

L'USAGE DE DROGUES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

RAPPORT
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE
2007 (DONNÉES 2006)

M. RWUBUSISI,
M. POZZA,
C. VANHUYCK,

L. CASERO,
M. DAL,
P. BASTIN

EUROTOX ASBL

OBSERVATOIRE
SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE
ALCOOL- DROGUES
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE
DE BELGIQUE



*Ministère
de la Communauté
française*

AVEC LE SOUTIEN DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
REMERCIEMENTS	9
CHAPITRE 1 : CADRE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL	10
1.1. ORGANISATION	10
1.1.1. <i>Compétences</i>	10
1.1.2. <i>Les stratégies politiques</i>	11
1.2. FINANCEMENT PUBLIC DU SECTEUR TOXICOMANIE	14
1.2.1. <i>Considérations générales</i>	14
1.2.2. <i>L'Etat fédéral</i>	16
1.2.3. <i>La Communauté française</i>	18
1.2.4. <i>La Région wallonne</i>	20
1.2.5. <i>La Commission communautaire française (COCOF)</i>	21
1.3. LES DÉVELOPPEMENTS LÉGISLATIFS RÉCENTS	21
1.3.1. <i>Circulaire n° 1552 ; 19/07/2006 : Recommandations du gouvernement de la Communauté française relatives à la prévention des assuétudes en milieu scolaire</i>	21
1.3.2. <i>Circulaire ministérielle n°1785 relative à la problématique de la drogue (en prison). 18 juillet 2006</i>	24
1.3.3. <i>Arrêté royal portant interdiction de fumer dans les lieux publics (modif. A.R. 6 juillet 2006), 13 décembre 2005</i>	27
1.3.4. <i>Décret relatif à la prévention du tabagisme et l'interdiction de fumer à l'école, 5 MAI 2006</i>	27
1.4. DÉBAT/ÉVOLUTION DE LA SITUATION	28
1.4.1. <i>Circulaire n° 1552 : La prévention des assuétudes en milieu scolaire : rêve ou réalité ?</i>	28
1.4.2. <i>Cannabis frelaté : des effets d'une « bonne » politique de prohibition</i>	31
1.4.3. <i>Equivalence et continuité des soins en prison : l'heure « H » ?</i>	33
1.4.4. <i>« No future » : la « cellule générale drogues »</i>	37
CHAPITRE 2 : SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET TENDANCES	39
2.1. LA PRÉVALENCE DES USAGES DE DROGUES	39
2.1.1. <i>L'usage de drogues dans la population générale</i>	39
2.1.2. <i>L'usage de drogues chez les jeunes</i>	43
2.1.3. <i>L'usage de drogues dans des groupes spécifiques</i>	45
2.2. LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ	75
2.2.1. <i>Demande de traitement auprès des services spécialisés en toxicomanies : données issues de l'indicateur de la demande de traitement (TDI)</i>	75
2.2.2. <i>La morbidité en rapport avec la consommation de drogues</i>	94
2.2.3. <i>La mortalité en rapport avec la consommation de drogues</i>	98
2.3. LES CONSÉQUENCES SOCIALES	100
2.3.1. <i>Données recueillies par les forces de l'ordre</i>	100
2.3.2. <i>Les accidents de la route</i>	102
2.3.3. <i>Disponibilité et offre</i>	103

CHAPITRE 3 :	
PROMOTION DE LA SANTÉ, PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE	112
3.1. PRÉVENTION	113
3.1.1. <i>Par public cible</i>	113
3.1.2. <i>Par type d'actions</i>	115
3.2. PROMOTION DE LA SANTÉ ET RÉDUCTION DES RISQUES	117
3.2.1. <i>Les dispositifs d'échanges de seringues</i>	117
3.2.2. <i>La vente de kits d'injection en pharmacie</i>	117
3.2.3. <i>Les opérations « Boule de Neige »</i>	117
3.2.4. <i>Le travail de rue</i>	118
3.2.5. <i>Les interventions en milieu festif</i>	118
3.2.6. <i>Les interventions de réduction des risques en prison</i>	122
3.3. LISTE DES OUTILS 2006	123
3.3.1. <i>Colloques, séminaires, conférences</i>	123
3.3.2. <i>Formations, ateliers, modules</i>	124
3.3.3. <i>Revue, livres, articles</i>	124
3.3.4. <i>Outils pédagogiques, sites,</i>	126
CHAPITRE 4 :	
CADRE ET MISSIONS D'EUROTOX	127
4.1. SOUS-POINT FOCAL DE L'OEDT	128
4.1.1. <i>Missions du Sous-Point Focal Eurotox</i>	128
4.2. OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL DROGUES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE	133
4.2.1. <i>Rapport sur l'usage de drogues en Communauté française</i>	133
4.2.2. <i>Développement du recueil de données (système de monitoring) en Communauté française</i>	133
4.3. AUTRES ACTIVITÉS DE L'ASBL EUROTOX	134
4.3.1. <i>Recherche</i>	134
4.3.2. <i>Action spécifique</i>	135
ANNEXES	136
ANNEXE 1 : LISTE DES « PLANS DROGUES » ET DES « VOLETS DROGUES DES CONTRATS DE SÉCURITÉ »	136
ANNEXE 2 : LISTE DES CENTRES D'ENREGISTREMENT TDI	141
ANNEXE 3 : EXEMPLE DE MESSAGE D'ALERTE PRÉCOCE (30/10/2006)	143
ANNEXE 4 : EXEMPLE D'ARTICLE PUBLIÉ PAR EUROTOX	145
ANNEXE 5 : « FICHE GÉNÉRALE » EUROTOX (DÉCEMBRE 2006)	148
ANNEXE 6 : EXEMPLE DE MESSAGE DU « YAHOO GROUP » SUR LES TENDANCES ÉMERGENTES	152
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	154
BIBLIOGRAPHIE	158



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 quatrième 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 et 2004-2005. Le présent rapport couvre la période 2006. Les données qui ont servi à sa rédaction s'étendent donc sur cette année (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.

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, principalement en ce qui concerne le cadre légal et organisationnel (chapitre 1) et la situation épidémiologique (chapitre 2).

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 reparlera de la « **drogue à l'école** » par le biais de deux circulaires qui se côtoient pour traiter du problème : la première rédigée par les ministres en charge de l'enseignement d'une part, de la santé de l'autre, la seconde émanant du ministère de l'Intérieur et important directement une antenne de police à l'école, pour une bonne cause auto-proclamée : assurer une mission de « prévention » en luttant contre l'absentéisme et les modes de vie « différents ». On s'y inquiétera de ce nouvel avatar du tout-au-sécuritaire, tout en espérant que triomphe cependant la volonté de rendre à César ce qui est à César (soit rendre la prévention des assuétudes en milieu scolaire aux acteurs de l'école, volonté déjà exprimée par la Note Politique Fédérale Drogues de 2001).

On y redécouvrira que la **coordination des politiques en matière d'assuétudes** ahané péniblement sur le chemin : après une note politique fédérale (2001) instituant une « cellule générale drogues » qui assurerait cette coordination au niveau national ; après un accord de coopération entre le fédéral et les entités fédérées (2002) qui porte création de cette cellule, après la fière annonce d'un plan concerté d'intervention en matière d'assuétudes en Communauté française, en Région wallonne et à Bruxelles (2005) et enfin après le rapport d'un collège d'experts préalable à ce plan concerté, on ne voit toujours poindre ni cellule, ni plan.

Pourtant, un « groupe de travail inter-cabinets et inter-administrations » a depuis été officiellement chargé de transformer les 76 recommandations contenues dans le rapport du collège d'experts en un PCO (Plan Communautaire Opérationnel). Il doit notamment, dans ce but (selon une notification du « gouvernement conjoint ») : *dresser l'inventaire exhaustif et argumenté des besoins nécessitant une action conjointe*. A ce jour, rien n'a filtré sur l'éventuel état d'avancement de l'élaboration d'un tel plan.

On s'y rappellera à ce sujet que le PCO « promotion de la santé » datant du mois d'octobre 2005, s'il comporte des chapitres consacrés entre autres à la prévention des cancers, à la promotion de la vaccination, à la prévention du SIDA et des MST ou à la lutte contre la tuberculose, n'en présente pas spécifiquement sur les assuétudes.

