais aussi 5 minutes avant, pendant, et 5 minutes après les émissions s'adressant aux enfants.
- La distribution est également réglementée: la vente de boissons alcoolisées dans les écoles ou leur voisinage est interdite, tout comme la confusion entre « alcopops » et limonades dans les rayons des commerces.

On notera que les deux premières mesures ne concernent pas uniquement les mineurs mais englobent au moins partiellement les adultes.

Le groupe porteur « Les Jeunes et l'alcool »⁹⁵, organisateur du colloque du même nom (qui a réuni, le 18 mai 2004, 300 personnes du secteur de la santé, de la jeunesse et de l'éducation), s'est élevé contre la signature de cette convention. En effet, comme on peut le lire en substance sur le site web d'Infor-Drogues⁹⁶:

- Les codes de bonne conduite sont limités: ils ne sont pas applicables aux producteurs non signataires, et même pas toujours appliqués par les signataires eux-mêmes.
- Les producteurs montrent « patte blanche » en déclarant que les alcopops ou « prémix » sont destinés au public adulte consommateur d'alcool, mais tout indique qu'ils s'adressent plutôt aux jeunes (goût, design...).
- L'explosion de ce nouveau marché n'a pas provoqué une nouvelle chute des ventes des alcools plus classiques (vin, bière, spiritueux).
- L'arbitre de cette auto-régulation des professionnels est le JEP (Jury d'Ethique Publicitaire). Or, ce dernier est financé par les annonceurs et les publicitaires eux-mêmes. Certes, y sont associées des organisations de défense des consommateurs (le CRIOC, Test-Achats). Mais cela sera-t-il suffisant, quand tant de signataires de la convention en sont à la fois juges et parties,

⁹⁵ Fédération des centres de jeunes en milieu populaire - Fédération des Etudiant(e)s Francophones – Groupe RAPID – Infor-Drogues - Jeunesse et Santé
- Ligue d des Familles – Mutualité socialiste - Prospective Jeunesse - Univers santé

⁹⁶ www.infor-drogues.be

et quand aucune loi ne vient encore sanctionner cette réglementation ? En effet, rappelons que pour rendre la convention contraignante, le Ministre Demotte doit insérer un article spécial dans la loi de 1977 sur les denrées alimentaires.

Cette mesure semble donc, à raison, largement insuffisante, voire cosmétique aux membres du groupe porteur. D'autant que le mécanisme régulateur (une plainte auprès du JEP, suivie de retrait de la pub ou éventuellement d'astreinte), se déroule en un temps plus long que le temps habituel d'une campagne de pub. Même si le JEP donne raison au plaignant, le mal est fait et la pub a déjà disparu.

Puisque les « avertissements » et « campagnes » d'information sont un cheval de bataille du secteur de la santé (et dans une certaine mesure des responsables politiques), on peut pointer entre autres cette fameuse mesure de « prévention » qui fait déjà florès et consiste à flanquer les pubs (sauf spot radio de moins de 10 secondes) de la mention « notre savoir-faire se déguste avec sagesse ». Les alcooliers qui ont signé la convention remplaceraient-ils sans broncher cette phrase par un message de prévention plus compréhensible, comme de ne pas dépasser 3 ou 4 verres quotidiens en moyenne pour les hommes, et 2 verres pour les femmes (seuil de la consommation à risque selon l'Organisation Mondiale de la Santé – OMS)?

Les publicités filmées pour apéritifs ou spiritueux de grandes marques sont par ailleurs très clairement et régulièrement connotées sexuellement. Rhum des caraïbes, apéritif italien, crème de café... provoquent le même déferlement de (beaux) corps dansants et luisants de sueur, d'amants dans le placard, de baisers sur les lèvres de l'heureux consommateur... Les plaintes affluent-elles au JEP pour autant, depuis la signature de la convention ? Pas jusqu'au 31 décembre 2005 en tout cas, date à laquelle seules deux plaintes concernant les spiritueux ont été déposées, toutes deux concernant des pubs pour une vodka, jugées immorales, cyniques et/ou incitant à la boisson par les plaignants. Mais ces pubs s'adressaient l'une aux papas, évoquant la fête des pères, l'autre au « tout public ». Rien de ce que la convention est censée cadrer ou réprimer, donc. Pour info, les plaintes furent classées sans suite par le JEP. Une autre plainte concernait une réclame pour une marque de bière, jugée exagérément violente, ce qui pourrait nuire aux enfants qui la voient, et portant par ailleurs atteinte aux valeurs religieuses. Cette matière n'est pas non plus l'objet de la convention. Les images violentes furent condamnées par le JEP, mais pas les images aux références religieuses. Une quatrième plainte enfin, arguait de ce qu'un annonceur avait omis la mention éducative invitant à une consommation modérée dans une pub pour du vin. Le jury a constaté ce manque et a *recommandé* à l'annonceur de rectifier cette lacune lors de communications ultérieures, ce que l'annonceur a accepté.

Seule une plainte fut donc déposée sur une des matières visées *stricto sensu* par la convention. Et à vrai dire, les « avertissements incitant les consommateurs d'alcool à la prudence et la modération » dont nous parlions semblent plutôt, vu leur côté cosmétique (« notre savoir-faire se déguste avec sagesse » !!) le céder aux messages de réussite sociale et sexuelle qu'on prétend combattre. Tout ceci sans que les plaintes n'affluent, ce qui témoigne de l'enracinement de ces pratiques dans notre société.

Résumons nous : en l'absence de lois exhaustives ; en l'absence d'application stricte des lois existantes ; face à des publicités préférant – bien sûr – le commerce aux messages de modération ; en présence d'une convention non-contraignante et à l'application hasardeuse ; et finalement face au manque de réaction de la société civile devant les divers messages de réussite véhiculés par les pubs pour l'alcool, que reste-t-il dans l'arsenal préventif, si ce n'est d'éventuelles campagnes d'information largement diffusées, comme les prônait la résolution de la chambre sur les alcopops (point 4.1.2.3.) ? Au-delà d'une campagne de type « BOB », certes louable mais qui fonctionne en tout ou rien (« quand Bob conduit, il ne boit pas » - quant aux autres, ils font ce qu'ils veulent... -)⁹⁷, a-t-on trouvé et trouve-t-on dans les médias, occupant les espaces publicitaires gratuits prévus à cet effet, l'une ou l'autre *campagne médiatique bien argumentée, qui attire l'attention des jeunes sur les dangers de la consommation d'alcool (sur les plans physique, psychique et social) et leur conseille de consommer moins de boissons alcoolisées*⁹⁸ ? C'est l'objet du point suivant.

⁹⁷ De plus, il faut bien garder à l'esprit que la campagne « BOB » est une initiative des alcooliers eux-mêmes !

⁹⁸ Op.cit.

4.4.4. Campagnes médiatiques, espaces de radiodiffusion gratuits : la dernière chance ?

Pour rappel : les espaces de radiodiffusion gratuits, mis à disposition du gouvernement de la Communauté française chaque année par les organismes de radiodiffusion, en contrepartie des espaces occupés par des pubs pour alcools ou médicaments (voir point 4.1.1.2.), ne furent consacrés entre 1998 et 2002 qu'à 6,9% aux assuétudes. Ces 6,9%, selon les « Eléments de bilan du plan quinquennal 1998-2003 et réflexions », étaient entièrement dédiés au tabac.

Aujourd'hui, il apparaît que rien n'a changé puisque, reflet des avis positifs remis par la Commission «campagnes radiodiffusées» du Conseil supérieur de promotion de la santé, les campagnes à ajouter depuis à la liste sont :

- tabac et grossesse (2003, radio)
- «dénormalisation» du tabac (2004, radio & TV)
- tabac et grossesse (2004, TV)

Pour mémoire, le bilan 2004 des avis positifs remis par la commission fut de 11. Hormis les 2 campagnes «tabac», il n'y a pas eu d'avis sur une quelconque campagne portant sur un autre produit pouvant entraîner une accoutumance. Ce qui veut dire qu'aucun projet de campagne spécifique sur une autre assuétude (en ce compris l'alcool) n'a été proposé. Les thèmes des autres campagnes sont très variés, un seul revient deux fois: le sida (prévention / solidarité).

A la longue liste des textes/instances/lieux/champs d'action ne montrant qu'un intérêt très marginal pour l'alcool, on peut donc rajouter les campagnes médiatiques sur les espaces pourtant gratuits, mis à disposition de la Communauté française par les organismes de radiodiffusion en vertu de l'Arrêté du gouvernement de la Communauté française du 18 janvier 1995.

4.5. Conclusions et recommandations

4.5.1. Conclusions

Que dire, que dire ?

On ne sait trop par quel bout prendre ce produit si familier dont l'usage, et dans une mesure très large le *mésusage* semblent occuper une place dans notre société (voire « remplir une fonction » ?) dont seuls certains acteurs du champ socio-sanitaire semblent réellement s'émouvoir. Ceci n'est certes valable qu'une fois gratté le vernis du discours officiel, mais comment ne pas s'étonner (une dernière fois) devant les lacunes des lois, le laxisme dans leur application, la peine des plans quinquennaux de promotion de la santé à enfoncer le clou, le peu de sollicitation dont fait l'objet le gouvernement de la Communauté française pour des projets de prévention exclusivement dédiés à l'alcool, la tolérance parfois injustifiée de l'appareil répressif envers l'abus d'alcool en regard de son appréhension des drogues illicites (cfr 1.1.3.), les terribles vides juridiques en termes de vente d'alcool à des mineurs, la conquête agressive du marché de ces jeunes mal protégés via des produits vendus et présentés comme des limonades, l'appel surréaliste à l'auto-discipline des alcooliers (!!!) et des publicistes pour protéger ces jeunes *malgré tout*, la réaction quasi nulle de la société civile (dernier rempart possible, via les plaintes déposées contre l'irresponsabilité de certaines de ces campagnes de publicité), l'absence d'initiatives en termes d'un rééquilibrage des messages publicitaires via des campagnes *pourtant gratuites* de promotion de la santé et, *last but not least*, les 4000 morts (sur 100.000 annuels) à attribuer aux conséquences de la consommation d'alcool qui continuent à émailler les statistiques.

On est un peu tenté de baisser les bras, avouons-le, en se disant « c'est comme ça ». Sauf...

Sauf si les acteurs du secteur socio-sanitaire, gagnant enfin un peu de liberté après 35 années d'un « tout

au répressif» qui a lourdement grevé la mise en place de leurs structures de prévention, peuvent enfin accorder à cette drogues licite aux abus ravageurs toute l'attention qu'elle mérite. En cela, l'initiative du groupe porteur « Les jeunes et l'alcool » (cfr 4.3.) peut s'avérer un point de départ, voire ce qu'il serait bienvenu d'appeler un « nouveau » départ.⁹⁹

Sauf si les constats (concernant l'alcool) du rapport d'experts aux ministres en charge de la santé en Communauté française, en Région wallonne et en Région bruxelloise, préalable à un plan concerté de prévention, d'aide et de soins en matières d'assuétudes ne restent pas lettre morte, mais trouvent une application proactive et volontaire dans le plan conjoint attendu des deux ministres. Peut-être alors que des recommandations comme la *globalité* de l'approche (promotion du choix et de la consommation responsable, que ce soit des drogues licites ou illicites), la *spécificité* (promotion de projets dédiés exclusivement à l'alcool et son mésusage), le partage de savoir entre acteurs *dédiés* (intervenant du champ socio-sanitaire) et *non dédiés* (enseignants, éducateurs, etc.), la *réduction des risques* (à appliquer enfin à l'alcool – et aux drogues licites – comme à l'ensemble des drogues illicites), peut-être enfin, disions-nous, ces recommandations – parmi d'autres – s'incarneraient-elles en actes qui les sortiraient d'un monde de fantasmes pour les faire entrer dans le réel.

Sauf si l'ébauche du « Plan Alcool » en travail au niveau du secrétariat de la CPSD se mue en un réel plan, lequel annonce déjà l'appui et la promotion des mêmes thématiques que celles développées dans le rapport d'experts sus-cité (et singulièrement, parmi elles, la nécessité d'une information correcte et exhaustive du public), mais rappelle aussi, opiniâtrement, des principes déjà énoncés dans la note politique fédérale de 2001 concernant les drogues, et maintes fois répétés depuis. A condition, bien sûr, que ce plan et les principes qu'il énoncera, ne soit pas comme certains de ses prédécesseurs ravalé au rang de bouclier ou d'alibi.

Mais il reste un écueil que nous n'avons pas encore abordé de front : la possible *diabolisation* de l'alcool par une partie des acteurs de ce fameux champ socio-sanitaire, harassés depuis trop longtemps sur le front des drogues illégales. Pour ceux-là, l'échec trop longtemps vécu de la « remise à niveau » des drogues licites et illicites dans le discours et surtout dans les actes politiques peut les amener à opérer cet équilibre eux-mêmes, par d'autres moyens. Ainsi, s'il est définitif que les « drogues » ne peuvent être considérées comme des produits récréatifs, dont la production et la distribution, mais aussi et surtout la consommation doivent être encadrées pour des raisons de santé publique; s'il n'est pas d'espoir qu'elles soient présentées autrement que comme des produits du diable impossibles à gérer et répandus sur notre marché pour saccager notre belle jeunesse, alors ces acteurs refusent simplement de taire leur propre vision *équilibrée* des méfaits de l'alcool et de son mésusage. Et pour ce faire, comme les drogues illicites restent largement diabolisées, la tentation peut être grande d'en faire de même de l'alcool. C'est pourquoi il nous semble pertinent de garder à l'esprit, avec Henri Patrick Ceusters, la question suivante :

« (...) n'est-on pas en train de refaire le même chemin semé d'embûches, d'exclusion et de moralisme que par rapport à ce que jusqu'il y a peu on considérait comme les seules drogues? Va-t-on répéter *ad libitum* les mêmes stratégies et discours préventifs visant uniquement l'abstinence comme seule voie de salut sans prendre en compte ce qu'ont pointé les expériences et les échecs de la « guerre à la drogue (...) »¹⁰⁰

Nous y voyons l'expression pertinente d'un acteur de terrain, d'une personne-ressource dont l'expérience le porte à conclure que, pour ne pas baisser les bras face au tourbillon de la diabolisation des « drogues », il ne suffit pas d'y jeter avec elles l'alcool. Mieux vaut raison garder et reprendre son bâton de pèlerin pour tenter, une fois encore, d'opérer ce nivellement plutôt vers le haut que vers le bas.

⁹⁹ Voir ou revoir : Les jeunes et l'alcool, vers un réseau, Les actes du colloque 18 mai 2004, in Les Cahiers de Prospective Jeunesse, n° 32, Bruxelles.