On verra aussi à l'occasion de ce chapitre 1 qu'en matière de **dépenses publiques consacrées au phénomène des drogues**, « tout, tout a continué... », puisque l'étude « Drogues en chiffres II¹ » dresse un constat implacable : bien que la prévention, depuis la note politique fédérale de 2001, reste la priorité politique n°1, suivie dans

1 DE RUYVER B., PELC I., DE GRAEVE D. et al., Drogues en chiffres II : étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes, Etude de suivi, Academia Press, Gent, 2007

l'ordre par l'assistance et la sécurité, dans les faits c'est exactement l'ordre inverse qui est adopté par les *dépenses* consenties dans ces différents secteurs.

On y prendra donc acte de ce que seuls 3,82% de l'ensemble des dépenses consacrées aux drogues vont au secteur de la « prévention ».

Ce sera d'ailleurs l'occasion de rappeler que la compétence « sécurité » est quant à elle beaucoup moins éclatée que la compétence « prévention », distribuée sur de nombreuses instances et niveaux de pouvoirs, de manière parfois disparate et sans forcément de définition ou de logique d'intervention commune (ce qui explique sans doute en partie les difficultés de coordination rencontrées).

Ce chapitre 1 sera aussi l'occasion de rappeler qu'**une politique purement répressive et prohibitive à l'égard de la consommation privée de cannabis fait le jeu des mafias et le malheur de la santé publique**. Témoins, deux pratiques qui s'opposent. D'une part l'apparition dès l'automne 2006 de produits de coupe parfois dangereux dans l'herbe de cannabis (Hollande, Nord de la Belgique et de la France ainsi que Bruxelles). Ceux-ci sont adjoints à l'herbe pour l'alourdir et augmenter ainsi le bénéfice des dealers, notamment en Hollande où les « petits » planteurs privés, qui consommaient souvent leur propre production, sont depuis peu sévèrement traqués par la police, ce qui aurait ramené les mafias aux portes des *koffieshops*. D'autre part la tendance à concentrer davantage le produit pour le rendre plus fort, en l'absence de tout contrôle officiel de sa composition (ce qui était jusqu'il y a peu la tendance de la production interne en Hollande – et, selon toute vraisemblance, seulement en Hollande²). On y conclura qu'un système moins répressif impliquant un encadrement de la production, voire un contrôle de la composition du produit par l'Etat résoudrait à la fois le problème d'une éventuelle concentration exagérée et celui des produits de coupe. Enfin, on y répétera qu'une chose devrait mettre d'accord les tenants de la prohibition et ceux d'une consommation dépénalisée et responsable : une politique plus tolérante (Hollande...) n'entraîne pas plus de consommation qu'une politique très répressive (France), *bien au contraire*.³

On accordera ensuite un « bon début, mais peut mieux faire » à la toute récente **politique des drogues en prison**, liée à l'obligation légale d'une équivalence des soins en milieu carcéral (*circulaire ministérielle n°1785 relative à la problématique des drogues en prison*, 18 juillet 2006 ; et la loi qui la sous-tend : *loi de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus*, 12 janvier 2005). Six recommandations en la matière, couchées dans le rapport du « collège d'experts », devaient ainsi être appliquées, et leur implémentation évaluée. Ces six recommandations étaient : assurer en prison une **prise en charge médicale équivalente** à celle des personnes non emprisonnées / assurer l'**accès** aux prisons, dans de bonnes conditions, aux **acteurs de la santé extérieurs** / généraliser le **vaccin contre l'hépatite B** en milieu carcéral / améliorer l'**accès à l'information** (opérations « boule de neige » en réduction des risques...) **et au matériel** (échange de seringues...) / mettre à disposition des **traitements de substitutions** / **étendre ces mesures aux IPPJ** (centres de détention pour mineurs), lesquels devraient offrir la possibilité d'un suivi psychologique. On verra que quatre de ces mesures ont été appliquées de manière encourageante, même si du chemin reste à faire, notamment en ce qui concerne les types de traitements de substitution appliqués (les traitements de *maintenance* devraient pouvoir côtoyer les traitements de *sevrage*). On déplorera par ailleurs que deux de ces points attendent encore une implémentation satisfaisante : la généralisation du vaccin contre l'hépatite B et l'extension des cinq premières mesures aux IPPJ.

On enfoncera le clou, **pour clôturer** ce premier chapitre, en reparlant d'un organisme fantôme : la « **cellule générale** » **drogues**.

2 Voir : <http://www.chanvre-info.ch/info/fr/Cannabis-Les-produits-surdozes.html>, (site de « chanvre-info citant « Le Monde » du 11/07/2007, lequel cite lui-même l'OFDT).

3 Communiqué de presse d'Infor-Drogues du 16 août 2007, voir www.infor-drogues.be

Le **DEUXIÈME CHAPITRE** est le volet épidémiologique du rapport. Dans un premier temps, il présente la **prévalence de l'usage de drogues en Communauté française dans la population générale, dans la population scolaire et dans certains groupes spécifiques et à hauts risques** tels que les personnes rencontrées en milieu festif (c'est-à-dire à travers les différents événements couverts par des acteurs de la réduction des risques liés à l'usage de drogues), les personnes rencontrées en rue à travers les opérations « Boule de Neige » ou au sein des dispositifs d'échange de seringues, les prisonniers, les personnes prostituées et les personnes rencontrées lors des campagnes de dépistage.

On y présente succinctement la méthodologie des enquêtes réalisées ou compilées, puis leurs principaux résultats. La situation épidémiologique est ainsi dépeinte, les modes de consommation et leur ampleur sont estimés, ainsi que les prévalences de consommation des différentes drogues.

De manière générale, on constate que le *produit le plus consommé* après le tabac et l'alcool est le *cannabis* et ce, quel que soit le groupe spécifique (27.9 % des personnes rencontrées en milieu festif⁴, 75.1% des personnes rencontrées lors des opérations « Boule de Neige »⁵ et 27% des personnes rencontrées en prison⁶). On constate aussi une *diminution légère mais constante de l'injection* depuis 2003 en milieu festif (passant de 4.3% à 2.6% de 2003 à 2006 pour toutes les personnes rencontrées) et chez le public des opérations « Boule de Neige » (passant de 58.7% à 53.2%).

On constate plus particulièrement, dans le **milieu festif**⁷, parmi les personnes qui s'adressent à ces services, une augmentation du nombre d'usagers de drogues⁸ (en ce compris l'alcool), passant de 68.4% des personnes rencontrées à 77.4% de 2003 à 2006. Depuis 2003, la consommation de cannabis et d'ecstasy diminue tandis que la consommation de speed, d'amphétamines et d'alcool augmente chez ce public particulier.

En 2006, les injecteurs représentent 2.6% des personnes rencontrées dans ce cadre. Plus de la moitié des personnes rencontrées (58.0%) ont fait le test de dépistage du SIDA. Nous remarquons aussi un manque d'information sur les risques de transmission des hépatites et du SIDA, notamment en matière de tatouage et de piercing.

En rue (à travers les **opérations « Boule de Neige »**), la proportion d'usagers de drogues (en ce compris l'alcool) parmi l'ensemble des répondants diminue légèrement, passant de 91.3% en 2003 à 89.8% en 2006. La consommation du cannabis, de la cocaïne, de l'héroïne et de la méthadone illégale est relativement stable depuis 2003, contrairement aux autres produits dont la consommation historique diminue.

En 2006, les injecteurs représentent 53.2% des personnes rencontrées dans ce cadre. Plus de la moitié des personnes rencontrées (58.0%) ont fait le test de dépistage du SIDA.

En prison (via une enquête dans toutes les prisons belges en 2006), un peu moins d'un tiers (29.5%) des personnes rencontrées déclarent avoir consommé de la drogue en milieu carcéral. Il s'agit principalement du cannabis, de l'héroïne et des médicaments (somnifères, tranquillisants).

Les injecteurs représentent 4.0% des personnes rencontrées. Un tiers des personnes rencontrées (29.3%) ont fait le test de dépistage du SIDA. Notons que 8.5% des personnes rencontrées se sont fait tatouer en prison.

Grâce aux données récoltées au sein des **dispositifs d'échange de seringues**, nous pouvons suivre depuis 1994 l'évolution des taux d'échange (distribution et récolte) de seringues et de matériel d'injection auprès des usagers de drogues en rue. Les chiffres des seringues distribuées montrent une augmentation constante de 1994 à 2002. On observe un certain fléchissement en 2003 suivi d'une stagnation ces 3 dernières années.