¹⁰⁰ Les jeunes et l'alcool, vers un réseau, Les actes du colloque 18 mai 2004, in Les Cahiers de Prospective Jeunesse, n° 32, Bruxelles, p 7

Nous avons émis beaucoup d'hypothèses, beaucoup de « si », non pour mettre Paris en bouteille (quoique) mais pour dessiner les contours de ce que serait un paysage dans lequel quelqu'un - ou quelques-uns - , quelque part – ou en quelques lieux, traduirait en actes le discours déjà ancien qui refuse de laisser, en silence, 4000 personnes par an mourir de leur mésusage du produit en principe récréatif qu'est l'alcool.

Mais nous ne vivons pas encore, loin s'en faut, dans ce paysage.

4.5.2. Recommandations

Finalement, nous faisons nôtres les recommandations du groupe porteur « Les jeunes et l'alcool » qui, s'inscrivant en faux quant à la signature de la convention du 12 mai 2005 réglementant la publicité pour les boissons alcoolisées (cfr 4.3.), a demandé au Ministre de la santé Rudy Demotte un « projet de loi clair et cohérent » qui contienne les mesures suivantes¹⁰¹ :

- (Interdiction de) la publicité pour les boissons alcoolisées dans l'espace public (affichage) mais aussi en tout endroit où il est impossible de contrôler l'accès aux mineurs d'âge : à la TV, au cinéma, à la radio et sur Internet. Dès lors, la publicité visant des boissons alcoolisées doit rester cantonnée à la presse écrite payante pour adultes ;
- l'interdiction de distribuer gratuitement ou à des tarifs symboliques des boissons alcoolisées. Spécialement lors de grands « événements jeunes » (soirées, festivals, etc.) ;
- l'interdiction du sponsoring d'événements culturels, sportifs ou festifs adressés aux mineurs d'âge ou susceptibles d'attirer un public jeune (festivals, soirées d'étudiants, voyages organisés pour groupes de jeunes, etc.), par des marques de boissons alcoolisées ;
- une séparation claire des « alcopops » (Breezer, Smirnoff Ice et autres) d'avec les limonades et autres sodas dans les rayons des surfaces de ventes : ces alcopops doivent se retrouver clairement au rayon des alcools afin d'éviter toute confusion chez le consommateur. Une séparation physique doit donc être imposée ;
- l'emballage et l'étiquetage des alcopops doivent mentionner le degré d'alcool et ne peuvent plus entretenir de confusion avec des boissons non-alcoolisées.

Par ailleurs, le groupe moteur souhaite que la loi à venir reprenne les points suivants, contenus dans la convention en question :

- l'interdiction des distributeurs automatiques de boissons alcoolisées à proximité des jeunes et des lieux où ils se réunissent ;
- la prise en considération de l'ensemble des produits titrant plus de 1,2% d'alcool par volume : toutes les boissons alcoolisées sont ainsi traitées sur un pied d'égalité.

Et nous en terminerons par une recommandation au pouvoir politique aussi bien qu'aux acteurs de terrain de la prévention des assuétudes (et pourquoi pas - soyons fous - à la société civile), non plus en termes de discours politique ou d'encadrement légal mais en termes d'actes concrets : ce passage du discours à l'acte, en termes d'éducation et de prévention/promotion de la santé en Communauté française (mais aussi en termes de contrôle citoyen – cfr le Jury d'éthique publicitaire) est nécessaire si l'on souhaite que l'expression déjà proverbiale « drogues licites *et* illicites » ne reste pas la lettre morte qu'elle est souvent aujourd'hui (en ce qui concerne l'alcool du moins). (Pour un rappel des actions possibles déjà évoquées/proposées, voir : plans quinquennaux - point 4.1.1.1. ; rapport d'experts préalable à un plan concerté de prévention, d'aide et de soins en matières d'assuétudes - point 4.1.1.4. et « plan alcool » de la CPSD – point 4.1.1.5.).

¹⁰¹ Voir www.infor-drogues.be



Chapitre 5 : Cadre et missions d'Eurotox

Introduction

Comme nous le verrons en détail ci-dessous, l'asbl Eurotox (point 1) est une structure à part entière qui est financée par la Communauté française pour remplir les missions de **sous-point focal belge de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies** (OEDT, point 2) et d'**Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Communauté française** (point 3). L'asbl poursuit en outre ses activités propres, distinctes de ses missions en tant qu'Observatoire, telles que la recherche (point 4). Celles-ci peuvent faire l'objet d'un financement spécifique.

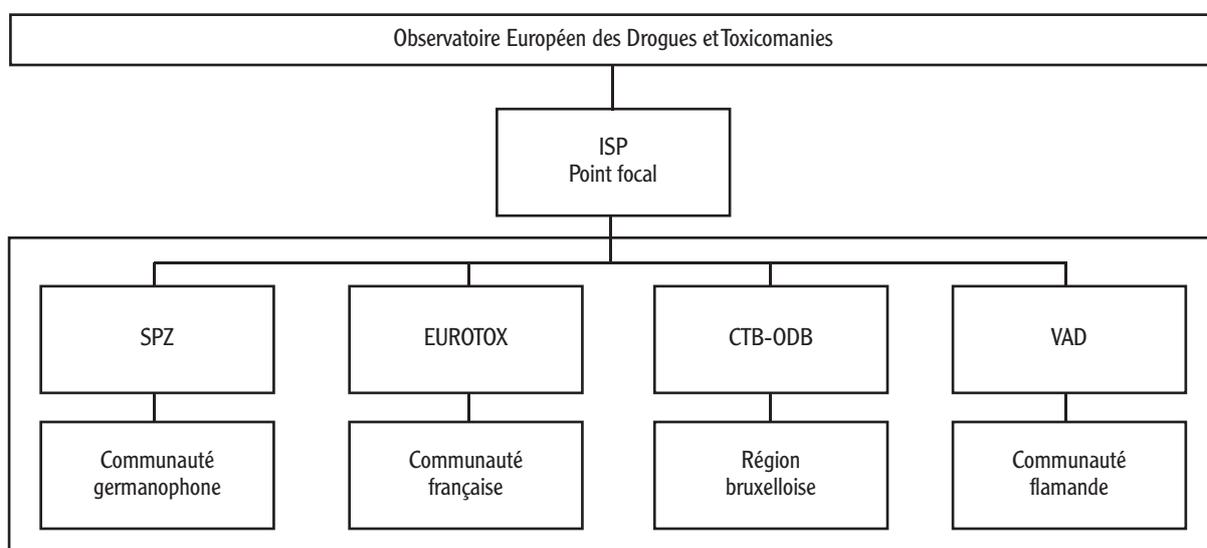
5.1. L'asbl Eurotox

Eurotox a été fondée en 1991 et regroupe trois asbl de terrain: Infor-Drogues, Modus Vivendi et Prospective Jeunesse. Ces institutions sont toutes trois actives dans le domaine des drogues et des assuétudes. Elles recouvrent de façon assez large le champ des pratiques dans le domaine de la réduction de la demande de drogues puisqu'elles interviennent, depuis de nombreuses années déjà, sur le plan de l'information, de la prévention, de l'aide et du traitement ainsi que de la réduction des risques dans le champ des usages de drogues et assuétudes. De nombreuses recherches et études, concrétisées par des actions et des publications, ont été réalisées par chacun des organismes partenaires qui ont décidé de mettre en commun leur expérience et leurs spécificités au sein d'une structure administrative distincte: l'asbl Eurotox.

C'est ainsi qu'en septembre 2000, après avoir répondu avec succès à un appel d'offre de la Communauté française, l'asbl Eurotox a reçu du Gouvernement de celle-ci la mission de sous-point focal de l'OEDT (point 2) ainsi que la mission d'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Communauté française (point 3), devenue à l'occasion de son nouvel agrément « Observatoire socio-épidémiologique Alcool-Drogues » en Communauté française de Belgique.

5.2. Sous-point focal de l'OEDT

5.2.1. Structure



Afin d'apporter aux responsables politiques, aux professionnels et aux citoyens les informations nécessaires pour mener une action appropriée face aux drogues, il a été décidé en 1993 de créer un Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) dont le siège se trouve à Lisbonne. Les informations traitées ou produites ont pour but de contribuer à donner aux Etats membres de l'Union européenne une vue globale du problème des drogues et assuétudes.

Chaque Etat membre s'est engagé à procéder à la mise en place d'un point focal national assurant le rôle de coordination et d'exécution des projets et des programmes d'action proposés par l'OEDT.

C'est ainsi qu'en 1995, le Ministre de la Santé Publique en Belgique a mis en œuvre une coopération structurée entre l'Institut Scientifique de Santé Publique (Point Focal) et quatre Sous-Points Focaux. Ensemble, ils forment le Réseau Belge d'Information REITOX - Belgian Information REITOX Network ou BIRN.

5.2.2. Missions du sous-point focal Eurotox :

5.2.2.1. Le Rapport national belge sur les drogues

L'asbl Eurotox contribue à la rédaction du rapport annuel de l'OEDT sur la situation des problèmes de drogues et assuétudes en Europe, en fournissant et en analysant des informations objectives, fiables et comparables de la situation nationale belge.

Pour ce faire, le Sous-point focal Eurotox répertorie, collecte et compile nombre de données quantitatives et qualitatives relatives à l'année concernée, en Communauté française. Ceci par le biais de questionnaires standardisés adressés à (ou remplis à l'aide) des associations de terrain, des cabinets ministériels ou des administrations en charge de la santé en Communauté française. Les rapports d'activités des intervenants de terrain constituent à cet égard une source précieuse d'information.

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

Une des tâches principales du sous-point focal Eurotox comprend la récolte de cinq indicateurs-clés harmonisés :

- (1) Estimation de la prévalence de l'usage des drogues dans la population générale (cfr. Chapitre 2)
- (2) Estimation de l'usage problématique de drogues (cfr. Chapitre 2)
- (3) Indicateur demandes de traitement des usagers de drogues (ou "TDI") (cfr. Chapitre 2)
- (4) Estimation de la mortalité liée à l'usage de drogues et de la mortalité parmi les usagers de drogues (cfr. Chapitre 2)
- (5) Maladies infectieuses chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (ibid.)

Suite aux recommandations du Conseil d'administration de l'OEDT¹⁰², une étude de faisabilité de la mise en œuvre des 5 indicateurs-clés a été réalisée en 2001 auprès des 3 Communautés et de la Région de Bruxelles. L'évolution ultérieure de cette mise en œuvre a débouché sur la création d'un groupe de travail inter-systèmes afin d'harmoniser la collecte en Communauté française (cfr ci-dessous point 5.3.2.) et sur la traduction au niveau belge du protocole européen «Joint Pompidou Group- EMCDDA Treatment Demand Indicator Protocol version 2.0», soit le protocole relatif à l'indicateur de demande de traitement (cfr chapitre 2, point 2.2.1.).

¹⁰² Recommandations du Conseil d'administration de l'OEDT, Document OEDT/7/01, janvier 2001 ("Projets d'instruments et d'orientations techniques pour les 5 indicateurs-clés")

5.2.2.3. Base de donnée européenne “EDDRA” (Exchange on drug demand reduction actions)

La base de données européenne sur les activités de réduction de la demande “EDDRA” est le principal projet relatif à l’identification, l’estimation et la promotion de l’évaluation à caractère scientifique dans le domaine de la réduction de la demande.

EDDRA est une base de données multilingue disponible sur le web (www.reitox.emcdda.org/eddra) visant à récolter des informations objectives, fiables et comparables sur les activités de réduction de la demande en insistant sur l’évaluation. EDDRA vise à répondre aux besoins d’informations des praticiens et des décideurs politiques qui sont impliqués dans la planification et la mise en œuvre d’actions de réductions de la demande, et propose des informations sur des programmes développés dans ce domaine dans tous les états membres de l’U.E.

Tout projet en lien avec la réduction de la demande de drogues est susceptible de figurer dans la base de données EDDRA, pour autant qu’une évaluation du projet soit réalisée ou à tout le moins prévue. Les intervenants intéressés sont invités à prendre contact avec l’asbl Eurotox, qui propose chaque année des projets à l’OEDT.

Projets en cours de collecte par Eurotox :

- « PROJET MATONGE asbl: prévention toxicomanie et sida en communauté africaine subsaharienne dans son quartier de prédilection (MATONGE, Ixelles – une Commune de Bruxelles) »
- « TRANSIT asbl: Centre d’accueil et d’hébergement pour usagers de drogues. »

5.2.2.4. Système d’alerte précoce, ou « Early Warning System » (EWS)

L’OEDT, assisté des points focaux nationaux, assure une mission importante de détection et d’évaluation de nouvelles drogues synthétiques au sein de l’Union européenne en accord avec la *Joint Action* du 16 juin 1997. L’objectif premier de la mise en place d’un système d’alerte précoce est de détecter les nouvelles drogues de synthèse et d’évaluer ensuite les risques liés à ces drogues. Les nouvelles drogues de synthèse répertoriées rentrent alors dans la liste des substances prohibées par les Etats membres.

Toutefois, aujourd’hui, l’asbl Eurotox ne se limite plus dans cette mission aux nouvelles drogues de synthèse. L’apparition d’un nouveau mode de consommation d’un produit déjà ancien, d’un nouveau mélange « artisanal » de produits connus, ou de nouvelles concentrations, seront signalées avec un soin égal.

L’information qui en découle est transmise (en urgence) par courriel/e-mail vers les professionnels du secteur des assuétudes, afin qu’ils puissent prévenir les risques encourus par les consommateurs de ces produits.

Si nécessaire, Eurotox et ses trois promoteurs (Infor-Drogues, Modus Vivendi et Prospective Jeunesse) décident de prolonger ces messages détaillés destinés à des professionnels par des « flyers » destinés aux usagers mêmes. L’information y est plus succincte et souligne surtout les effets indésirables et/ou la dangerosité du produit, ainsi que les conseils de réduction des risques à observer si le produit est consommé malgré tout. Le flyer est lui aussi transmis au même réseau par courriel. Il appartient alors aux intervenants d’éventuellement l’imprimer et le photocopier en autant d’exemplaire que nécessaire, afin de le distribuer aux usagers.

Un exemple de message d’alerte précoce est fourni en annexe n°5 du présent rapport, ainsi que des exemples de « flyers ».

5.3. 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 1^{er} janvier 2005 pour un mandat de cinq ans. Elle consiste principalement à produire un rapport sur l'usage de drogues en Communauté française ainsi qu'à y développer le recueil des données nécessaires à sa réalisation.

5.3.1. Rapport sur l'usage de drogues en Communauté française

Les cinq indicateurs épidémiologiques cités ci-dessus (prévalence de l'usage des drogues dans la population générale, usage problématique de drogues, demandes de traitement des usagers de drogues (ou "TDI"), estimation de la mortalité liée à l'usage de drogues et de la mortalité parmi les usagers de drogues et enfin maladies infectieuses chez les usagers de drogues par voie intraveineuse), servent également à la rédaction du présent rapport (chapitre 2).