4 Consommation au cours de l'événement

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

6 Consommation pendant l'incarcération

7 Attention : il ne s'agit pas d'un échantillon aléatoire, mais de personnes qui s'adressent spécifiquement à des acteurs de la réduction des risques liés à l'usage de drogues

8 Consommation au cours de l'événement

Dans un second temps, le chapitre 2 aborde les **conséquences sur la santé** à travers les résultats du monitoring des **demandes de traitement auprès des services spécialisés en toxicomanies (l'indicateur de la demande de traitement, TDI)**. Après un bref rappel du contexte de recherche et de la méthodologie employée, on trouvera l'évolution des demandes de traitement enregistrées depuis 1993 (en distinguant les nouvelles demandes et les premières demandes) et les caractéristiques socio-démographiques des demandeurs ainsi que leurs antécédents thérapeutiques et leur profil judiciaire. Nous tenterons ensuite d'établir un profil des «premiers demandeurs» selon le produit principal consommé (opiacés, cocaïne, cannabis et alcool).

Enfin, dans un troisième temps, ce chapitre aborde les **conséquences sociales** en présentant les données recueillies par les forces de l'ordre mais aussi par d'autres instances telles le ministère des Affaires économiques ou des intervenants socio-sanitaires.

Nous nous pencherons également sur les **prix des drogues en rue** et leurs évolutions, par produit. Notons d'ores et déjà que nous sommes un des seuls pays à fournir à l'Europe une bonne indication du prix réel des drogues en rue et ce, grâce à la centralisation des données fournies par nos partenaires (contrairement aux autres pays qui fournissent des données issues des saisies policières). Nous présentons les prix pour l'ensemble de la Communauté française puis procédons à leur comparaison selon la région en y incluant, autant que faire se peut les facteurs qui peuvent influencer ces prix.

Nous exposons ensuite notre point de vue compte tenu des perspectives européennes.

Notre chance est donc de pouvoir confronter deux sources d'information, complétant ainsi la perspective issue des saisies policières par les prix que déclarent les consommateurs eux-mêmes.

En 2006, tous les prix relevés lors des saisies policières sont sensiblement moins élevés que ceux issus des témoignages de consommateurs, où la différence est plus marquée pour les amphétamines et l'ecstasy. Cette différence peut s'expliquer par la valeur ajoutée par le dealer mais également par une série d'autres facteurs détaillés dans le texte.

A travers les chiffres globaux, nous observons une augmentation du prix de tous les produits, excepté l'héroïne. Dans certaines régions, on a pu observer en été des prix particulièrement bas pour celle-ci, attirant d'ailleurs l'attention des médias. Cette tendance isolée, bien qu'inquiétante, doit être interprétée avec une grande prudence. En effet, aucune information n'était disponible sur la quantité du produit vendu ni sur sa qualité. De plus, d'autres facteurs interviennent, tels le « packaging ».

A priori, ces fluctuations des prix pourraient faire penser qu'on va observer une diminution générale de la consommation de tous les produits sauf l'héroïne. Cependant, dans les faits, les amphétamines et le speed sont de plus en plus consommés en milieu festif. Preuve supplémentaire que la flambée des prix n'est qu'un élément dans un ensemble multifactoriel. Quant aux tendances observées dans la consommation de rue (opérations « Boule de Neige »), elles révèlent une certaine stabilité pour un ensemble de produits au fil des ans, en dépit de ces mêmes fluctuations.

Tout au long de ce second chapitre et pour ses différents volets, nous invitons le lecteur à prendre connaissance des méthodologies mais aussi des biais ou des difficultés de récolte rencontrées pour chaque type d'enquête.

Le **TROISIÈME CHAPITRE** décrit les actions de prévention des assuétudes et de réduction des risques liés à la consommation de drogues, sur le terrain de la **Communauté française**, ces compétences relevant essentiellement de cette dernière et de son gouvernement. Il s'intitule **Promotion de la santé, prévention et réduction des risques en Communauté française**.

Il y sera question en préambule d'un **cadastre des actions de prévention et de réduction des risques** liés à l'usage de drogues menées en Communauté française, en cours d'élaboration et de réalisation par Eurotox. La **finalité ultime** de celui-ci est de contribuer à l'amélioration de l'offre publique de ce type de programmes en Communauté française. Deux **buts** principaux sont visés : contribuer à **l'amélioration de la visibilité** des

actions menées et élaborer un outil descriptif qui permettra aux acteurs de terrain de **situer leur(s) action(s) par rapport à l'ensemble des pratiques.**

Cette élaboration est en cours de processus et ne donnera de résultats publiables qu'à l'occasion de notre prochain rapport. Toutefois, une pré-enquête a déjà permis de déterminer que la description se limitera aux actions/activités menées, et ne sera donc en aucun cas un « listing » des associations qui les mènent.

Ainsi, bien que les informations présentées soient pour cette fois encore issues de la lecture et de l'analyse des rapports d'activités que ces associations ont bien voulu nous faire parvenir, nous avons pour la première fois organisé ces informations en actions/activités menées, de manière transversale et sans citer les institutions qui les développent.

La classification adoptée reste donc un patchwork imparfait, qui devra être réorganisé et étoffé grâce aux résultats du cadastre, à l'occasion de notre prochain rapport. En attendant, le classement des actions s'est fait d'une part par **publics-cibles** (les **jeunes**, le public des **écoles**, le **grand public**, les **familles**, le public de **rue** et le public des **prisons** - détenus), de l'autre par types d'actions (missions de **formation**, d'**information**, d'**accompagnement**, de **recherche**, de **réinsertion** et de **liaison**). Enfin, vu leur spécificité, un sous-chapitre entier est consacré aux actions de réduction des risques liés à l'usage de drogues. Quant au dernier sous-chapitre, il détaille des **outils** produits/réalisés en Communauté française en 2006 dans le domaine de la prévention et de la réduction des risques (colloques/séminaires/conférences ; formations/ateliers/modules ; revues/livres/articles).

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

Dans ce dernier cadre on y détaille les différentes missions : la participation au « **Belgian National Report** » sur l'usage de drogues, à destination de l'OEDT ; la mise en oeuvre des **cinq indicateurs épidémiologiques-clés** que sont l'**Indicateur de demande de traitement (TDI)**, la **prévalence d'usage dans la population générale**, la **prévalence de l'usage problématique**, les **maladies infectieuses** liées aux drogues ainsi que la **mortalité** liée aux drogues ; l'alimentation de la base de données européennes **EDDRA**⁹ et enfin le **système d'alerte précoce** sur les nouveaux produits ou nouveaux modes de consommation entraînant des risques accrus, dit aussi « **Early Warning System** » ou « **EWS** ».

En ce qui concerne le TDI notamment, on trouvera les derniers développements en termes d'**anonymisation des données**, d'**élimination des doublons** mais aussi de glissement du système, sous l'impulsion de l'OEDT, vers un enregistrement de la **prévalence** (toutes les demandes de traitement) plutôt que de l'**incidence** (seulement les nouvelles demandes).

Dans le cadre des missions d'**Observatoire Socio-Epidémiologique Alcool Drogues** pour la Communauté française, on détaille ensuite l'élaboration et la rédaction du présent rapport, soit le quatrième « **Rapport sur l'usage de drogues en Communauté française** ». Le développement du recueil de données (système de **monitoring**) mis en oeuvre par Eurotox est ensuite développé, notamment en termes de statut juridique et de base légale.

Enfin, pour clore le chapitre, les autres activités d'Eurotox sont décrites, notamment en termes de **recherches** mais aussi de collecte des **tendances émergentes** (avec l'évolution du Yahoo Group sur les tendances émergentes annoncée puis décrite dans nos rapports précédents¹⁰, véritable forum Internet d'échange de savoirs entre professionnels des assuétudes, à propos des produits ou des modes de consommation émergents).

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

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

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



REMERCIEMENTS

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

- Les Institutions de terrain actives en toxicomanies en Communauté française, que ce soit dans le domaine de la prévention ou du traitement, qui ont participé au recueil de données et collaboré à la collecte d'information sur leurs activités. Sans elles, ce rapport ne pourrait exister.
- Parmi elles, une mention particulière pour les institutions qui nous ont fourni, parfois avant leur publication, des données illustrant parfois d'un jour nouveau certaines parties de notre chapitre 2 (situation épidémiologique et tendances). Soit en particulier cette année Espace P et le Réseau Hépatite C Bruxelles, l'ULB-PROMES, le FARES, le ministère des Affaires Economiques (Institut National de Statistiques) et l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles.
- Les centres de traitement qui ont participé au recueil des données épidémiologiques (TDI), ainsi que les structures responsables de réunir les données de plusieurs centres.
- Toutes les institutions de terrain qui ont participé à la première phase de constitution d'un cadastre des actions de prévention des assuétudes et de réduction des risques en Communauté française, au cours de la pré-enquête menée par Eurotox.
- Les Feditos, et en particulier les membres de celles-ci qui ont participé au groupe de travail sur ce cadastre.
- Les autres Sous-points focaux belges de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT), soit le VAD (Vereniging voor Alcohol en andere Drug problemen de la Communauté flamande), la CTB (Coordination Toxicomanie Bruxelles), le SPZ (Sozial-Psychologisches Zentrum).
- Le Point focal belge de l'OEDT, soit l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP), dépendant du Ministre fédéral en charge de la Santé.
- Les cabinets et administrations des Ministres ayant en charge la Santé en Communauté française et en Région wallonne, ainsi qu'à Bruxelles, pendant la période couverte par ce rapport (2006).
- Certains organismes publics ou parastataux tels l'IBSR, l'INS, le SPP ou encore la Police Fédérale.
- Les partenaires privilégiés que sont Infor-Drogues, Modus Vivendi et Prospective Jeunesse qui par leur travail, leur collaboration bénévole et leurs conseils, ont contribué à la réalisation des activités et des missions d'Eurotox.



CHAPITRE 1 : CADRE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL

1.1. ORGANISATION

1.1.1. COMPÉTENCES

Ces matières étant très stables, nous renvoyons pour leur description exhaustive à notre rapport 2004-2005, disponible via Internet à l'url suivant : www.eurotox.org . Nous nous bornerons ici à un bref rappel de chaque rubrique, et ne développerons plus en détails que les changements ou évolutions marquants, que ce soit dans les compétences, dans les budgets ou dans les stratégies politiques. Ces changements sont décrits à partir des points 1.1.2.3. et 1.1.2.6.

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

1.1.1.1. L'Etat fédéral

- **Traitements / réhabilitation** : Le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé publique finance à la fois les centres spécialisés et les départements spécialisés des hôpitaux généraux.
- **Prévention de la criminalité** : Le Ministère de l'Intérieur est compétent (Plans drogues et Volets drogues des Contrats de Sécurité et de Prévention), via le (SPP)¹¹.
- **Recherches** : Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique finance des recherches, de même que le premier ministre, via la « Politique Scientifique Fédérale »¹²
- **Coordination** : Une cellule de coordination dite « Cellule Générale de Politique en matière de Drogues » devrait être créée depuis 2002.¹³ Elle dépend de la « Conférence interministérielle politique en matière de Drogues », laquelle regroupe tous les ministres fédéraux ou des entités fédérées des différentes compétences concernées (santé, sécurité, répression, transports, etc.¹⁴). Bien que cette cellule ne soit toujours pas créée, une « Cellule Politique Santé Drogues » (CPSD, compétente pour le volet « santé » des problèmes de drogue) a été créée et effectuée, depuis 2002, ce travail de concertation entre les différents niveaux de pouvoir.

1.1.1.2. La Communauté française

La Communauté française est compétente en matière de prévention des assuétudes. Elle subventionne également la réduction des risques liés à l'usage de drogues, mais en commun avec la Région wallonne et la Région bruxelloise.

11 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.

12 Voir www.belspo.be

13 Selon le texte légal suivant : 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)

14 Ibid.

1.1.1.3. La Région wallonne

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

1.1.1.4. La Commission Communautaire française (COCOF)

Les compétences en matière de santé de la Région de Bruxelles-Capitale relèvent de trois entités différentes : la Commission Communautaire française (COCOF), son équivalente la Vlaamse Gemeenschap commissie et l'organe bi-communautaire c'est-à-dire la Commission Communautaire commune/Gemeenschappelijke Gemeenschaps-commissie.

La COCOF soutient, comme en Région wallonne, des projets qui s'inscrivent dans le domaine curatif ambulatoire au sens large. Les missions dépassent en fait le simple « curatif » : la COCOF est compétente pour 6 missions menées par les services agréés, soit l'accompagnement (psychologique), les soins, la prévention, la réinsertion, la formation et la liaison.

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

1.1.1.5. Les provinces

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

1.1.1.6. Les communes

Des projets de réduction de la demande sont menés sous l'impulsion de divers acteurs tels l'Aide en milieu ouvert ou les Contrats de sécurité et de prévention, dont la responsabilité est fédérale (Cfr. 1.1.1.), mais dont la gestion est locale.

1.1.2 LES STRATÉGIES POLITIQUES

1.1.2.1. La note politique fédérale

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

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 ".

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

Même si leur gestion est communale, les « volets drogues » des contrats de sécurité et de prévention et les plans drogues visent principalement, dans le chef du Ministère de l'Intérieur, à prévenir les nuisances liées aux drogues (avec des nuances dans la gestion assurée par les bourgmestres, bien sûr).

Les Plans drogues, plus spécialisés encore que les « Volets drogues » des contrats, doivent 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 2005 et 2006, est communiquée en annexe n° 1 du présent rapport.

1.1.2.3. Circulaire PLP 41 et points de contact police-école

Une circulaire du Ministre de l'Intérieur, parue au Moniteur le 24 juillet 06, appelle à des « partenariats », des « engagements », des « conventions »... entre la police locale et les écoles présentes sur son territoire. Il s'agirait en fait pour la police de créer un point de contact permanent pour les écoles de son territoire, comme première mise en œuvre d'un partenariat engagé, précise encore cette circulaire.

Il s'agirait principalement de lutter contre des faits croissants de violences, attribués par la circulaire aux jeunes en décrochage scolaire. Le but premier des points de contact serait donc le signalement des élèves en risque de décrochage.

Sont visés également, les jeunes qui ont « un mode de vie différent ».

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

Celle-ci s'articule autour du concept de « promotion de la santé », un concept qui, loin d'être axé uniquement sur la connaissance des produits, privilégie plutôt l'analyse des représentations sociales et la compréhension des comportements liés aux produits, ce qui favorise l'action communautaire et la responsabilisation plutôt que la prévention primaire. Cette approche favorise notamment les interventions en termes de réduction des risques liés à l'usage de drogues, qui veillent à laisser l'utilisateur se positionner lui-même par rapport à sa consommation, sans l'encourager ni le décourager, mais en lui donnant les outils pour minimiser les risques encourus, quel que soit son choix.

Les stratégies d'intervention en matière d'assuétudes sont définies dans les *plans quinquennaux de promotion de la santé* de la Communauté française (le deuxième d'entre eux – et dernier en date : 2004 – 2008)¹⁵. Ceux-ci se traduisent par des « Plans Communautaires Opérationnels » (PCO). Un PCO exclusivement consacré aux assuétudes se fait toujours attendre (voir à ce sujet les points 1.1.2.6. et 1.4.1.).

1.1.2.5. Le programme de la Région de Bruxelles-Capitale

Le programme de la Région de Bruxelles-Capitale 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.

15 Voir : http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=promotionsante_prevention

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. D'un « plan concerté » en matières d'assuétudes en Communauté française, Région wallonne et Région bruxelloise à un « programme d'actions relatives à la lutte contre les assuétudes en milieu scolaire »

Qu'advient-il du rapport d'experts en vue d'un plan concerté en matière d'assuétudes, commandé par les ministres en charge de la santé en Communauté française et en Région wallonne (rejoints ensuite par le ministre francophone en charge de cette matière en région de Bruxelles-Capitale) ?

Pour rappel, selon les gouvernements impliqués, prévention, aide et soins seraient trop fragmentés et cloisonnés dans ces entités. Le rapport, ainsi que le plan qui en découlerait devaient remédier à ce cloisonnement, mais aussi favoriser transversalité et cohérence dans l'intervention concernant les assuétudes dans certains milieux dont la jeunesse, les milieux éducatifs, les milieux d'insertion socioprofessionnelle...

L'année 2006 devait être consacrée à la concrétisation de ce plan. Une cellule inter-gouvernementale a été mise en place afin d'examiner les recommandations émises par le Collège d'experts et d'envisager leur pertinence et leur faisabilité.

Les membres du Collège devaient être sollicités, afin de participer à des réunions faisant état de l'avancée de ce chantier.

Néanmoins, les ministres n'ont pu s'accorder sur suffisamment de points que pour pouvoir mettre en place le plan promis. Un groupe de travail inter-cabinets et inter-administrations y travaille encore à l'heure de la rédaction de ces lignes. Il a été officiellement chargé, suite au rapport du collège d'experts, de transformer les 76 recommandations de ce dernier en un PCO. Il doit notamment, dans ce but (selon une notification du « gouvernement conjoint ») : *dresser l'inventaire exhaustif et argumenté des besoins nécessitant une action conjointe*. A ce jour, rien n'a filtré sur l'éventuel état d'avancement de l'élaboration d'un tel plan.