Les aspects plus proprement sociologiques sont développés dans les chapitres consacrés au cadre législatif et organisationnel et aux projets et tendances en matière de traitement des assuétudes. Ils reposent eux aussi sur la compilation de nombreuses études et ouvrages sur ces sujets, sur des récoltes de données auprès des intervenants de terrain, des cabinets et administrations en charge de ces matières, ou encore sur l'analyse de textes légaux.

5.3.2. Développement du recueil de données (système de monitoring) en Communauté française

Les activités développées dans ce cadre couvrent le développement de partenariats, la participation à ou la mise en place de groupes de travail, l'évaluation des besoins de données des intervenants toxicomanie, la modification du recueil de données vers plus de simplicité et de concordance avec les autres systèmes en place, la recherche de nouveaux types d'intervenants, le traitement et l'analyse des données, le retour de données à différents niveaux, l'estimation de la couverture externe.

Certaines de ces activités sont développées en détail ci-après.

5.3.2.1. Groupe de travail inter- systèmes

L'objectif de ce groupe lors de sa mise en place en 2001 est double : l'harmonisation et la rationalisation du système de recueil en Communauté française et ce, de manière permanente. La complémentarité entre systèmes plutôt que la multiplication ou la compétition entre systèmes constitue une « philosophie » centrale du groupe.

Ce groupe de travail a abouti aux actions particulières suivantes :

- Pour la Coordination Drogue de Charleroi (Cellule Recherche – système Sentinelles):
 - Introduction dans la fiche de recueil des Sentinelles du Produit principal (opérationnel dès janvier 2003)
 - Détermination des variables ressources pour la sélection des cas TDI (appliquée sur leurs données à partir de 1999)
 - Transfert des données de la Coordination à Eurotox (depuis l'année 1999 jusqu'à nos jours)

- Pour la Concertation Toxicomanie Bruxelles (CTB):
 - Harmonisation des recueils respectifs de CTB et Eurotox (19 variables communes sur les 23 variables TDI d'Eurotox) (2002)
 - Développement et partage de l'outil informatique (Addibru), formations aux intervenants (2003-2004)
 - Transfert des données de CTB vers Eurotox depuis l'année 2000 jusqu'à nos jours (réalisé en 2004)

- Pour les Services de Santé mentale :
 - Réflexion avec les Services de Santé mentale et la Ligue/ Institut wallon pour la Santé mentale sur la conception d'un « addendum » spécifique assuétudes parallèlement à l'élaboration de la fiche épidémiologique Santé mentale de la Région wallonne (2001)
 - Elaboration d'un « addendum » ou « greffon » de 11 variables spécifiques Assuétudes issues du Protocole européen TDI et incluant le statut sérologique (maladies infectieuses)
 - Phase test de cet outil entre avril et octobre 2002
 - Diffusion des greffons aux Services de Santé mentale début 2003
 - Programmation du greffon en 2003 par les informaticiens des systèmes respectifs de sorte qu'il soit compatible avec les systèmes informatisés de Psyfile et d'AIGS.
 - Agrégation d'Eurotox par la Région wallonne pour répondre aux appels d'offre concernant l'analyse des données des SSM (2005)
 - Intégration du greffon (module assuétudes TDI) dans le programme d'encodage «easy fiches» des SSM de la Région wallonne.

5.3.2.2. Retour et diffusion des données

La diffusion des données s'envisage à plusieurs niveaux (local, communautaire, fédéral, européen). Eurotox a particulièrement orienté ses efforts vers l'amélioration de la diffusion aux deux premiers échelons: local et communautaire.

C'est ainsi que, outre le présent rapport, les données 2003 et 2004 récoltées via la fiche Eurotox ont fait l'objet d'un rapport individuel (statistiques propres) à chaque institution ayant participé au recueil sur la demande de traitement des usagers de drogues.

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 sera quant à lui opérationnel avant fin 2006, afin de prolonger (enfin) le retour et la diffusion des données par cet outil simple, moderne et démocratique.

5.3.2.3. Estimation de la couverture externe

Remarque préliminaire: Le dénominateur prend en compte les unités de traitement.

Celles-ci peuvent faire partie d'une structure médicale ou non, dépendre de l'autorité publique ou non, être spécialisées ou non.

Le secteur ambulatoire est bien couvert (76 % au total), tant au niveau des services spécialisés subventionnés par la Région wallonne qu'au niveau des Services de santé mentale ayant une mission spécifique toxicomanie.

Le secteur de la réadaptation fonctionnelle est couvert à 60 %. Deux Maisons d'accueil socio- sanitaires (MASS) sur trois sont couvertes ainsi qu'un centre de crise sur deux.

D'autres services participent au recueil, parmi un ensemble de structures hospitalières et de structures dépendant du Ministère de l'Intérieur. Le nombre total de ces structures n'étant pas connu, il n'est pas possible d'estimer leur couverture actuelle.

Tableau 68 : Couverture des systèmes de recueil Eurotox et Coordination Drogue de Charleroi- Région wallonne, 2003-2004

Couverture 2003-2004 (Région wallonne)	Nombre total de services	Nombres de participants au TDI	Couverture (%)
Services subsidiés par la Région wallonne (total)	25	21	76
<i>Services spécialisés toxicomanie (traitement)</i>	20	16	80
<i>SSM* à mission toxicomanie</i>	7	5	71
Centres de réadaptation fonctionnelle INAMI (total)	5	3	60
<i>MASS</i>	3	2	66,7
<i>Centres de crise</i>	2	1	50
<i>Centres de jour</i>	?	1	?
Autres centres (hôpitaux, Ministère de l'Intérieur,...)	?	2	?

*Services de Santé mentale

5.4. Autres activités de l'asbl Eurotox

5.4.1. Recherche

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

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

5.4.2. Action spécifique

Tendances émergentes ("Emerging trends-E.T.")

La description de tendances émergentes en matière de consommation de drogues ne fait pas, à l'heure actuelle, partie des "obligations" vis-à-vis de l'OEDT. Cependant vu son intérêt pour les intervenants de terrain, il nous semble pertinent de la développer dès à présent.

En effet, les indicateurs développés par l'OEDT ne permettent pas encore de détecter précocement les phénomènes émergents ou nouvelles tendances.

Un système fluide d'information sur les tendances émergentes doit fonctionner en « continuum » avec le système d'alerte précoce décrit plus haut. En effet, outre l'analyse de produits en laboratoire, c'est l'échange d'informations entre intervenants qui va permettre de détecter ces tendances émergentes, l'apparition de nouveaux produits ou de nouveaux modes de consommation. Si ces informations circulent, c'est à partir d'elles, en cas de danger pour les usagers, que sera activé le système d'alerte précoce.

Inversement, si des messages d'alerte précoce se répètent fréquemment, le phénomène décrit peut à son tour devenir une tendance émergente. Il en va ainsi par exemple de l'apparition récente (juillet 2005) sur le marché belge de comprimés contenant de la mCPP, le plus souvent vendus pour de l'ecstasy. Les effets non recherchés en sont fréquents (nausées, vomissements, céphalées etc.) et ont amenés plusieurs personnes aux urgences hospitalières. Pourtant, de fréquents messages d'alerte précoce continuent à signaler la présence de cette substance dans des comprimés analysés. On peut en conclure à l'existence d'une tendance émergente puisque la production, la vente et la consommation de comprimés contenant ce principe actif semblent se pérenniser, en dépit du peu d'effets récréatifs rencontrés en regard des nombreux effets indésirables.

C'est pourquoi un système de détection des tendances émergentes impliquant des technologies de groupe via Internet a été créé. Il s'agit du *Yahoo group* « Tendances émergentes – alerte précoce ». Ce dernier peut être visité à l'URL http://fr.groups.yahoo.com/group/tendances_emergentes_alerte_precoce. Il implique, outre les quatre Sous-points focaux belges de l'OEDT, de nombreux intervenants de terrain.

Le groupe est une sorte de forum Internet d'échange de savoirs sur les tendances émergentes en matière de consommation de drogues. Il est réservé aux professionnels du champ des assuétudes. Tout professionnel concerné peut adresser une demande d'adhésion à Miguel Rwubusisi (02/639 47 08) ou miguel.rwubusisi@eurotox.org, ou encore via le site même du *Yahoo group* renseigné ci-dessus).

Les avantages de ce mode de communication sont la rapidité, la souplesse, la convivialité. En effet, la communication y est plus rapide que dans les dispositifs impliquant une analyse toxicologique en laboratoire. Ainsi, une information non encore corroborée par une analyse peut être discutée directement entre intervenants de terrain (asiles de nuit, comptoirs d'échange de seringues, institutions actives en réduction des risques, mais aussi des acteurs non spécialisés comme des médecins généralistes pour peu que ceux-ci soient inscrits au groupe ou appartiennent à une institution « coupole » membre du groupe – ex : « Citadelle », à Tournai). Même les « rumeurs » y sont discutées, fût-ce pour en éteindre la mèche s'il s'agit d'un pétard mouillé.

Un exemple de message récapitulatif est fourni en annexe n°4 du présent rapport.

Annexes

Annexe 1 : Listes des tableaux et figures

Tableau 1 : Dépenses annuelles du Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique - soins ambulatoires ou hospitaliers aux personnes toxico-dépendantes; 2003-2004	24
Tableau 2 : Budgets annuels «plans drogues» et «volets drogues des contrats de sécurité», SPP, 2003-2004	24
Tableau 3 : En Communauté française, postes budgétaires liés aux assuétudes et pourcentage du budget santé global qu'ils représentent	27
Tableau 4 : Evolution du budget «assuétudes» de la COCOF	29
Tableau 5 : La prévalence (%) de l'expérimentation du cannabis dans la population adulte, HIS, Belgique, 2001 et HIS, Belgique, 2004	48
Tableau 6 : Détails des contacts(ligne téléphonique et autres) Infor-Drogues	51
Tableau 7 : Répartition par classes d'âges et sexe des contacts(ligne téléphonique et autres) Infor-Drogues - 2003	51
Tableau 8 : Opinions (en % de réponses affirmatives) sur la disponibilité des drogues, dans l'Union Européenne et en Belgique	52
Tableau 9 : Proportion de répondants (en %) associant les conséquences suivantes à l'usage de drogues	53
Tableau 10 : Proportion de répondants (en %) approuvant les mesures suivantes pour une bonne gestion du phénomène des drogues	53
Tableau 11 : Expérimentation et usage récent de cannabis et d'autres drogues (illégalés)	54
Tableau 12 : Prévalence d'expérimentation (%) des drogues par les 15-16 ans au cours de la vie, au cours de l'année écoulée et au cours du mois écoulé	55
Tableau 13 : Prévalence d'usage (%) de cannabis et d'inhalants au cours du mois écoulé, parmi les 15-16 ans qui admettent avoir expérimenté au moins une fois ces substances	55
Tableau 14 : Proportion de polyconsommation de drogues au cours de la vie, population d'un festival rock 1996-2004	58
Tableau 15 : Consommations actuelles de la population rencontrée en milieu festif	59
Tableau 16 : Caractéristiques de consommation des usagers de drogues rencontrés à travers les opérations boule-de-neige en communauté française (1994 à 2004)	62
Tableau 17 : Proportion d'injecteurs par produit Opérations Boule de neige 1996 à 2004	62
Tableau 18 : Partage de matériel et accessibilité aux tests de dépistage dans une population d'UDI Opérations Boule-de-neige 1994-2004	63
Tableau 19 : Utilisation d'une seringue ramassée en rue.	63
Tableau 20 : Pourcentage d'UDI actuels rapportant une prise de risques sexuels au cours des 6 derniers mois, Boule-de-neige, Communauté française, 2001-2004	64
Tableau 21 : Proportion d'usagers de drogues en injection dépistés pour le VIH et les hépatites	64
Tableau 22 : Proportion d'UDI vaccinés contre hépatite B (Boule-de-neige)	64
Tableau 23 : Consommations de drogues illégales (dernier mois en 1999 et vie à en 1997 et 2003)	65

Tableau 24 : Usage de drogues en prison	66
Tableau 25 : Prévalences infection hépatites B et C parmi personnes testées en prison	66
Tableau 26 : Prévalence des initiations aux produits illicites en prison (1999 et 2003)	67
Tableau 27 : Usage de drogues par voie intraveineuse chez les personnes prostituées	68
Tableau 28 : Risque de contamination chez les prostitué(e)s par le virus de l'hépatite C	69
Tableau 29 : Nature des moyens de subsistance des demandeurs	70
Tableau 30 : Mode de vie des demandeurs	70
Tableau 31 : Nationalité des usagers de drogues ayant fait une demande de traitement en 2003 et en 2004, nouvelles demandes	78
Tableau 32 : Répartition des cas en fonction du niveau de scolarisation – Communauté française, 2003-2004, nouvelles demandes	79
Tableau 33 : Répartition des cas en fonction de la source principale de revenus	80
Tableau 34 : Répartition des cas en fonction du mode de vie, Communauté française, 2003-2004, nouvelles demandes	81
Tableau 35 : Proportion d'UD vivant avec des enfants, Communauté française, 2003-2004, nouvelles demandes	82
Tableau 36 : Répartition des cas en fonction du lieu de vie, Communauté française, 2003-2004	82
Tableau 37 : Modes de consommation de la cocaïne, ensemble des demandes de traitement, Communauté française, 2004	93
Tableau 38 : Pourcentage des usagers en demande de traitement (n') ayant (jamais) reçu un (de) traitement antérieur	93
Tableau 39 : Antécédents judiciaires, nouvelles demandes de traitement	94
Tableau 40 : Incarcérations, ensemble des demandes de traitement	95
Tableau 41 : (source:Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)	95
Tableau 42 : Age des usagers (source:Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)	96
Tableau 43 : Sexe des usagers (source:Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)	96
Tableau 44 : Nationalité des usagers (source:Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)	96
Tableau 45 : Cohabitation (source:Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)	96
Tableau 46 : Produit principal (source:Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)	97
Tableau 47 : Comportement d'injection (source:Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)	97
Tableau 48 : Testé pour le VIH (source:Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)	97
Tableau 49 : Testé pour HBV (source:Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)	97
Tableau 50 : Testé pour HCV (source:Eurotox, données Alto-2003-2004, nouvelles demandes)	98
Tableau 51 : Prévalence rapportée HIV, hépatites B et C parmi les injecteurs « opérations Boule de neige »	103