On signalera que le PCO « promotion de la santé » datant du mois d'octobre 2005, s'il comporte des chapitres consacrés entre autres à la prévention des cancers, à la promotion de la vaccination, à la prévention du SIDA et des MST ou à la lutte contre la tuberculose, n'en présente pas spécifiquement sur les assuétudes.

Dans ces circonstances, à bien des égards, c'est aujourd'hui le rapport du collège d'experts lui-même qui tient lieu de plan lorsqu'on examine officiellement le devenir des implications politiques diverses dans le champ des assuétudes. Ainsi, comme on le verra plus bas, les progrès des interventions en matière d'assuétudes en milieu carcéral ne peuvent être mesurés qu'à l'aune des recommandations qu'on trouve sur ce sujet dans le rapport d'experts. Les traces, souvent indirectes, de l'application de ces recommandations, sont difficiles à trouver, sans parler d'une éventuelle évaluation (voir point 1.4.3.).

Cet étalement par rapport aux délais prévus initialement, couplé à une relative instabilité de la fonction ministérielle de la santé en Région wallonne, a probablement contribué à la rédaction conjointe, par mesdames Fonck (Santé, Communauté française) et Arena (Enseignement, Communauté française) d'un *programme*

d'actions relatives à la lutte contre les assuétudes en milieu scolaire, et d'une première circulaire mettant en œuvre ce programme (voir points 1.3.1. et 1.4.1.).

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 des études « La politique vis-à-vis des drogues en chiffres¹⁶ » et « La politique des drogues en chiffres II ¹⁷ », confiées à des représentants de plusieurs universités belges (KUL, ULB, RUG et UA), apportent aujourd'hui une réponse plus complète à cette question.

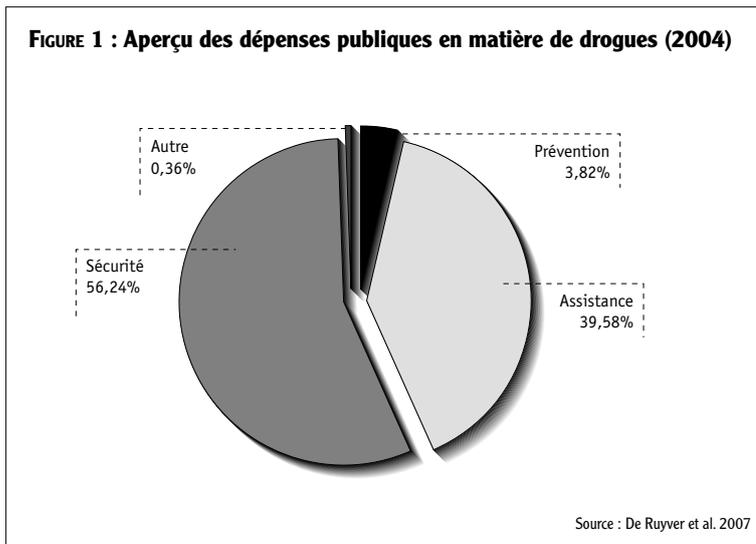
Le constat est simple : bien que la prévention, depuis la note politique fédérale de 2001, reste la priorité politique n°1, suivie dans l'ordre par l'assistance et la sécurité, dans les faits c'est exactement l'ordre inverse qui est adopté dans les dépenses consenties dans ces différents secteurs, comme l'indiquent le tableau et la figure suivante :

TABLEAU 1 : Dépenses consacrées aux politiques des drogues par niveau de pouvoir (2004)				
Source : De Ruyver et al. 2007				
K€2004	Prevention	Assistance	Securite	« autres »
Etat Fédéral	1.635.128	107.801.788	107.478.404	833.521
Flandre	3.300.766.	4.771.961.	37.500.	-
CF	1.296.621.	74.459.	-	-
Com.Germ.	192.000.	187.050.	-	-
RW	1.901.345.	1.705.371.	-	-
CoCom - GGC	106.957.	106.957.	-	-
CoCoF	1.223.191.	2.120.058.	-	-
VGC	17.173.	60.576.	-	-
Provinces	536.165.	272.690.	-	-
Villes et Com.	1.141.139	496.642	59.604.214	235.764
TOTAL	11.350.486	117.597.551	167.120.118	1.069.286

16 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.

17 DE RUYVER B., PELC I., DE GRAEVE D. et al., Drogues en chiffres II : étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes, Etude de suivi, Academia Press, Gent, 2007

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



On constatera au passage (tableau 1) que la compétence « sécurité » est beaucoup moins éclatée que la compétence « prévention », distribuée sur de nombreuses instances et niveaux de pouvoirs, de manière parfois disparate et sans forcément de définition ou de logique d'intervention commune.

En ce qui concerne la prévention, il faut noter en outre une augmentation des dépenses des autorités fédérées et une diminution des dépenses de l'Etat fédéral. Il en résulte globalement une part de 3,82% de l'ensemble des dépenses consacrées aux drogues, pour 4% lors de la précédente période de recherche.

En particulier, les dépenses en matière de prévention ont augmenté en Communauté française, principalement par la mise en place en Région Wallonne des « Plans de prévention de proximité » et du décret instituant des réseaux de soins dans cette région (voir rapports précédents pour ce décret). Le programme « Plans de prévention et de proximité » regroupe les actions antérieurement réalisées dans les programmes « plans sociaux intégrés » (programmes de lutte contre l'exclusion sociale initiés par la Région wallonne) et « contrats de sécurité et de prévention ».

On notera donc aussi que, pour maigre qu'elle soit, la part des dépenses consacrée à la prévention comprend des actions menées sous la responsabilité du Ministère de l'Intérieur et à vocation plus sécuritaire que les politiques de promotion de la santé¹⁸. Cette irruption du sécuritaire dans les compétences de prévention est typique de l'époque actuelle et largement regrettée par les institutions de terrain et les FEDITO.

En ce qui concerne le secteur « sécurité » proprement dit, il reste le « parent riche » des dépenses liées aux drogues. Et sa part relative dans l'ensemble a encore augmenté (56,24% pour 54% lors de la précédente période de recherche). De plus, au sein de ces dépenses, les frais liés aux deux extrémités de la chaîne de procédure pénale (détection des faits d'un côté, détention de l'autre) sont les plus élevés. Pourtant, un Arrêté Royal datant du 16 mai 2003 institue la possibilité d'alternatives aux sanctions pénales, qui passe par la remise d'un avis thérapeutique sur les personnes inculpées. Le recours à cet avis thérapeutique est hélas resté lettre morte depuis, malgré cet outil légal, et les frais de détention ne s'en trouvent bien évidemment pas allégés.

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.

¹⁸ On se rappellera ainsi que les conditions d'octroi d'un « Plan Drogues » (forme de contrat de sécurité) comprennent le fait de « réduire le sentiment d'insécurité de la population ».

1.2.2. L'ÉTAT 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 voici l'évolution depuis 2004 :

	Budget en €		
	2004	2005	2006
Frais de personnel	142.003,15	144.443,17	147.806,16
Frais de fonctionnement	37.747,67	37.747,67	38.290,25
Total	179.750,82	182.839,45	186.096,41

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.

Voici les dépenses effectuées à cet effet via l'INAMI depuis l'année 2003 :

	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 €
2005	11.674.351,28 €	22.028.386,81 €	33.702.738,09 €
2006	11.592.727,38 €	22.338.251,60 €	33.930.978,98 €

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 2002¹⁹. Ce financement s'est fait via les contrats de sécurité et de prévention.

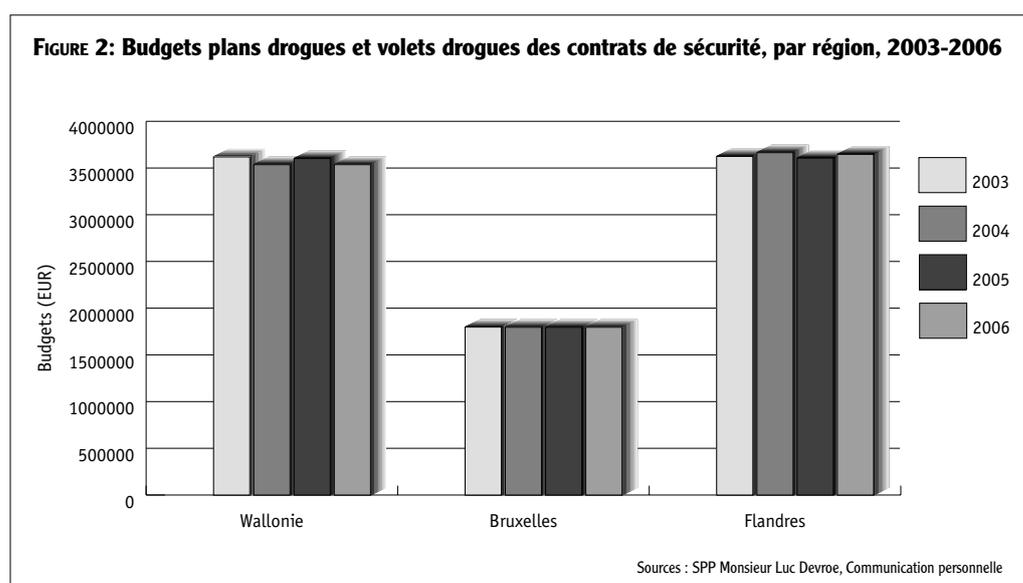
19 SLEIMAN S., *Belgian National Report on Drugs 2003*, rapport annuel, Institut Scientifique de Santé publique, Bruxelles, décembre 2003, p23.

Depuis 2003, 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 « pris le relais ». Leurs budgets sont détaillés dans le tableau suivant :

TABEAU 3 : Budget annuel « nuisances liées aux drogues », SPP 2002, budgets annuels «plans drogues» et «volets drogues des contrats de sécurité», SPP, 2003-2006				
	Wallonie	Bruxelles	Flandres	Total
2002 (contrats de sécurité)				6.127.169
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
2005	3.601.434	1.795.459	3.606.582	9.003.475
2006	3.535.990	1.795.459	3.646.137	8.977.586

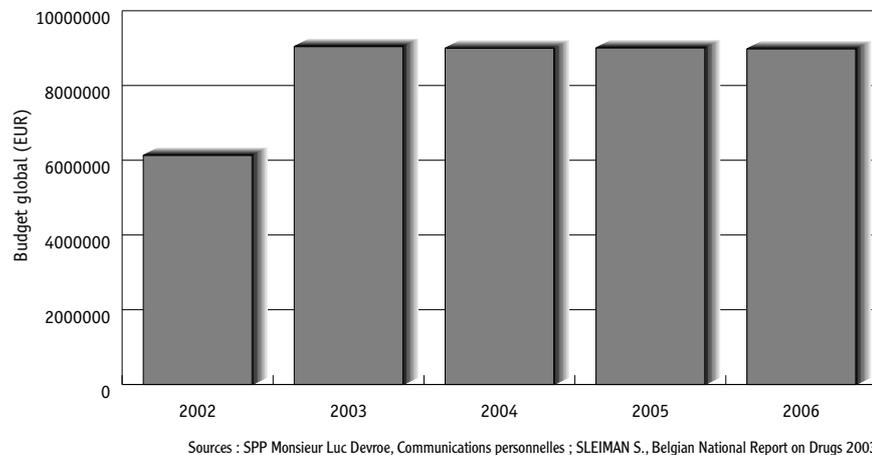
Sources : SPP Monsieur Luc Devroe, Communication personnelle

Voici un aperçu graphique de cette répartition et de l'évolution globale depuis 2003 :



On le voit, les budgets alloués à chacune de ces entités fédérées sont très stables, mêmes si le budget global dédié à prévenir les nuisances liées aux drogues connut un « saut quantique » de 2002 à 2003 (voir tableau 3 et figure 3).

Figure 3 : Budget global dédié à la prévention des nuisances liées aux drogues, 2002-2006



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

En 2006, les « volets drogues » des contrats de sécurité ont été remplis par (et subsidiés pour) 25 communes wallonnes (pour 10 en 2004), 13 communes bruxelloises (11 en 2004) et 35 communes flamandes (28 en 2004), soit un total de 73 communes en 2006. On le voit, le nombre de communes subsidiées va croissant (+150% en Wallonie !), pour une enveloppe quasi stable, et donc à répartir entre des projets bien plus nombreux.

Les « plans drogues » ont eux atteints le nombre de 20 en Wallonie, 1 à Bruxelles et 8 en Flandres, soit un statu quo pour chacune de ces entités. Le total est lui aussi stable par rapport à 2004 (29), l'essentiel étant toujours réparti sur la Communauté française.

Pour rappel, une partie du budget des contrats est allouée à certaines « 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 – voir ci-dessus le tableau 2).

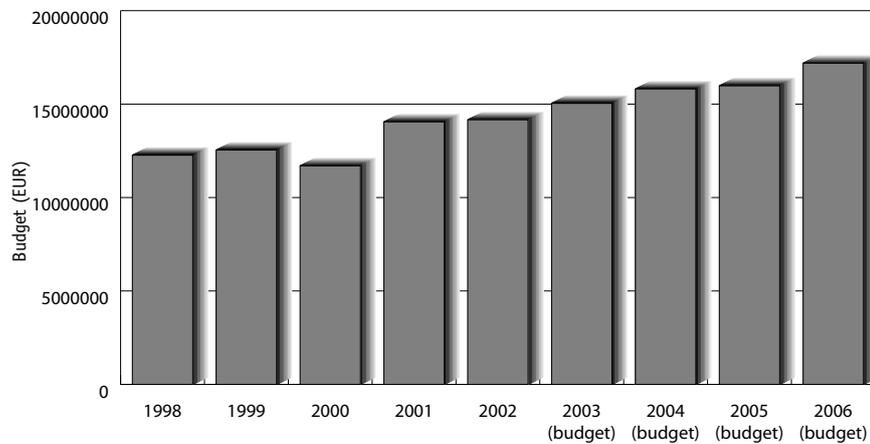
1.2.3. LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Voici une évolution du « budget santé global » (dit « programme 2 – médecine préventive) depuis 1998 en Communauté française. C'est dans le contexte de ce budget global que doivent être replacées les différentes lignes budgétaires touchant de près ou de loin aux assuétudes.

Nous en sommes à 17.188.000 € en 2006, pour 15.978.000 € en 2005.

Attention, la comparaison pré et post-2002 n'est donnée qu'à titre indicatif ! En effet, les montants de 1998 à 2002 sont issus du bilan du plan quinquennal de promotion de la santé 1998-2003. Ils ont été calculés en prenant en compte les montants engagés et réellement perçus. Cet exercice n'a pas été réalisé pour les années suivantes, les montants sont donc ceux qui étaient inscrits au budget.

FIGURE 4 : Budget global « santé » (dit « programme 2 – médecine préventive -) de la Communauté française, 1998-2006



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 à partir de 2003

Voici à présent une contextualisation des postes budgétaires touchant aux assuétudes par rapport au budget santé global (dit : « programme 2 de médecine préventive »). Outre les assuétudes proprement dites et la lutte contre le dopage, on replaçait autrefois dans l'ensemble les budgets alloués à la prévention du SIDA. Cependant, 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 d'ailleurs lui-même pas exhaustif, puisqu'il n'a pas emporté *tous* les articles « SIDA ». Cette redistribution ne rend pas les choses strictement comparables après 2002.

TABLEAU 4 : En Communauté française, postes budgétaires liés aux assuétudes et pourcentage du budget santé global qu'ils représentent

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

	Contrôle médico-sportif	%	Assuétudes	%	Budget santé global
1999	74.368	0,6	815.086	6,5	12.539.785
2000	74.368	0,6	771.838	6,6	11.694.525
2001	86.763	0,6	814.707	5,8	14.046.674
2002	304.000	2,1	1 260.151	8,9	14.159.000
Source : Communauté française DG santé, Tatiana Pereira et cellule dopage, Luc Mathieu – communications personnelles					
2003	421.000	2,8	1.351.214	9,0	15.039.000
2004	421.000	2,7	1.353.601	8,6	15.808.000
2005	521.000	3,3	1.411.347	8,9	15.978.000
2006	521.000	3,0	1.659.563	9,7	17.188.000

Le budget du « contrôle médico-sportif » (lutte contre le dopage) reconduit en 2006 est de 521.000 €, qui

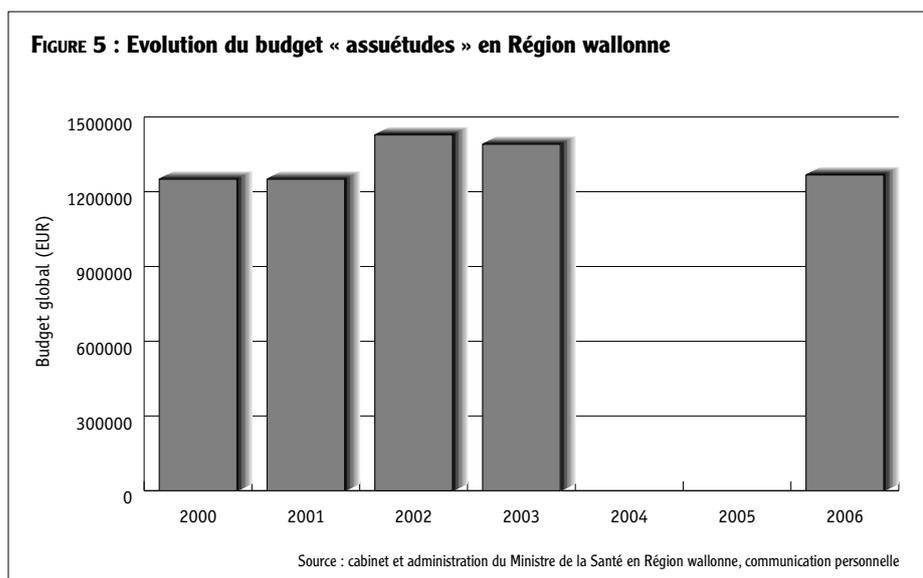
comprennent 15.000 € pour l'achat d'un véhicule. Ils comprennent également la contribution annuelle à l'AMA (Association Mondiale Antidopage).