Tableau 52 : Prévalence de l'infection par le HIV rapportée par les UDI, Boule-de-neige, Communauté française, 2001-2004	104
Tableau 53 : Comportement d'injection au cours de la vie, ensemble des demandes de traitement	104
Tableau 54 : Injection actuelle, nouvelles demandes de traitement	106
Tableau 55 : Patients avec au moins un facteur de risque favorisant le développement de la tuberculose, Belgique – 2003/2004	107
Tableau 56 : Nombre de décès attribués à une overdose de stupéfiants dans les prisons belges, 2000-2004.	111
Tableau 57 : Ratio criminalité enregistrée liée aux drogues / ensemble de la criminalité enregistrée	114
Tableau 58 : Nombre de conducteurs et de piétons victimes d'un accident selon le résultat du test d'alcoolémie - 2002	115
Tableau 59 : Nombre de conducteurs victimes suivant leur état (ivresse, influence de médicaments...) - 2002	115
Tableau 60 : Nombre et quantités de saisies : 2000 - 2003 Belgique	116
Tableau 61 : Le prix moyen des drogues selon la police fédérale	117
Tableau 62 : Le prix moyen des drogues en rue	117
Tableau 63 : Evolution du nombre de seringues vendues en pharmacie à travers Stérifix	124
Tableau 64 : Proportions des jeunes (%) selon le nombre d'occurrences de consommation d'alcool, le type de boisson et l'ivresse – 30 derniers jours	145
Tableau 65 : Nationalité, 1ères demandes - 2003/2004	148
Tableau 66 : Situation sociale (domicile), 1ères demandes - 2003/2004	148
Tableau 67 : Test «AUDIT»; dépistage de la consommation nocive d'alcool et des buveurs à risque	152
Tableau 68 : Couverture des systèmes de recueil Eurotox et Coordination Drogue de Charleroi- Région wallonne, 2003-2004	168
Tableau 69 : Nombre de cas enregistrés par la CTB de 1996 à 1999	198
Figure 1 : Pourcentages de chaque secteur financés par le gouvernement fédéral et les entités fédérées (De Ruyver et al 2004, cit. in Belgian National Report on drugs 2004).	23
Figure 2 : Budgets plans drogues et volets drogue des contrats de sécurité, par région, 2003-2004	25
Figure 3 : Budget global plans drogues / volets drogues des contrats de sécurité, 2003-2004	25
Figure 4 : Budget global «santé» (dit programme 2 – médecine préventive –) de la Communauté française 1998-2005	26
Figure 5 : Evolution du budget «assuétudes» en Région wallonne	28
Figure 6 : Evolution du budget «assuétudes» de la COCOF	29
Figure 7 : Prévalence d'expérimentation du cannabis dans la population adulte: comparaison 2001-2004	48
Figure 8 : Consommation actuelle / consommation «fréquente» de cannabis, 2004	49

Figure 9:	
Influence du niveau d'urbanisation sur la consommation de cannabis, 2004	50
Figure 10:	
Evolution des consommations rapportées par les personnes fréquentant un service de réduction des risques au cours du même événement festif (1996 – 2004)	57
Figure 11:	
Evolution de la consommation au cours du dernier mois.	58
Figure 12:	
Age du début de consommation i.v.	63
Figure 13:	
Usage de drogues par voie intraveineuse chez les personnes prostituées, 1998-2003	68
Figure 14:	
Evolution des demandes compte tenu du système de collecte	74
Figure 15:	
Evolution des premières demandes de traitement, Communauté française, 1993-2004	74
Figure 16:	
Evolution de la moyenne d'âge des premières demandes de traitement, Communauté française, 1993-2004	75
Figure 17:	
Evolution de la moyenne d'âge des UD par province, Communauté française, 1993-2004	76
Figure 18:	
Répartition (%) des premières demandes selon le sexe – Evolution de 1993 à 2004	77
Figure 19:	
Evolution de la proportion de femmes par province, Communauté française 1993-2004	77
Figure 20:	
Répartition des premières demandes en fonction de la nationalité- Communauté française, évolution de 1993 à 2004	78
Figure 21:	
Evolution du niveau de scolarité, Premières demandes, Communauté française 1993-2004	79
Figure 22:	
Evolution de la source de revenus, Premières demandes, Communauté française, 1993-2004	80
Figure 23:	
Evolution du mode de vie, Premières demandes, Communauté française, 1993-2004	81
Figure 24:	
Evolution du nombre d'UD vivant avec des enfants, Premières demandes, Communauté française, 1993-2004	82
Figure 25:	
Evolution du lieu de vie, Premières demandes, Communauté française, 2003-2004	83
Figure 26:	
Répartition des cas en fonction du produit principal, Communauté française, 2003	84
Figure 27:	
Répartition des cas en fonction du produit principal, Communauté française, 2004	84
Figure 28:	
Evolution de la consommation d'opiacés, d'alcool, de cannabis, de cocaïne et de stimulants – 1ères demandes de traitement – Communauté française, 1993-2004	85
Figure 29:	
Evolution de la consommation d'hypnotiques/sédatifs, d'hallucinogènes, de volatiles inhalants et d'autres produits – 1ères demandes, Communauté française, 1993-2004	86
Figure 30:	
Evolution des opiacés par province, Communauté française, 1993-2002	87
Figure 31:	
Evolution du cannabis par province, Communauté française, 1993-2004, nouvelles demandes	87
Figure 32:	
Evolution de l'alcool par province, Communauté française, 1993-2004, nouvelles demandes	88
Figure 33:	
Evolution de la cocaïne par province, Communauté française, 1993-2004, nouvelles demandes	89
Figure 34:	
Evolution des stimulants (amph./XTC) par province, Communauté française, 1993-2004, nouvelles demandes	89

Figure 35 : Evolution de la médiane de l'âge pour le premier usage du produit principal, 1ères demandes, Communauté française, 1993-2004	90
Figure 36 : Mode de consommation du produit principal (%), toutes demandes, Communauté française, 2003	91
Figure 37 : Mode de consommation du produit principal (%), toutes demandes, Communauté française, 2004	91
Figure 38 : Mode de consommation des opiacés (héroïne, opiacés substitutifs, autres opiacés), nouvelles demandes de traitement, Communauté française, 2004	92
Figure 39 : Mode de consommation de l'héroïne, ensemble des demandes de traitement, Communauté française, 2004	92
Figure 40 : Evolution du traitement antérieur, nouvelles demandes de traitement, Communauté française, 1993-2004	93
Figure 41 : Evolution de la proportion d'UD entendu par un juge/parquet, 1ères demandes, Communauté française, 1993-2004	94
Figure 42 : Evolution de la proportion d'UD ayant été incarcérés, 1ères demandes de traitement, Communauté française, 1997-2004	95
Figure 43 : Evolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection VIH	98
Figure 44 : Evolution du statut sérologique pour le HIV chez les UDI, nouvelles demandes versus 1ères demandes, Communauté française, 1993-2004	100
Figure 45 : Evolution du statut sérologique HBV et HCV parmi les UDI, nouvelles demandes, Communauté française, 1997-2004	101
Figure 46 : UDI séropositifs à l'Hépatite B, évolution 1997-2004	102
Figure 47 : Evolution du statut sérologique pour le HCV chez les UDI, 1ères demandes vs toutes demandes, Communauté française, 1993-2004	103
Figure 48 : Evolution du comportement d'injection au cours de la vie, 1ères demandes, Communauté française, 1993-2004	105
Figure 49 : Evolution du comportement d'injection au cours de la vie en fonction de la province, Communauté française 1993-2004, nouvelles demandes	106
Figure 50 : Evolution du comportement d'injection actuelle, 1ères demandes, Communauté française 1993-2004	107
Figure 51 : Evolution du nombre de décès liés aux drogues, 1987-1997	108
Figure 52 : Taux de mortalité standardisés pour l'âge et pour le sexe, par région, pour 1.000.000 personnes, 1987-1997	109
Figure 53 : Evolution du nombre de décès liés aux drogues, Région de Bruxelles-Capitale et Région wallonne, 1987-2002	109
Figure 54 : Evolution du taux brut de décès liés aux drogues à Bruxelles-Capitale et en Région wallonne, 1987-2002	110
Figure 55 : Evolution du taux de décès liés aux drogues, Bruxelles-Capitale, 1998-2004	111
Figure 56 : Nombre de décès liés aux drogues en fonction de la cause du décès, Bruxelles-Capitale, 1998-2004	112
Figure 57 : Criminalité enregistrée, infractions liées aux stupéfiants en Belgique	113
Figure 58 : Nombre annuel d'infractions liées aux stupéfiants, par région, 2000-2004	114
Figure 59 : Nombre annuel d'infractions liées au trafic, par région, 2000-2004	114
Figure 60 : Evolution de l'échange des seringues en CF: 1994 - 2005	123

Figure 61 :	
Evolution des premières demande de traitement pour un problème d'alcool, 1993-2004	146
Figure 62 :	
Evolution de la médiane pour l'âge, 1993-2004	147
Figure 63 :	
Evolution du nombre de cas TDI enregistrés par province, Communauté française, 1993-2004	197
Figure 64 :	
Evolution du nombre de centres participants au recueil en Communauté française	198
Figure 65 :	
Evolution du nombre de centres TDI par province, Communauté française, 1993-2004	199

Annexe 2: fiche de renseignement “emerging trends” / tendances émergentes

(REEMPLIR UNE FICHE PAR OBSERVATION)

Nom (de la personne qui remplit): _____

Nom du service: _____

Ville: _____

Date de la collecte de l'information: _____

Source de l'information (pharmacien, proches, usagers, observation ...?): _____

1. Information sur le produit

1.1 Nom du produit (nom officiel et en argot):

1.2 S'il s'agit d'un produit nouveau, quelle est la nouveauté ?

- Logo Contenu
 Appellation Autre _____

1.3 Forme et prix unitaire du produit vendu au détail

- Comprimé = ____ Euro
 Gélule = ____ Euro
 Buvard = ____ Euro
 Poudre = ____ Euro
 Liquide = ____ Euro
 Autre: _____ = ____ Euro

1.4 Accessibilité du produit

Rare | -----|-----|-----|-----|-----| très accessible

1.5 Lieu d'acquisition du produit (école, boîte, rue, ...)

1.6 Lieu de consommation et sa localisation géographique

a) Lieu de consommation

b) Localisation géographique

- Contexte festif
 Dans la rue
 En appartement
 Autre _____

1.7 Depuis environ combien de temps consomme-t-il ce produit?

1.8 Voie d'administration

- En l'avalant En l'inhalant
 En le fumant Autre
 En l'injectant Inconnu
 En le sniffant

1.9 Avez-vous pu faire analyser un échantillon du produit ?

- oui non

Si oui, êtes-vous en mesure de nous communiquer les résultats ?

1.10. Avez-vous déjà entendu / observé une information similaire ?

- oui non
-

2. 3. Information sur l'usager de drogues

2.1 Tranche d'âge

- < ou = à 14 ans 26 à 29 ans
 15 à 18 ans 30 à 39 ans
 19 à 25 ans > ou = à 40 ans

2.2 Sexe

Homme Femme

2.3 Quantité de ce produit consommé

2.4 Effet(s) recherché(s) et/ou ressenti(s) par le consommateur

(plusieurs réponses possibles)

	Effet(s) recherchés	Effet(s) ressenti(s)
Empathie, osmose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulation (excitation, euphorie, speed).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de conscience, oubli.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucination (visuelle et/ou sonore, délire, voyage trip).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Performance (physique, sexuelle).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effet de régulation (faciliter la descente, douleur, manque...).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introspection (expérience mystique, spirituelle, découverte de soi).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inconnu :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effet(s) ressenti(s) non recherchés : _____		<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>

2.5 Quelle est la durée des effets de ce produit sur l'usager ?

___ Heure ___ Minutes ___ Ne sait pas

2.6 Produit(s) éventuellement pris en association par le consommateur ce jour ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Héroïne |
| <input type="checkbox"/> Ecstasy | <input type="checkbox"/> Poppers |
| <input type="checkbox"/> Amphétamine, Speed | <input type="checkbox"/> Protoxyde d'azote |
| <input type="checkbox"/> Méthamphétamine, Yaba, Ice | <input type="checkbox"/> Champignons hallucinogènes |
| <input type="checkbox"/> Cocaïne | <input type="checkbox"/> Autres plantes _____ |
| <input type="checkbox"/> Free base, Crack | <input type="checkbox"/> Médicaments _____ |
| <input type="checkbox"/> LSD, Acide, Trip | <input type="checkbox"/> Autres _____ |
| <input type="checkbox"/> Kétamine | <input type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> GHB, Gamma OH | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Alcool | |

2.7 Y a-t-il eu à ce jour, pour le consommateur de ce produit, des effet(s) non désiré(s), accidents, malaises ou problèmes de santé en liaison probable avec la consommation de cet échantillon ou d'échantillons similaires ?

Oui (si oui, remplir 2.8) non Ne sait pas

2.8 Quels étaient les signes du problème ou du malaise ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nausées, vomissements | <input type="checkbox"/> Hyperthermie |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Anxiété, angoisse |
| <input type="checkbox"/> Crampes, douleurs | <input type="checkbox"/> Agressivité, violence |
| <input type="checkbox"/> Tachycardie, palpitations | <input type="checkbox"/> Incommunicabilité |
| <input type="checkbox"/> Somnolence | <input type="checkbox"/> Sentiment de persécution (parano) |
| <input type="checkbox"/> Perte de connaissance, coma | <input type="checkbox"/> "Trou noir" (perte de mémoire) |
| <input type="checkbox"/> Froid | <input type="checkbox"/> Autres _____ |

2.9 Y a-t-il eu à ce jour, pour le consommateur de ce produit, des problèmes sociaux ou criminels en liaison probable avec la consommation de ce produit ?

- social _____
 criminel _____

1. Information sur l'usage

2. Remarques supplémentaires

A renvoyer à l'asbl Eurotox :
fax : 02/644.22.00.
e-mail : miguel.rwubusisi@eurotox.org
courrier : 67 avenue Emile De Béco - B-1050 Bruxelles

Annexe 3 : Manuel d'accompagnement de la fiche de renseignement "emerging trends"

1. Information sur le produit

1.1.	Nom du produit (nom officiel et en argot) :	Retranscrire les mots de la personne qui vous a informé et ce que c'est d'après vous.
1.2.	S'il s'agit d'un produit nouveau, quelle est la nouveauté?	
	Cocher la case correspondante. La nouveauté peut être en rapport avec le logo, l'appellation ou le contenu annoncé. Préciser si besoin.	
1.3.	Forme et prix unitaire du produit vendu au détail	Cocher la case correspondante. Noter le prix en euro pour une unité. Il s'agit du prix "sur le marché" à ce jour, dans ce lieu de collecte.
1.4.	Accessibilité du produit	
	Faire une croix sur l'échelle graduée de "rare" à "très accessible".	
1.5.	Lieu d'acquisition du produit (école, boîte, rue, ...)	
	Préciser le lieu d'acquisition du produit.	
1.6.	Lieu de consommation et sa localisation géographique	
	Cocher la case correspondante pour le lieu de consommation. Ajouter sa localisation géographique.	
1.7.	Depuis environ combien de temps consomme-t-il ce produit?	
	Compléter.	
1.8.	Voie d'administration	
	Cocher la case correspondante. Il s'agit de ce consommateur avec ce produit.	
1.9.	Avez-vous pu faire analyser un échantillon du produit?	Si vous avez pu faire analyser un échantillon par un laboratoire précisez le résultat et la méthode.
1.10. Avez-vous déjà entendu / observé une information similaire?	Indiquer s'il s'agit de la première information que vous recevez concernant ce produit ou non ; expliquez.	