Citons encore une fois, un peu en marge, le budget du « programme vaccination » (2.730.000 € dépensés en 2006, pour 2.876.000 en 2005 et 3.000.000 en 2004). En effet, ce programme qui concerne non pas les usagers de drogues en particulier mais la population générale, assurera cependant que d'éventuels futurs consommateurs de drogues par voie intraveineuse seront immunisés de manière plus satisfaisante contre l'hépatite B. Le programme gratuit de vaccination (contre une dizaine de maladies) des nouveau-nés et des jeunes adolescents (12-13 ans) en Communauté française comprend en effet l'hépatite B. Il prévoit tous les rappels nécessaires jusqu'à l'âge de 18 ans environ. Dès 2019, une bonne partie de la population de jeunes adultes doit être couverte par cette immunisation : le taux de couverture de cette campagne est estimé à 75%.

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

1.2.4. LA RÉGION WALLONNE

Le budget dédié aux assuétudes en Région wallonne fut de 1.267.017 € en 2006. Pour des raisons techniques, l'administration du ministre en charge de la Santé en Région wallonne n'a pu compiler les données budgétaires des années 2004 (changement de législature) et 2005, ce qui nous laisse un « trou » dans l'évolution de ces montants. Notons quand même le mouvement descendant du budget 2006 par rapport au dernier budget disponible (1.390.242 € en 2003, soit plus de 120.000 € de moins), fait assez rare pour être signalé.



1.2.5. LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE (COCOF)

Les budgets consacrés aux assuétudes par la COCOF vont aux associations agréées par elle pour 5 ans pour remplir une ou plusieurs des 6 missions décrites au point 1.1.1.4. En marge des agréments, des initiatives sont également subsidiées (exemple : DUNE - comptoir d'échanges de seringues fixe et mobile).

Malheureusement, les budgets ne sont plus transmis systématiquement comme ce fut le cas jusqu'en 2004. Le montant de ce budget s'élevait alors à 3.429.000 €.

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 sont également parus au Moniteur belge.

1.3.1. 1.3.1. CIRCULAIRE N° 1552 : RECOMMANDATIONS DU GOUVERNEMENT DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE RELATIVES À LA PRÉVENTION DES ASSUÉTUDES EN MILIEU SCOLAIRE ; 19/07/2006

Devant le délai souffert par le « Plan concerté de prévention, d'aide et de soins en matière d'assuétudes » annoncé et plusieurs fois reporté par le gouvernement conjoint de la Communauté française et de la Région Wallonne, auquel s'était jointe la Région bruxelloise, les ministres communautaires Marie Arena (Présidence, Enseignement) et Catherine Fonck (Santé) ont décidé d'aller de l'avant. Elles ont donc fait adopter le 21 avril 2006, par le Gouvernement de la Communauté française, un « programme d'actions relatives à la lutte contre les assuétudes en milieu scolaire ». Celui-ci est porté conjointement par les deux ministres. Cette circulaire sanctionne un des volets de ce programme d'actions.

1. Les raisons d'agir

Celles-ci sont ventilées en trois volets : tabac, drogues illicites, alcool.

- Tabac : se basant sur l'enquête réalisée par PROMES en 2003²⁰, la circulaire dresse un constat inquiétant en termes d'expérimentation, de consommation régulière et de dépendance.
- Drogues illicites : sur base cette fois de l'enquête ESPAD 2003²¹, constat est fait de l'usage répandu du cannabis par les jeunes en Communauté française (32% d'expérimentation), mais aussi du fait que « l'usage des drogues synthétiques dont l'XTC concerne environ 100.000 jeunes de la Communauté française entre 15 et 30 ans »
- L'alcool enfin, est pointé comme causant 40 à 60% des causes immédiates de tous les accidents chez les 18-25 ans, mais aussi comme responsable d'ennuis particuliers de santé (vasculaires, hépatiques, métaboliques) ou encore de nature sociale (violences familiales), et enfin comme occasionnant de plus en plus de consommation abusive (ivresse) chez les jeunes, comme le signale l'enquête de PROMES¹¹
- Ces raisons ont donc amené le Gouvernement de la Communauté française à mettre en place une politique de prévention (déjà opérationnelle) comportant trois axes : la réglementation, l'information/sensibilisation et la formation.

20 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.

21 LAMBRECHT, P., ANDRIES, C., ENGELS, T., SENTERRE, C., PIETTE, D., DE SMEDT, P. (2004). ESPAD 03: Outline for Belgian Report 2. Results Belgium 2003. Vrije Universiteit Brussel : Brussel

Cette circulaire s'inscrit dans le premier axe : la réglementation.
Elle aborde 4 points :

A. L'approche de la prévention des assuétudes en milieu scolaire

Enseignants, directions, éducateurs, médiateurs, PSE, PMS, acteurs de promotion de la santé, soit « l'ensemble de la communauté éducative », sont désignés comme les adultes-relais acteurs de cette intervention en milieu scolaire.

Leurs interventions, conformément au plan quinquennal de promotion de la santé, doivent respecter : la primauté de la prévention sur la répression (pas d'intervention des forces de l'ordre sauf en cas de délit) ; la santé comme priorité ; la prise en compte de l'ensemble des assuétudes (produits licites et illicites).

B. Les objectifs de la prévention en matière d'assuétudes

B.1. Informer et responsabiliser

Il s'agira, à partir de la fin du primaire et dans le secondaire, de fournir une information sur les produits et les risques qu'ils font courir, mais aussi de développer avec les élèves leurs compétences sociales et psychologiques afin d'augmenter leur confiance en eux et leur estime d'eux-mêmes. Ainsi, les jeunes devraient pouvoir se responsabiliser et se positionner en connaissance de cause face à la consommation de drogues licites ou illicites,

« Le but final étant d'installer et de renforcer des facteurs de protection qui les aideront à résister au mieux à l'influence de l'entourage et des médias » (p4).

B.2. Orienter vers des structures adéquates.

Outre le fait de renforcer les missions d'éducation et d'enseignement pour agir de manière préventive, l'école se doit aussi de réagir aux situations de consommation, surtout si elles mettent l'adolescent en « difficulté momentanée » ou en « difficulté chronique », qui sont clairement distinguées de la « recherche d'expériences » (p4). Ces difficultés doivent amener l'établissement à orienter le jeune en difficulté vers des structures d'aides et de soins. Ceci doit se faire en concertation avec les acteurs privilégiés du milieu scolaire que sont les PMS et les PSE.

C. Les méthodes et les critères de qualité de l'action préventive

« Ces dispositions préventives requièrent une approche globale, positive et continue des assuétudes et non une approche négative, répressive et ponctuelle. Partir des expériences, des connaissances, des croyances, des préoccupations des élèves est une étape incontournable pour répondre à leurs besoins et leurs demandes. » (p4).