2. Information sur l'utilisateur de drogues

2.1	Tranche d'âge	Cocher la case correspondante. Si possible demander son âge à la personne.
2.2 Sexe	Cocher la case correspondante.	
2.3	Quantité de ce produit qui a été consommée	Compléter la case en fonction du produit. Il s'agit de la quantité du produit que le consommateur prévoit de consommer ou a consommé sur 12 heures.
2.4	Effet(s) recherché(s) et/ou ressenti(s) par le consommateur	Cocher la case correspondante. Plusieurs réponses possibles. Il s'agit des effets rapportés par l'utilisateur (et non de façon générale).
2.5 Quelle est la durée des effets de ce produit sur l'utilisateur?	Compléter. Durée entre la prise du produit et la fin des effets. Si les effets sont inhabituellement long selon vous, notez-le en commentaire à la fin de la fiche.	
2.6 Produit(s) éventuellement pris en association par le consommateur ce jour?	Cocher la ou les case(s) correspondante(s). Il s'agit de la consommation réelle de l'utilisateur.	

2.7	Y a-t-il eu à ce jour, pour le consommateur de ce produit, des effet(s) non désiré(s), accidents, malaises ou problèmes de santé en liaison probable avec la consommation de cet échantillon ou d'échantillons similaires?	
	Cocher la case correspondante. Le questionnaire concerne une personne et un produit. Préciser ou compléter si la situation "n'entre" pas dans les cases proposées.	
2.8	Quels étaient les signes du problème ou du malaise?	
	Cocher la ou les case(s) correspondante(s). Préciser ou compléter si la situation "n'entre" pas dans les cases proposées.	
2.9	Y a-t-il eu à ce jour, pour le consommateur de ce produit, des problèmes sociaux ou criminels en liaison probable avec la consommation de ce produit?	
	Compléter.	

3 Information sur l'usage

Remarques supplémentaires

4 Remarques supplémentaires

Remarques supplémentaires	Noter les précisions et informations complémentaires qui paraissent intéressantes (sur le contexte de la collecte, les situations particulières, les problèmes rencontrés par d'autres consommateurs).
---------------------------	--

Annexe 4: Message récapitulatif d'une année d'activité du yahoo group « tendances_ émergentes_ alerte_ precoce » (28 mars 2003)

YAHOO GROUP TENDANCES EMERGENTES: copie du message e-mail récapitulatif du 28 mars 2006 envoyé au groupe par Eurotox.

OBJET: récapitulation des messages importants, et élargissement des possibilités d'adhésion au groupe.

Chers collaborateurs,

Après une première évaluation suite à une grosse année de fonctionnement du groupe «tendances émergentes - alerte précoce», nous avons décidé:

1) D'offrir la possibilité d'un membership plus large et en aval des institutions «coupoles» (ex: citadelle) déjà membres. En effet, il apparaît que celles-ci n'ont pas toujours le temps de faire le tour, en réunion d'équipe, des dernières tendances observées ou rapportées. Des institutions de terrain comme Modus Vivendi (antenne *Modus Fiesta*) devraient ainsi avantageusement compléter le tableau actuel, vu le brassage d'utilisateurs et d'infos qui est leur lot quotidien. Si une proposition de nouveau membre vous vient, merci de nous en faire part de manière argumentée.

2) D'envoyer un petit état des lieux périodique (ceci est le premier) afin d'activer ou réactiver la pêche aux infos. La périodicité en sera sans doute fonction de l'actualité, mais ne devrait pas dépasser 2 mois.

Voici donc un raccourci des courriels importants déjà échangés via le groupe «tendances émergentes - alerte précoce». Les titres sont en gras, pour ceux qui ne veulent pas tout relire. Si ces tendances sont confirmées ou infirmées depuis, merci de le signaler, comme toujours par simple réponse à ce courriel. En effet, je le rappelle, une simple réponse parvient automatiquement à tous les membres du groupe.

Nous vous rappelons que ce groupe, comme le réseau EWS, est un lieu d'échange entre professionnels. Merci d'en respecter le cadre.

EPHEDRINE

11 janvier 2005. Auteur: Eurotox

A Charleroi, l'année 2004 a vu la confirmation (après une première mention en 2003) de l'apparition d'un mélange

brunâtre a base d'éphédrine et de vinaigre, utilisé en injection ou par voie orale. Celui-ci a été consommé dans des asiles de nuit. Il s'agirait d'une recette « importée » par des consommateurs venus d'Europe centrale et orientale (même si ceci doit être pris avec les précautions d'usage, puisqu'il s'agit d'une info issue du système d'alerte précoce, et non d'une enquête systématique). Cependant, au crédit de cette théorie, il faut ajouter qu'une préparation similaire a été décrite en République Tchèque: elle y est connue sous le nom de « Pervitin », principalement utilisée par injection (source: communication personnelle de Pavla Lejckova - Point Focal National de l'OEDT en République Tchèque). L'éphédrine est un médicament actif sur le coeur.

SNIFF DE METHADONE

14 juin 2005. Auteur: Eurotox

Le comptoir d'échanges de seringues de Charleroi fait part ce 14 juin 2005 d'une pratique encore isolée mais qu'il aimerait mieux appréhender si c'est possible: le sniff de méthadone. Cette pratique a été expérimentée par 1 seul usager jusqu'à présent. Il l'aurait observée lors d'un séjour en Italie, puis reproduite ici. Il a opéré à l'aide d'une capsule de méthadone qu'il a ouverte et dont il a sniffé le contenu. L'effet serait à la fois très intense et très rapide (beaucoup plus qu'en cas de prise orale de la gélule). La brûlure des muqueuse nasales est également très forte. L'odorat s'en trouve ensuite gravement altéré.

EPHEDRINE. UN NOUVEAU CAS? :

7 juillet 2005. Auteur: Citadelle

Un médecin du réseau citadelle pose la question suivante: un proche d'une de ses patientes, travaillant à la brigade des stupéfiants, a récemment arrêté un héroïnomane. Lors de l'analyse sanguine, une dose extrêmement importante et tout à fait anormale d'éphédrine à été trouvée dans le sang. L'un de vous aurait-il déjà rencontré cette situation? S'agit-il d'une substance nouvelle, ou d'une manière particulière de consommer l'héroïne?>>

(NB: Eurotox a répondu à ce message en répétant les infos déjà récoltées sur l'éphédrine).

SPEED EN BUVARD ; CACHET DE MDMA JAUNE AVEC CROIX

18 JANVIER 2006 ; Auteur : Eurotox

1) Cachet de MDMA jaune «gravé» d'une croix, sans doute fortement

dosé:

Le 08/01/2006, un usager nous a signalé par courriel qu'il aurait consommé «deux mois auparavant» (soit au début du mois de novembre) des «exta jaunes gravé d'une croix».

Voici, textuellement, la description qu'il donne des effets ressentis:

«ils étaient bien bien fort, les + fort que j'ai connu; en avalant 1

jaune et demi ma vision s'est mise à vibrer, déconnexion totale, défonce totale, comme si j'avais avalé plus de 4 bons extas classiques..»

2) «Speed en buvard»

Le 5 janvier 2006, suite à des témoignages d'usagers, un comptoir d'échange de seringues (Liège), a posé par courriel la question suivante à l'asbl Modus Vivendi:

Peut-on trouver du speed en buvard? La forme serait un autocollant de 3 cm de diamètre, avec un bord («ou le centre») doré.

Le produit a été vu dans la main d'un usager lors d'une fouille dans un centre de cure. Ce quelqu'un a par la suite été contrôlé positif (urine) aux amphétamines - ce qui suggérerait au personnel du centre la prise de speed.

Le consommateur en question a eu des hallucinations.

Au plaisir de vous lire.

Bien cordialement à tous.

Miguel Rwubusisi

Liens Yahoo! Groupes

- Pour consulter votre groupe en ligne, accédez à :
http://fr.groups.yahoo.com/group/tendances_emergentes_alerte_precoce/
- Pour vous désinscrire de ce groupe, envoyez un mail à :
tendances_emergentes_alerte_precoce-desabonnement@yahoogroupes.fr
- L'utilisation de Yahoo! Groupes est soumise à l'acceptation des [conditions d'utilisation](#).

Annexe 5: Exemple de message d'alerte précoce (21/11/2005) et des communications qui en furent tirées à destination des usagers (« flyers » transmis par mail - à photocopier recto/verso par les intervenants qui souhaitent les distribuer)

L'information diffusée via le réseau EWS est en premier lieu destinée à tous les professionnels du secteur socio-sanitaire qui entrent en contact avec des usagers de drogues. Cette information est destinée à être diffusée auprès de leur public d'usagers de drogues mais n'est pas destinée à une diffusion dans les médias.

**DRUGS - EARLY WARNING SYSTEM / SYSTEME D'ALERTE PRECOCE
CIRCULATION DE:**

- **COCAÏNE COUPEE A L'ATROPINE**
- **HEROÏNE INFECTEE PAR CLOSTRIDIUM: CAS DE BOTULISME EN ALLEMAGNE (Cologne, Aix, Bonn)**

Dans le cadre du système d'alerte rapide (Early Warning System – EWS), l'Institut Scientifique de Santé Publique nous transmet les informations qui suivent. Ces renseignements ont déjà fait l'objet d'un message d'information d'Eurotox diffusé le 16 novembre.

1) COCAÏNE - ATROPINE :

Le VAD (Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen) a été informé d'intoxications après consommation de cocaïne (sniffée et injectée) survenus le week-end du 11 novembre 2005 et les jours suivants. Les usagers avaient des symptômes similaires à ceux d'intoxication à l'atropine (troubles de l'équilibre, hallucinations, incohérence, agressivité, altération de la conscience et dilatation des pupilles - voir message EWS du 15/12/04). Des résultats d'analyse d'urine n'ont pas encore été communiqués mais il s'agit vraisemblablement de cocaïne mélangée à de l'atropine.

Pour rappel, l'atropine agit comme un produit psychoactif, cause des hallucinations visuelles et auditives et des troubles du rythme cardiaque. Elle peut provoquer une dilatation des pupilles et diminue la production de transpiration. En cas d'overdose d'atropine les symptômes suivants peuvent être observés : hallucinations visuelles et auditives, agitation et confusion mentale (jusqu'à l'inconscience). Dans les cas extrêmes, cela peut mener jusqu'au décès suite à des dysfonctionnements respiratoires et du rythme cardiaque.

Commentaires

Fin 2004 – début 2005 la circulation de cocaïne mélangée à de l'atropine a été responsable en Europe de nombreuses hospitalisations pour intoxications. Aucun décès n'avait été signalé.

Cas rapportés d'intoxication cocaïne atropine, hiver 2004-2005

Année	Mois	Pays	Nb. d'intoxications rapportées	Proportion d'atropine dans échantillon	Autre produit
2004	déc. 04	Belgique	32	7% à 72%	phénacétine (1 cas)
2004	déc. 04	France	18	7,5% à 70%	
2004	déc. 04	Italie	16		
2004	déc. 04	Pays-Bas	24	35%	
2005	janv-05	Belgique	4	?	
2005	Janv.-fév 05	France	6	?	
2005	Janv.-fév 05	Pays-Bas	5	?	
2005	avr-05	France	1		

Cas rapportés d'intoxication cocaïne atropine, hiver 2005

Année	Mois	Pays	Nb. d'intoxications rapportées	Proportion d'atropine dans échantillon	Autre produit
2005	19-oct	France	1	?	
2005	Novembre	Luxembourg	1	3,2% atropine	
2005	1 - 2 nov.	Pays-Bas	4	2% atropine	caféine, paracétamol
2005	8 -13 Novembre	Suisse	30	faible?	phénacétine
2005	09-nov	Belgique (Anvers)	2	?	
2005	12-nov	Belgique (Limbourg)	12	?	
2005	15-nov	Belgique (Diest)	7	?	

Il semble donc que nous soyons confrontés à une nouvelle « vague » de circulation de Cocaïne coupée à de l'atropine.

Sur base des résultats disponibles d'analyses des échantillons, il semble que dans les mélanges qui circulent actuellement la proportion d'atropine est moins importante que ce qui a été observé en hiver 2004. Même dans ces plus faibles proportions, les effets indésirables restent importants puisque responsables de plusieurs hospitalisations.

Conseils de réduction des risques pour les usagers:

SI VOUS DÉCIDEZ MALGRE TOUT DE PRENDRE DE LA COCAÏNE, AGISSEZ AVEC PRUDENCE:

- Ayez au moins une personne sobre (clean) auprès de vous.
- Commencez par une faible quantité (1/4 de latte de 1 à 2 cm maximum) et attendez 2 heures.
- Si vous présentez les signes d'intoxication à l'atropine décrits plus haut, votre cocaïne est frelatée. N'en prenez plus

2) HÉROÏNE INFECTÉE :

Risque de **botulisme** chez les usagers de drogues en injection (UDI): au moins 10 cas de botulisme par blessure ont été constatés en Allemagne (Cologne, Aix, Bonn) au cours des deux dernières semaines chez des usagers de drogues par injection. On soupçonne que de l'héroïne contaminée injectée en sous-cutané en est la cause.

Commentaires

Le clostridium botulinum est une bactérie anaérobie produisant des spores qui se développent en l'absence d'oxygène. Au niveau des plaies infectées, ces spores produisent des toxines (toxines botuliques) qui sont ensuite libérées dans la circulation sanguine. Cette toxine inhibe la libération d'acétylcholine au niveau de la jonction neuromusculaire se traduisant par des paralysies progressives descendantes.

Les manifestations de l'infection sont : paralysie aiguë au niveau du visage, de la tête, de la gorge ; vision double ; paupières lourdes, difficultés à avaler et à respirer.

En 2002, l'Irlande et le Royaume-Uni avaient également identifié des cas d'infection au Clostridium dus à de l'héroïne infectée. En 2004, un cas avait été signalé chez un UDI en Allemagne (Bavière).

L'héroïne mise en cause en Allemagne est susceptible de franchir les frontières, ce qui appelle à la vigilance.

Conseils de réduction des risques pour les usagers:

Les conseils généraux concernant l'injection doivent être rappelés. Ces mesures peuvent être prises afin de réduire les risques de contamination chez les UDI.

- Ne pas injecter au niveau cutané ou musculaire mais intraveineux: lors de l'injection vérifier que l'on est bien dans une veine et pas à côté. Après avoir rentré l'aiguille et avant d'injecter le produit, aspirer (tirette), vérifier que du sang arrive en quantité et facilement dans la seringue. S'il n'y a pas de sang qui entre dans la seringue, c'est qu'on n'est pas dans la veine!!! Il ne faut pas injecter le

produit! Pour rappel, le clostridium se développe dans les tissus sous la peau, et les muscles. Si l'état des veines ne permet pas de réaliser une injection à moindre risque, préférer une consommation en « fumette » qui comporte toujours moins de risques. (pour plus d'infos, voir par exemple la brochure le Shooter Propre éditée par Modus Vivendi ASBL).

- En cas d'injection de plusieurs produits, chaque drogue devrait être injectée à des endroits différents du corps et avec un matériel stérile différent pour chaque injection.
- Utiliser peu d'acide citrique avec de l'héroïne. Trop d'acide citrique endommage le muscle et donne ainsi plus de chance à la bactérie de se développer.
- Ne pas partager avec d'autres usagers le matériel d'injection: ni les seringues, ni eau, cupules, garrots, cuil

*Si vous pouvez confirmer / infirmer ces tendances
Veuillez contacter Infor-Drogues (02 / 227.52.52.) ou par e-mail eurotox@skynet.be
Merci d'avance.*

EN CAS DE MALAISE:
Contactez immédiatement les urgences (112) et précisez qu'il s'agit peut-être d'une intoxication.

Ne laissez pas la personne seule. Invitez-la à se reposer dans un endroit calme

**PLUS D'INFOS: INFOR-DROGUES
02/227.52.52**

(anonyme, 24 H/24)

ou

<http://www.infor-drogues.be>

ou auprès de :



Cette information s'adresse aux usagers de drogues et ne vise pas à encourager la consommation de drogues mais à donner une information pour un usage à moindre risque. L'usage de drogues est illégal et visé par la loi sur les stupéfiants de 1921 révisée en 1975, 2003 et 2005.

Une initiative des ASBL Eurotox, Infor-Drogues, Modus Vivendi et Prospective Jeunesse

Message d'alerte

23 novembre 2005

COCAÏNE coupée à l'ATROPINE

Des cas d'intoxications après consommation de cocaïne (sniffée et injectée) sont survenus en Belgique, le week-end du 11 novembre 2005 et les jours suivants.



Ce mélange est très dangereux, et peut être mortel.

Effets indésirables :

Les usagers montrent les symptômes suivants: troubles de l'équilibre, hallucinations, incohérence, agressivité, altération de la conscience et dilatation des pupilles, gueule de bois pendant deux jours.

Description :

La cocaïne coupée à l'atropine ne peut se reconnaître ni au goût, ni à l'odeur, ni visuellement.

.

Une initiative des ASBL Eurotox, Infor-Drogues, Modus Vivendi et Prospective Jeunesse

Conseils de réduction des risques

SIVOUS DÉCIDEZ MALGRÉ TOUT DE PRENDRE DE LA COCAÏNE, AGISSEZ AVEC PRUDENCE :

Ayez au moins une personne sobre (clean) auprès de vous.

Commencez par 1/4 de latte (de 1 à 2 cm) et attendez 2 heures.

Si vous présentez les signes décrits plus haut, votre cocaïne est frelatée. N'en prenez plus.

La cocaïne est une drogue illégale visée par la loi sur les stupéfiants de 1971 révisée en 1975

EN CAS DE MALAISE:
Contactez immédiatement les urgences (112) et précisez qu'il s'agit peut-être d'une intoxication.

Ne laissez pas la personne seule. Invitez-la à se reposer dans un endroit calme

PLUS D'INFOS: INFOR-DROGUES

02/227.52.52

(anonyme, 24 H/24)

ou

<http://www.infor-drogues.be>

ou auprès de :



Cette information s'adresse aux usagers de drogues et ne vise pas à encourager la consommation de drogues mais à donner une information pour un usage à moindre risque. L'usage de drogues est illégal et visé par la loi sur les stupéfiants de 1921 révisée en 1975, 2003 et 2005.

Message d'alerte

23 novembre 2005

HEROÏNE CONTAMINÉE

Au moins 10 cas de botulisme par blessure ont été constatés en Allemagne (Cologne, Aix, Bonn) au cours des deux dernières semaines chez des usagers de drogues par injection. On soupçonne que de l'héroïne contaminée injectée en sous-cutané en est la cause.

L'héroïne mise en cause en Allemagne est susceptible de franchir les frontières, ce qui appelle à la vigilance.

·
L'infection provoque :
paralysie aiguë du visage,
de la tête, de la gorge ;
vision double ; paupières
lourdes, difficultés à
avalier et à respirer

Description :

Aucune particularité dans
l'aspect de l'héroïne infectée
n'a été rapportée jusqu'ici.

Conseils de réduction des risques

1. Ne pas injecter au niveau cutané ou musculaire mais intraveineux. Vérifier que l'on est bien dans une veine et pas à côté : Après avoir rentré l'aiguille, aspirer (tirette), vérifier que du sang arrive en quantité et facilement dans la seringue. S'il n'y a pas de sang qui entre dans la seringue, c'est qu'on n'est pas dans la veine!!! Il ne faut pas injecter le produit! Si l'état des veines ne permet pas de réaliser une injection à moindre risque, préférer une consommation en « fumette » (pour plus d'infos, voir la brochure le Shooter Propre éditée par Modus Vivendi ASBL).
2. En cas d'injection de plusieurs produits, chacun devrait être injecté à des endroits différents avec un matériel stérile différent pour chaque injection
3. Surtout, utiliser peu d'acide citrique avec de l'héroïne
4. Ne pas partager avec d'autres usagers le matériel d'injection : ni les seringues, ni eau, cupules, garrots, cuillers...

Annexe 6: budgets 2003 et 2004 des plans drogues et des volets drogues des contrats de sécurité et de prévention¹⁰³

Budget des volets toxicomanie des Contrats de Sécurité et de Prévention					
2003 (7 753 643,62 €)					
Wallonie		Bruxelles		Flandre	
Charleroi	795.738,23 €	Anderlecht	84.635,09 €	Aalst	198.934,55 €
Châtelet	95.594,75 €	Bruxelles	1.266.165,75 €	Antwerpen	638.053,18 €
Couvin	86.006,48 €	Etterbeek	5.583,78 €	Blankenberge	6.197,34 €
Fléron	41.746,96 €	Forest	92.620,41 €	Boom	69.431,25 €
Fontaine l'Evêque	64.700,21 €	Ixelles	6.908,17 €	Brugge	231.310,00 €
Huy	116.266,55 €	Koekelberg	7.137,47 €	De Haan	1.800,00 €
Liège	643.563,13 €	Molenbeek	133.733,48 €	De Panne	5.733,15 €
Mons	593.084,99 €	Saint-Giles	13.171,85 €	Diest	6.249,00 €
Morlanwelz	27.268,29 €	Saint-Josse	13.219,37 €	Eeklo	8.676,27 €
Namur	61.973,38 €	Schaerbeek	134.041,68 €	Genk	345.067,80 €
Verviers	109.429,86 €	total	1.757.217,05 €	Gent	576.972,18 €
total	2.635.372,83 €			Hasselt	146.257,18 €
				Herentals	27.268,29 €
				Houthalen	78.833,03 €
				Knokke-Heist	35.697,27 €
				Kortrijk	91.720,60 €
				Leuven	224.343,64 €
				Lier	40.902,43 €
				Lokeren	30.986,69 €
				Mechelen	73.128,60 €
				Menen	50.818,18 €
				Middelkerke	64.452,32 €
				Oostende	228.929,69 €
				Ronse	4.000,00 €
				St-Niklaas	104.344,90 €
				St-Truiden	6.098,67 €
				Turnhout	61.973,39 €
				Vilvoorde	2.874,14 €
				total	3.361.053,74 €

¹⁰³ Source: SPP

Budget des volets toxicomanie des Contrats de Sécurité et de Prévention					
2004 (7 735 561,04 €)					
Wallonie		Bruxelles		Flandre	
Charleroi	785.738,23 €	Anderlecht	85.235,98 €	Aalst	198.934,58 €
Châtelet	81.706,20 €	Bruxelles	1.266.165,75 €	Antwerpen	638.053,19 €
Couvin	86.006,48 €	Etterbeek	5.583,78 €	Blankenberge	6.197,34 €
Fléron	47.000,84 €	Forest	93.697,18 €	Boom	69.431,25 €
Fontaine l'Evêque	65.999,93 €	Ixelles	6.908,17 €	Brugge	231.310,00 €
Huy	116.266,56 €	Koekelberg	7.137,47 €	De Haan	800,00 €
Liège	643.563,13 €	Molenbeek	130.510,86 €	De Panne	5.733,15 €
Mons	593.084,99 €	Saint-Giles	13.171,85 €	Diest	10.000,00 €
Morlanwelz	27.268,29 €	Saint-Josse	13.219,37 €	Eeklo	8.676,27 €
Namur	61.973,38 €	Schaerbeek	134.041,68 €	Genk	345.067,80 €
Verviers	109.429,86 €	total	1.755.672,09 €	Gent	580.972,18 €
total	2.618.037,89 €			Hasselt	146.257,18 €
				Herentals	32.226,16 €
				Houthalen	82.118,67 €
				Knokke-Heist	50.880,00 €
				Kortrijk	91.720,61 €
				Leuven	224.343,64 €
				Lier	40.902,43 €
				Lokeren	30.986,69 €
				Mechelen	73.128,60 €
				Menen	77.995,66 €
				Middelkerke	13.634,34 €
				Oostende	230.929,69 €
				Ronse	2.000,00 €
				St-Niklaas	104.344,90 €
				St-Truiden	6.098,67 €
				Turnhout	57.473,39 €
				Vilvoorde	1.634,67 €
				total	3.361.851,06 €

Budget des Plans Drogue					
2003 (1 286 024,74 €)					
Wallonie		Bruxelles		Flandre	
Andenne	58.502,89 €	Jette	39.786,92 €	Beringen	41.646,12 €
Arlon	73.748,32 €	total	39.786,92 €	Geel	32.721,95 €
Aubange	45.072,29 €			Heusden-Zolder	32.721,95 €
Aywaille	61.973,38 €			Lanaken	41.646,12 €
Bastogne	49.667,80 €			Maasmechelen	41.150,33 €
Beauraing	43.794,52 €			Mol	32.300,52 €
Ciney	38.851,73 €			Roeselare	40.654,54 €
Comblain	32.721,93 €			total	262.841,53 €
Etalle	48.679,98 €				
Flemalle	50.496,52 €				
Marche-en-Famenne	59.472,92 €				
Mettet	65.443,90 €				
Mouscron	65.443,89 €				
Rochefort	38.051,66 €				
Sambreville	31.979,27 €				
Spa	32.721,94 €				
Theux	27.268,29 €				
Tubize	47.952,97 €				
Visé	32.721,95 €				
Walcourt	37.184,03 €				
Waremme	41.646,11 €				
total	983.396,29 €				

Budget des Plans Drogue					
2004 (1 260 135,84 €)					
Wallonie		Bruxelles		Flandre	
Andenne	58.502,89 €	Jette	39.786,92 €	Beringen	41.646,12 €
Arlon	73.748,32 €	total	39.786,92 €	Geel	32.721,95 €
Aubange	45.072,29 €			Heusden-Zolder	32.721,95 €
Aywaille	61.973,38 €			Lanaken	41.646,12 €
Bastogne	49.667,80 €			Maasmechelen	41.150,33 €
Beauraing	43.794,52 €			Mol	32.300,52 €
Ciney	38.851,73 €			Tongres	39.555,00 €
Comblain	32.721,93 €			Roeselare	40.654,54 €
Etalle	48.679,98 €			total	302.396,53 €
Flemalle	50.496,52 €				
Marche-en-Famenne	59.472,92 €				
Mouscron	65.443,89 €				
Rochefort	38.051,66 €				
Sambreville	31.979,27 €				
Spa	32.721,94 €				
Theux	27.268,29 €				
Tubize	47.952,97 €				
Visé	32.721,95 €				
Walcourt	37.184,03 €				
Waremme	41.646,11 €				
total	917.952,39 €				

Annexe 7 : Liste des centres de traitement participant au recueil TDI

Nom du Centre	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Accueil-Drogues	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	¹⁰⁴
Alfa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Avat	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
CEAJ (Br-All.)	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centre de Guidance Marche-en-Famenne	-	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-
Centre de Guidance de Libramont	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centre de planning familial FPS Luxembourg	-	-	-	-	x	x	x	-	-	-	-	-
Centre psychothérapeutique de Namur	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CHU Liège	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-
Clean	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Clips	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-
CPAS Grâce-Hollogne	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
CSM Waremme	-	-	-	x	x	x	x	x	-	x	x	x
CT Les Hautes-Fagnes	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-
Destination	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x
Dianova											x	x
Ellipse CAAT	-	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x
Fly 'Tox	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hôp. Brugmann	-	-	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-
Hôp. de jour La Clé	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-
Hôp. Frères Alexiens	-	x	-	-	-	x	x	x	-	-	-	-
Hôp. Régina Pacis Namur	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Le Répît	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-
Les Lieux dits	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
L'Orée	-	-	x	x	x	x	x	-	-	Via CTB	-	x
Maison Médicale Arlon	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-
Médiatox	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-
Midrash	x	x	x	x	-	fermé						
Nadja	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Nandrin (Crête)	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-
Parenthèse	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x
Petit Bourgogne	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-
Phénix	-	-	-	x	x	x	-	-	x	x	x	x
Praxis	-	x	x	x	x	x	x	-	Stop toxicomanie			
Prélude	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-
Revers	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x

¹⁰⁴ Les Comptoirs d'échange de seringues ne correspondent plus à la définition acceptée pour l'enregistrement du TDI

Seraing 5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-
Sésame	-	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X
SSMG/Alto de la Région wallonne			X ¹⁰⁵				X	-	-	-	X	X
Volière- CHP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Zéphir Sambreville	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Zone T	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-
Citadelle ¹⁰⁶	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Le phare												X
Ambulatoire du Solbosch (CATS)	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	Via CTB	X
Babel								Via CTB	X	X	X	X
Cap Iti	X	X	-	-	-			Via CTB	X	X	X	X
Enaden								Via CTB	X	X	X	X
INB Bxl (addictions)	X	X	X	X	X	X	-	-	Via CTB	X	X	X
Infor-drogues								Via CTB	X	X	X	X
Interstices										Via CTB	X	X
La pièce								Via CTB	X	X	-	-
Le Rat	X	X	-	-	-				Via CTB	X	X	X
Le(s Groupes du) Pélican	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	-
L'Orée	-	-	X	X	X	X	X	-	-	Via CTB		
MASS Bruxelles											Via CTB	X
Centre Accueil Trait D'union							Via Sentinelles	X	X	X	X	X
Diapason							Via Sentinelles	X	X	X	X	X
Hôpital Van Gogh							Via Sentinelles	X	X	X	X	X
MASS Charleroi							Via Sentinelles	X	X	X	X	X
Trempline	X	X	X	X	X	X	Via Sentinelles	X	X	X	X	X
Unisson							Via Sentinelles	X	X	X	X	X
Total	2113	1671	1639	2147	2368	2038	2158	2501	2786	3149	3636	3149

¹⁰⁵ Enregistrements de fiches TDI par des Médecins généralistes. Rem.:

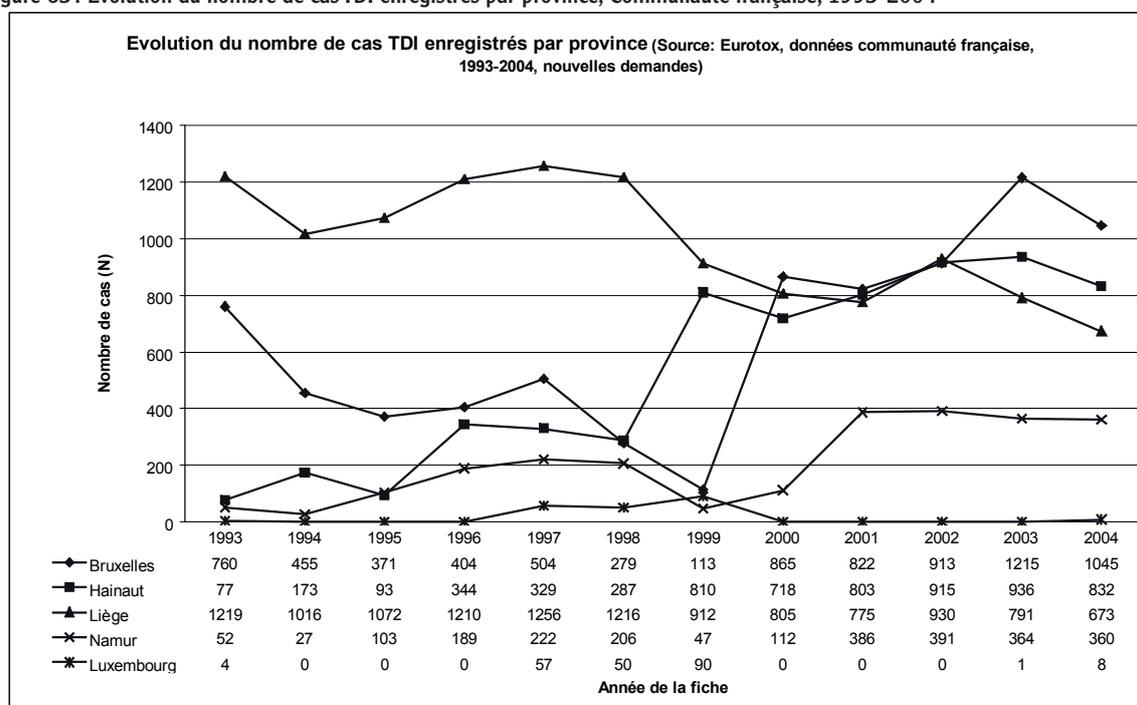
¹⁰⁶ Le réseau Citadelle comprend la Maison Médicale Tournais, la Maison Médicale Degay, le Service de Santé Mentale Tournais et le centre provincial de guidance de Tournais

Annexe 8: Représentativité des données par province

- **Tendances et comparaisons par Province/ Région:**

Historiquement, la province de Liège enregistre le plus grand nombre de cas (voir fig. ci-dessous). Toutefois, au cours du temps, le nombre de cas enregistrés au niveau de cette province diminue. La fusion des systèmes de Charleroi et de Bruxelles avec la base de données Eurotox a permis de ramener le nombre de cas enregistrés par les provinces du Hainaut et de la Région Bruxelloise francophone au même niveau que la province de Liège pour la période 2000 à 2002. La collecte de données sur les demandes de traitement a connu une belle reprise en Province de Namur et est stable depuis 2001. Des efforts de collecte doivent être faits en Province du Luxembourg qui n'a participé que l'une ou l'autre année à l'enregistrement TDI. Les seuls cas enregistrés en 2003 et en 2004 (1 en 2003 et 8 en 2004) sont issus des médecins généralistes, membres de la SSMG-Alto.

Figure 63: Evolution du nombre de cas TDI enregistrés par province, Communauté française, 1993-2004



Note importante pour les futures tendances et comparaisons par Province/ Région:

Concernant la Région bruxelloise francophone, on notera que les données sur Bruxelles avant 2000 proviennent de la collecte de l'ancien Comité Concertation Alcool- Drogues (CCAD) qui opérait en Communauté française avant la reprise des missions par Eurotox. Les comparaisons régionales qui suivent dans cette section ne portent pas sur les effectifs mentionnés dans la figure 14 en ce qui concerne la Région bruxelloise francophone entre 1996 et 1999. En effet, pour cette période, les comparaisons régionales tiennent compte des données présentées dans le Rapport de la CTB (CTB, novembre 2000) présenté lors de la Journée Gestion Drogues 2000. Par conséquent, en ce qui concerne uniquement les Tendances et comparaisons régionales, ces effectifs se présentent dès lors comme suit pour Bruxelles :

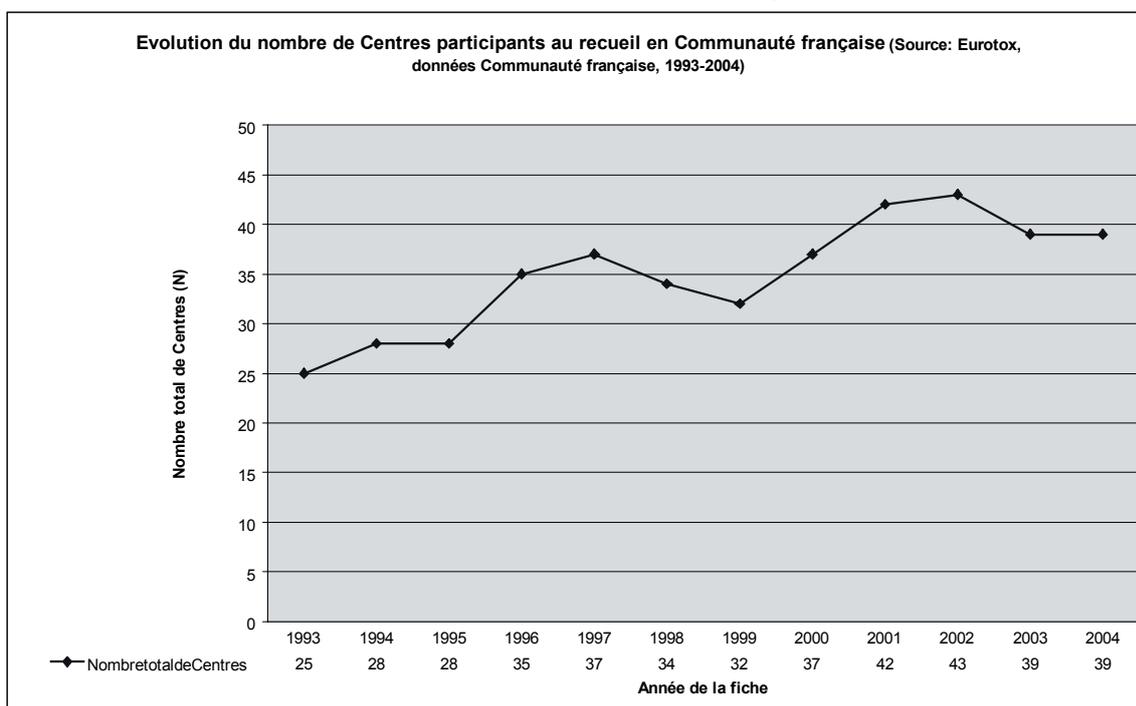
Tableau 69 : nombre de cas enregistrés par la CTB de 1996 à 1999

	Année d'enregistrement			
	1996	1997	1998	1999
nombre de cas enregistrés par CTB	1333	1514	1357	1217

- **Nombre de services ou intervenants participant à l'enregistrement du "TDI"**

L'augmentation du nombre de centres participants à l'enregistrement du TDI observée à partir de 1999 est en lien avec la fusion des données des institutions de la Coordination Drogue de Charleroi puis de la CTB. La diminution en 2003-2004 est due essentiellement à la fermeture de 2 centres et à des problèmes techniques temporaires qui devraient être résolus en 2005 (voir figure ci-dessous).

Figure 64 : Evolution du nombre de centres participants au recueil en Communauté française



Les centres collectant directement pour le CCAD/ Eurotox sont en baisse depuis l'année 1998. Cela peut s'expliquer par différentes raisons:

- un 'transfert' de centres entre 1993 et 1999 vers d'autres systèmes, suivant une logique géographique (6 centres bruxellois ont rejoint la CTB et 2 centres de la Région de Charleroi la Coordination Drogue de Charleroi)
- une perte réelle depuis 1999 des services résidentiels (7 structures principalement hospitalières ont cessé leur collecte via la fiche Eurotox)
- un arrêt momentané ou définitif des activités de prise en charge des usagers de drogues concernant certains services ambulatoires (ex. : Mediatox, Centre de planning familial FPS, ...)

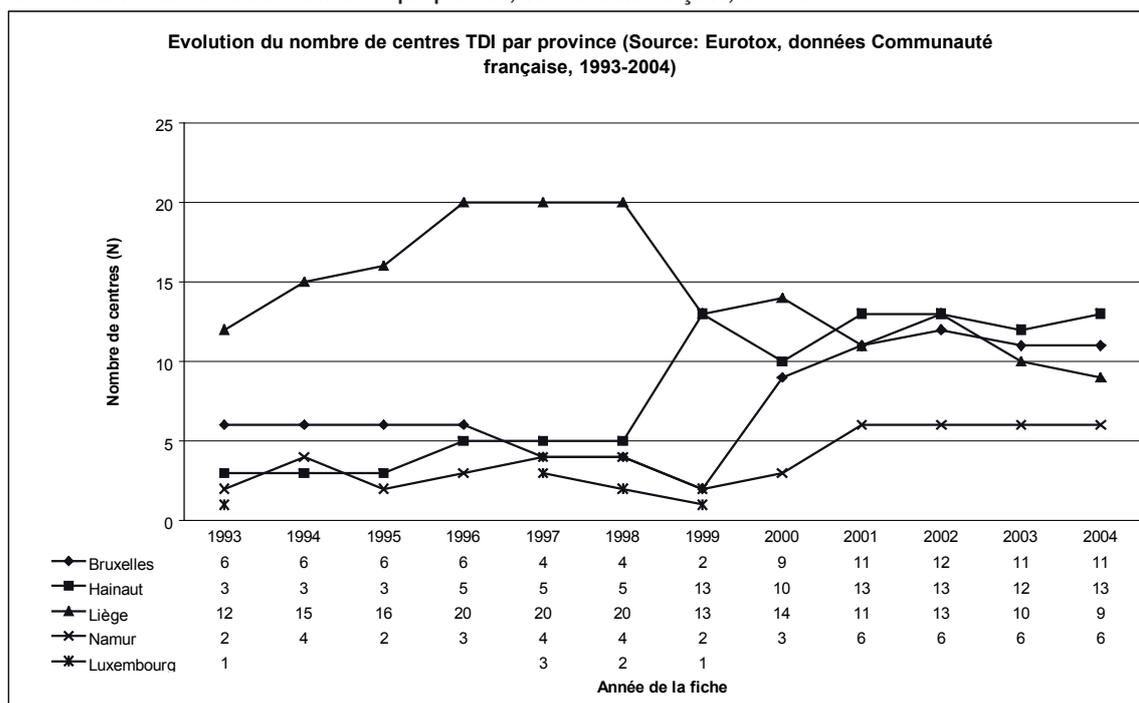
La perte des unités résidentielles pose la question des moyens développés sur l'ensemble de la Communauté française pour la sensibilisation et le maintien de la collecte de données auprès des diverses structures de traitement qui prennent en charge des usagers de drogue.

Tendances et comparaisons par province :

A partir de 2001, une stabilisation du nombre de centres est observée à Bruxelles et dans les provinces de Namur et du Hainaut. Le nombre de centres participant au recueil de données TDI dans la province de Liège est en diminution depuis 1999; plus aucune participation de centres de traitement de la Province du Luxembourg.

Comme on peut le constater, le nombre de cas enregistrés est fonction du nombre de centres participants. Ceci explique pourquoi le TDI est parfois présenté comme un indicateur reflétant l'offre de traitement plutôt que la demande.

Figure 65: Evolution du nombre de centres TDI par province, Communauté française, 1993-2004



Annexe 9: liste (non exhaustive) des centres actifs en prévention, réduction des risques, traitement et réinsertion professionnelle en Communauté française

Prévention		
A. Programmes écoles		
liste des centres:	titre du projet	population cible
Ville de Mons- Service de Prévention . Prévention des Assuétudes	Réponses à diverses demandes	Ecole/ information au public.
Ville de Mons (2) -Service de Prévention. Prévention des Assuétudes	Une formation à la prévention des usages de drogues et des conduites à risques (outils péda. et suivi tous les 4 mois)	formation d'adultes-relais, information au public. Formation de professionnels non spécialisés. Développement /diffusion de matériels et brochures.
Prospective Jeunesse	modules de formation	Prévention dans les écoles. Formation d'adultes - relais, formation de professionnels spécialisés, non spécialisés, développement et diffusion de matériels et brochures.
Prospective Jeunesse	Service de prévention	Prévention ciblée vers la rue, les lieux sportifs, festifs pour les groupes à risque, pour les citoyens et agents de prévention. Formation d'adultes- relais, formation de professionnels non spécialisés, diffusion de matériels et brochures, évaluation pour l'accompagnement d'un projet.
ASBL Sésame	Promotion-Relais-Santé	Prévention dans les écoles, mouvement de jeunesse, maisons de jeunes. Institutions pour les mineurs, jeunes en Institution, en décrochage scolaire, pour les populations défavorisées. Formation d'adultes relais, formation de professionnels spécialisés, non spécialisés, développement de matériels et brochures.
Trempline	Re-sources	Prévention dans les écoles, formation d'adultes -relais et formation de professionnels non spécialisés
Trempline	Pas de titre	Prévention dans les écoles, les familles et les communautés.
Ceris. Prof. JP Pourtois	Recherche-Formation-Prévention	Prévention dans les écoles, la famille et les lieux festifs. Formation de personnels spécialisés et non spécialisés, développement et diffusion de matériels et brochures.
B. Famille		
liste des centres:	titre du projet	population cible
centre Alfa	atelier parentalité et usage de drogues	parents
Fly-Tox	travail de parentalité	
Trempline	kangourou: soutenir les femmes toxicomanes dans leur rôle de mère	mères toxicomanes

Réduction des Risques/traitement		
C. Communauté		
liste des centres:	titre du projet	population cible
ASBL Symbiose	Curatox- Points relais psychosociaux	Information au public. Développement et diffusion de brochures.
ASBL Symbiose	Curatox- Points relais psychosociaux	Traitement ambulatoire pour consommateurs d'opiacés, de cocaïnes, de cannabis, amphétamines, d'XTC, NDS et d'alcool, avec enfants et jeunes de moins de 18 ans. Traitement de substitution avec méthadone et traitement non médicamenteux.
ASBL Symbiose	Curatox- Points relais psychosociaux	Réinsertion socio-professionnelle (logement, emploi et formation professionnelle, réinsertion dans le réseau social)
Prospective Jeunesse	Accro moi non plus, Mutualités socialistes	Information au public, développement/ diffusion de matériels/ brochures, accompagnement de personnels non spécialisés
Prospective Jeunesse	Echevinat d'une Commune Bruxelloise	Prévention (famille, communauté). Formation d'adultes- relais. Information au public.
Prospective Jeunesse	Université Libre de Bruxelles	Prévention universelle dans les communautés via information .
Prospective Jeunesse	Réseau Santé Mentale	Formation d'adultes- relais, information au public
Prospective Jeunesse	Promotion de la Santé à l'école	Formation d'adulte- relais, formation de professionnels spécialisés, non spécialisés. Accompagnement d'un projet
Ville de Mons -Service de Prévention. Prévention des Assuétudes	En savoir plus pour agir de façon plus adéquate	Prévention (école et famille incluses). Formation d'adultes- relais, information au public.
Centre pluridisciplinaire de traitement des assuétudes_CPAS de Grâce Hollogne	Pas de titre	Prévention dans les familles. Information au public, formation de professionnels spécialisés, formation de professionnels non spécialisés, développement et diffusion de matériels et brochures. Recherche et évaluation.
Infor-drogues ASBL	Permanence téléphonique 24h/24	Prévention pour toute la communauté par de l'information au public.
Infor-drogues ASBL	Permanence téléphonique 24h/24	Réduction des risques pour la communauté, rue, lieux festifs, lieux sportifs et pour tous les groupes à risques. Distribution de brochures, conseils,...
Infor-drogues ASBL	Centre de documentation/bibliothèque	Prévention dans les écoles, familles et communauté (professionnels, médias, politiques, volontaires). Information au public, développement et diffusion de matériels et brochures. Documentation des différents publics. Aide en recherche documentaire et prêt et infos sur la réduction des risques.
Infor-drogues ASBL	Service d'information, d'entretiens de Site Internet, d'Outils d'information (brochures), communiqués de presse (pour sensibiliser l'opinion publique)	Prévention tout public

Infor-drogues ASBL	E-permanences. Phase d'élaboration	Prévention pour toute la Communauté . Permanence électronique anonyme et sécurisée pour info, dialogue et échange, avis et conseils, aide, orientation et soutien.
Infor-drogues ASBL	Equipe de prévention	Prévention pour toute la communauté via les adultes relais. Formation d'adultes - relais, information au public, formation de professionnels spécialisés, développement et diffusion de matériels et brochures, Activités évaluations -sensibilisations .Accompagnement des pratiques, accompagnement des projets, expertises.
Infor-drogues ASBL	Communication (affiches, communiqué de presse, prises de position, etc.)	Formation d'adultes- relais, information au public, développement de matériels et brochures, information via les médias, information des adultes relais, infos des professionnels non spécialisés, travail avec les médias.
Modus Vivendi	Carnet du risque N° 45. Réduction des risques et testing de pilules : Etat des lieux en Communauté Française. Avril 2005	Tout public.
A. Non précisé ou choix multiples (rue et prison et...)		
liste des centres:	titre du projet	population cible
Les lieux dits SSM	Non défini	Groupe à risque (délinquants), sans abris, milieu festif, milieu carcéral, prostituées. Parents de toxicomanes. Formation d'adultes- relais, information au public, formation de professionnels pour le public des rues, prisons, et du relais social de Liège
Centre d'Accueil Trait d'Union	CADT	Groupe à risque (délinquants), sans abris ,parents toxicomanes, violences conjugales
Prospective Jeunesse	CLPS	Prévention ciblée (rue, lieux festifs, lieux sportifs, écoles). Population en général et formation d'adultes- relais (formation d'adultes relais, de professionnels spécialisés, évaluation, accompagnement d'un projet)
Prospective Jeunesse	Infirmières accoucheuses	prévention ciblée dans les hôpitaux pour les femmes enceintes . Formation d'adultes-relais. Formation de professionnels spécialisés. Accompagnement de projet
Prospective Jeunesse	Service de prévention	Prévention : famille, communauté. Prévention ciblée (rue, lieux festifs, lieux sportifs). Citoyens et agents de prévention. Formation d'adultes- relais, de professionnels non spécialisés et spécialisés. Développement de brochures. Evaluation et accompagnement de projets.
Prospective Jeunesse	Service Jeunesse de Bruxelles	Prévention ciblée dans les services jeunesse. Pour les jeunes en générale par de l'information au public.
Prospective Jeunesse	Accompagnement individuels	Prévention ciblée vers les Communautés/ la population via des entretiens individuels.
Ville de Mons	Lieux festifs, lieux sportifs via information au public.	

ASBL Sésame	Cabinet Psycho-Médico-Social	Prévention ciblée en rue, dans les lieux festifs, pour les familles, pour les couples ou personnes seules. Pour les groupes à risques tels que les sans-abri, les jeunes en décrochage scolaire, les jeunes sortant en milieux festifs. Information au public. Développement/diffusion de matériel et brochures.
Docteur Pierre LARUE- médecin à la prison de Dinant	Prévention ciblée vers les prisons pour la population carcérale: information au public.	
FlyTox!	FlyTox!	Prévention ciblée vers la rue, la prison et les groupes à risque tels que les groupes ethniques, les migrants, les délinquants, les sans abris, les jeunes de quartiers défavorisés. La population en milieu carcéral et les prostituées ainsi que les familles à risques via de l'information.
Laboratoire de psychologie médicale, d'Alcoologie et d'étude des toxicomanies de l'ULB		
B.Rue		
<u>liste des centres:</u>	<u>titre du projet</u>	<u>population cible</u>
Ville de Mons (2) -Service de Prévention. Prévention des Assuétudes	Interreg III : Accompagnement des intervenants de proximité	projet pour la population de la rue
Modus Vivendi	Boule de neige (cannabis): projet expérimental	Réduction des risques de développement d'un usage «problématique» de cannabis pour les milieux de la rue. Equipe mobile, information, prévention par les pairs, distribution de préservatifs. Distribution de brochures d'information.
C.Prisons		
<u>listes des centres</u>	<u>titre du projet</u>	<u>population cible</u>
Les lieux dits SSM		
CPE Marneffe	Réduction des assuétudes	Prévention ciblée dans les prisons. Information au public, développement de matériel et de brochure. Evaluation.
ASBL Sésame	Travail Psychologique en milieu carcéral: prisons de Namur, Andenne et Dinant	
Modus Vivendi	Boule de neige: prévention du sida et hépatites auprès des UD en prison	Réduction des risques dans les prisons pour tous types de maladies infectieuses, réduction des risques liés à la mortalité. Equipe mobile, information, prévention par les pairs, distribution de préservatifs. Distribution de brochures d'information.
Modus Vivendi	Formation à la réduction des risques.	Pour la Communauté, prisons et secteur psycho-socio thérapeutiques. Groupe cible sont les professionnels. Intervention: formation de professionnels spécialisés, formation de professionnels non spécialisés.

D. Lieux festifs		
listes des centres	titre du projet	population cible
Les lieux dits SSM		
Modus Vivendi	Drogues risquer moins	Réduction des risques pour les maladies sexuellement transmissibles (mortalité, morbidité). Prévention d'accident de roulage et action de promotion de la santé. Intervention d'équipe mobile, information, prévention par les pairs, distribution de préservatifs, distribution de brochures d'information. Groupe jeunes et lieux festifs.
Modus Vivendi	Formation à la réduction des risques	Réduction des risques pour maladies infectieuses (mortalité, morbidité). Prévention d'accidents de roulage et promotion de la santé pour des groupes de jeunes. Intervention d'équipe mobile, information, prévention par les pairs, distribution de Kits de snifs, accès à l'eau. Chill-out et/ou accueil bad trips... Développement de projet testing-lobbying en milieux festifs.
Modus Vivendi	Flyers festifs : production de 4 flyers destinés au milieu festifs : road trips, hydratation, sniff,...	Réduction des risques pour maladies infectieuses: HCV, maladies sexuellement transmissibles (mortalité, morbidité) pour groupe à risque: jeunes sortant en milieux festifs. Intervention par de l'information, développement de matériel d'information,... plus action de promotion de la santé de manière générale.
Modus Vivendi	Modus Fiesta: lieu d'accueil, d'information, de réduction des risques et d'orientation pour usagers de drogues festives.	Modus Fiesta: lieu d'accueil, d'information, de réduction des risques et d'orientation pour usagers de drogues «festives». Réduction des risques: HCV, maladie sexuellement transmissible, mortalité. Intervention par équipe fixe, information, distribution de préservatif, distribution de kits de sniff, distribution de brochures d'information, accès aux traitements.
E. Autres		
listes des centres	titre du projet	population cible
Trempline	Kangourou	Familles à risques avec parents-toxicomanes et enfants toxicomanes.
Trempline	European Companionship in Education (ECE)	Formation permanente par échange d'expériences au niveau européen pour professionnels en assuétude et éducation. Prévention ciblée pour les professionnels en charge de groupes ethniques, migrants, délinquants, mineurs, sans-abri, jeunes en institution (IPPJ), jeunes en décrochage scolaire, jeunes sortant en milieux festifs.
Modus Vivendi	Accessibilité au matériel d'injection: projet Stérifix: vente de kits d'injection en pharmacie.	Réduction des risques pour les maladies infectieuses: HIV/SIDA, HBV, HCV, abcès, infections loco régionales. Intervention par information, distribution/vente kits d'injection pour la Communauté (+ rue) et via pharmacies.

Bibliographie

Les jeunes et l'alcool, vers un réseau, Les actes du colloque 18 mai 2004, in *Les Cahiers de Prospective Jeunesse*, n° spécial - 32, septembre 2004, Bruxelles.

Flash Eurobaromètre n°158: Young People and Drugs, voir: http://europa.eu.int/comm/public_opinion/flash/fl158

Maintenant que c'est « légal », quelles nouvelles à Bruxelles? Actes de la journée Cannapistes. FEDITO bruxelloise. Janvier 2005.80p.

DECORTE, T. - KAMINSKI, D. - MUYS, M. ... et al. L'usage problématique de drogues (illégal): recherche concernant l'opérationnalisation du concept dans un contexte légal: rapport final. Gent: Academia Press, 2005

Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004. Institut Scientifique de Santé Publique, Service d'Epidémiologie. Bruxelles, 2006.

Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B (Espace P, 1998-2003). Document Espace P, 2004.

Sésame (2005). Rapport annuel 2004.

Prospective Jeunesse (2006). Rapport d'activité 2005

HARIGA, F VAN LIERDE, J. CESC, *Echange de seringues à Charleroi Evaluation de la première année d'activités*, in *Carnet du risque* n°42. Bruxelles 2002.

Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention, Drogues et Usage de drogues , Service Public Fédéral Intérieur, 2004.

Constats et recommandations en vue d'un plan concerté en matière d'assuétudes (RW/CF/CCF), Collège d'experts Région Wallonne, Communauté Française, COCOF, Juin 2005.

Proposition de résolution relative à la consommation d'alcool par les mineurs, Chambre des représentants de Belgique. Doc parl., 3 mars 2005.

VANDERCAMMEN M., La consommation d'alcool chez les jeunes. Quelles stratégies commerciales? , CRIOC, 2004

FILEE D., GOSSET C., REGINSTER J-Y, DOR B., ORBAN T., Probex, Projet buveurs excessifs, SSMG-ULG, 2004

Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004. Institut Scientifique de Santé Publique, Service d'Epidémiologie. Bruxelles, 2006.

Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B (Espace P, 1998-2003), Document Espace P, 2004.

Chambre des Représentants et Sénat de Belgique, Note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue, Doc. Parl., 50-1059/1 et 2-635/1

Direction Générale de la Santé, Programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008, Ministère de la Communauté française, 2004.

Direction Générale de la Santé, Programme quinquennal et législation de promotion de la santé de la Communauté française 1998-2003, Ministère de la Communauté française, 1998.

SLEIMAN S. , Belgian National Report on Drugs 2003, rapport annuel, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, décembre 2003.

SLEIMAN S et Al. , Belgian national report on drugs 2004, rapport annuel, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, 2004.

Direction Générale de la Santé, Drogues assuétudes: quelle prévention? , Ministère de la Communauté française, 2002.

Direction Générale de la Santé, Eléments de bilan du programme quinquennal 1998-2003 et réflexions, Ministère de la Communauté française, mai 2003.

RWUBUSISI M., Secret professionnel. Le droit de se taire face à l'obligation de collaboration, Ministère de la Communauté française, 2002.

VANDERVEKEN M., Note de synthèse: groupe de travail "Rue et première ligne", Doc. CTB.

Eurotox asbl, L'usage de drogues en Communauté française, rapport Communauté française 1999-2000, Octobre 2002.

Ministère de la Justice, Accord de coopération entre l'Etat, les Communautés, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française et les Régions pour une politique de drogues globale et intégrée, Moniteur belge 2 juin 2003.

PIETTE D., PREVOST M., BOUTSEN M. et Al., Vers la santé des jeunes en l'an 2000: une étude des comportements et modes de vie des adolescents de la Communauté française de Belgique de 1986 à 1994, soutenu par la Communauté française de Belgique, ULB-promes, 1997.

PIETTE D., PARENT F., COPPIETERS Y. et Al., La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire: quoi de neuf depuis 1994?, ULB-promes, 2003.

ISSP (Institut Scientifique de Santé Publique), Epidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique, situation arrêtée au 31 décembre 2002, rapport annuel, Bruxelles, 2003.

ISSP (Institut Scientifique de Santé Publique), Le sida en Belgique, situation au 31 décembre 2003, rapport semestriel n°58, Bruxelles, 2004.

ISSP (Institut Scientifique de Santé Publique), Le sida en Belgique, situation au 31 décembre 2004, IPH/EPI reports Nr. 2005-017, Bruxelles, 2005.

DECORTE T., DE RUYVER B., PONSAERS P. et Al., Drogues et nuisances. Etude du phénomène des nuisances associées aux drogues, de son contrôle et de ses effets à partir de différents angles d'approche, Academia Press, Gent, 2004.

DE RUYVER B., PELC I., CASSELMAN J. et al., La politique des drogues en chiffres, une étude des acteurs concernés des dépenses publiques et des populations atteintes, Academia Press, Gent, 2004.

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Le suicide en Région de Bruxelles –Capitale, situation 1998-2000, dossier 2003/04, 2003.

HACOURT G., Ecstasy: pilules sans ordonnances, l'Harmattan, Paris, 2002.

BEAUCHESNE L., Les drogues: les coûts cachés de la prohibition, Lanctôt, Québec, 2003.

Assises de la réduction des risques liés à l'usage des drogues, Actes du colloque organisé à Bruxelles les 4 et 5 décembre 2003, in *Bruxelles Santé*, n° spécial 2004, Bruxelles, 81 p.