Les critères qui devraient répondre à ces exigences sont ensuite détaillés :

- «• une approche globale, c'est-à-dire une démarche qui prend en compte les produits mais également le développement personnel du jeune et son contexte de vie ;
- une approche positive qui utilise des méthodes qui proscrivent le recours à l'émotionnel et
- au sensationnel, à la peur et à la menace. Car pour certains adolescents, ces méthodes peuvent être génératrices d'effets pervers et contre-productifs comme par exemple la banalisation des risques, la fascination des produits ou encore la distanciation tant l'information est lourde à supporter ou éloignée de

l'expérience de vie des élèves. Pour éviter cet écueil, il convient, tout en donnant une information objective sur les dangers d'une telle consommation, de mettre en avant les bienfaits d'une vie sans dépendance;

- des méthodes actives qui partent des élèves, de leurs préoccupations, savoirs, croyances, expériences, et visent leur participation à la prévention ;
- une information des parents et des familles concernant la prévention menée au sein de l'établissement en vue de la cohérence des discours tenus par les adultes ;
- une action dans la durée via deux moments fixes dans l'année, consacrés à la prévention. » (p5)

D. Les structures et les services-ressources en Communauté française

D.1. Les relais naturels de l'école : les centres PMS et les services PSE

Les centres PMS (Psycho-Médico-Sociaux) et les services PSE (Promotion de la Santé à l'École) sont les acteurs clés de l'école en cas de problèmes personnels, sociaux, relationnels ou familiaux rencontrés par les élèves. Ils constituent donc les premières ressources à mobiliser en cas de difficultés des élèves en termes de consommation de drogue(s).

D.2. Les relais associatifs

Les six « **Points d'appui aux écoles en matière de prévention des assuétudes** »

La circulaire pointe d'abord les associations « actives dans le domaine de la prévention » en Communauté française (faisant sans doute référence aux institutions subsidiées par la Communauté française dans le cadre de la compétence « prévention des assuétudes »). On en dénombre une vingtaine.

Elle renvoie également aux fédérations de services (les deux FEDITO, soit la Fédération Bruxelloise Francophone des Institutions pour Toxicomanes – url : <http://www.feditobxl.be> – et la Fédération Wallonne des Institutions pour Toxicomanes – url : <http://www.feditowallonne.be>)

Enfin, des « acteurs spécialisés » sont signalés comme menant « de nombreuses actions préventives ». Ce sont les centres de santé mentale, les plannings familiaux, les maisons médicales (liste non exhaustive).

C'est entre ces « acteurs spécialisés » et les établissements scolaires que le gouvernement entend renforcer la collaboration. Il a planifié pour cela la création d'« antennes spécialisées dans la prévention des assuétudes en milieu scolaire », dits « points d'appui ».

Ces structures seront installées au sein des Centres locaux de Promotion de la Santé (CLPS, au nombre de 9 en Communauté française). Ceux-ci, pour rappel, « mettent à la disposition des écoles de la documentation en lien avec tous les aspects de la santé, offrent une aide méthodologique dans la construction des projets santé et participent au recueil des données de santé à l'échelon local. Par leur connaissance du monde associatif local, ils sont de précieux relais d'information pour la coordination de la prévention dans et en dehors de l'école. »

Voici quelles seront les quatre missions principales des points d'appui :

Information

- relevé des associations spécialisées dans l'action scolaire sur la zone concernée ;
- relevé et élaboration d'outils pédagogiques et de programmes d'animations adaptés au milieu scolaire en collaboration avec le secteur concerné.

Organisation de formations communes

- mise sur pied de formations communes aux différents acteurs scolaires (enseignants, PMS, PSE, etc.) en matière d'assuétudes en collaboration avec les associations spécialisées dans ce type de formations.

Création ou renforcement de réseaux

- mise sur pied et animation d'un réseau constitué des différents acteurs concernés par la prévention en milieu scolaire (écoles, associations, centres de santé mentale, PMS, PSE, psychologues, etc.) ;
- réalisation par ce réseau d'un rapport annuel sur la prévention des assuétudes à l'école.

Orientation vers des structures spécialisées

- Information des acteurs scolaires pour une orientation des jeunes en difficulté vers les structures adaptées qui pourront les prendre en charge.

D.3. Les centres de documentation

Enfin, la circulaire se conclut en référant deux centres de documentation (à caractère généraliste) :

- PIPSA, centre de référence des jeux et outils pédagogiques utiles en Promotion de la santé qui favorise l'échange des pratiques. <http://www.pipsa.org>
- RESPEL est un service interactif offrant des ressources pédagogiques en ligne : exercices, documents éducatifs, etc. <http://www.respel.be>

1.3.2. CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE N°1785 RELATIVE À LA PROBLÉMATIQUE DE LA DROGUE (EN PRISON). 18 JUILLET 2006.

Circulaire relative à la problématique de la drogue en prison. Auteur : Laurette Onkelinx, ministre de la Justice.

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

Cette circulaire se base sur le « principe d'équivalence », qui veut que la peine d'emprisonnement se limite à la privation de la liberté de mouvement. Les autres droits ne sont pas supprimés, raison pour laquelle les détenus ont droit à une offre de traitement ou d'accompagnement équivalente à celle qu'ils auraient eue à l'extérieur. C'est ce qu'on appelle la « continuité des soins », qui doit être organisée en collaboration et en partenariat avec les détenus.

Ce principe a été institué par la « Loi Dupont », en fait la *Loi de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus (12 JANVIER 2005)*.

En voici les articles qui nous intéressent au premier chef :

Art. 88. Le détenu a droit à des soins de santé qui sont équivalents aux soins dispensés dans la société libre et qui sont adaptés à ses besoins spécifiques.

Art. 89. Le détenu a droit à ce que les soins de santé dispensés avant son incarcération continuent à l'être de manière équivalente pendant son parcours de détention. (...)

Art. 90. Le détenu a droit aux services de prestataires de soins disposant des qualifications nécessaires pour répondre à ses besoins spécifiques.

La circulaire établit que, le milieu carcéral étant « toxicomanogène », des mesures générales doivent être prises contre la circulation de drogues en prison et entre autres un emploi du temps adéquat devrait être prévu afin de réduire l'angoisse et l'ennui.

Cela dit, ni la possession ni le trafic ne seront tolérés, comme le rappelle la circulaire, et les efforts pour combattre l'offre se focaliseront contre l'introduction des drogues, leur trafic, la formation de bandes et le racket.

2. STRUCTURES CHARGÉES DE LA PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES DE DROGUE: Le Groupe de Pilotage Central Drogues (GPCD) ; les Groupes de Pilotage Locaux (GPLD); les Coordinateurs Drogues.

Le **GPCD** est l'autorité centrale dont l'approbation est nécessaire à tout projet mené localement en prison. Il a aussi bien sûr un rôle de pilote (inventaire des projets, plan d'action annuel, plan de contrôle des entrées, plan d'intervention en matière d'aide aux personnes dépendantes...). Le GPCD comprend des membres du SPF Justice (exemple : le Directeur Général de l'Exécution des Peines et Mesures et le Médecin Directeur du Service de Santé pénitentiaire) mais aussi – comme invités permanents – des représentants des entités fédérales et fédérées des champs de la santé, de l'action sociale, de l'aide à la jeunesse, etc. et deux représentants de la police.

Des intervenants extérieurs peuvent être invités occasionnellement aux réunions du groupe.

Les **GPLD** sont composés localement du Directeur principal de la prison et de son Médecin chef. Ils sont responsables, entre autres, de la collaboration avec le secteur externe d'aide aux personnes dépendantes.

Les **coordinateurs drogues** sont au nombre de deux (un par rôle linguistique) et exercent à l'administration centrale, sous l'autorité du Directeur Général de la DGEPM via le Médecin directeur du Service de Santé pénitentiaire.

Leurs tâches comprennent entre autres la mise en œuvre et le suivi des recherches scientifiques et l'inventaire et le suivi des besoins en formations du secteur pénitentiaire, mais aussi l'exécution des missions du GPCD.

3. Prise en charge et accompagnement des toxicomanes : la réduction de la demande de drogue (prévention, traitement)

3.1. Prévention de problèmes liés à la drogue

La prévention telle que l'entend la circulaire est divisée en « Information et premier accueil », « prévention d'affections virales » et « prévention de la mort par overdose ». Ces deux dernières rubriques sont plutôt proches de la réduction des risques liés à l'usage de drogues.

La partie Information et premier accueil est celle où doit être assurée la continuité des soins. Une recherche sur les traitements antérieurs suivis par le détenu doit impérativement être menée par les services médicaux. Le thérapeute ou l'organisation responsable du traitement antérieur doit être contacté afin d'assurer cette continuité des soins.

Par ailleurs, un « large éventail » d'outils de prévention (brochures, vidéos, etc) doit être fourni par les services médicaux de la prison sur simple demande.

Par prévention d'affections virales, il est entendu que les services médicaux doivent mettre à disposition des détenus des préservatifs et des tablettes désinfectantes, mais aussi que les détenus présentant un profil de risque accru doivent être encouragés au dépistage et au vaccin contre les hépatites A et B, ainsi qu'à se faire soigner pour ces affections si nécessaire.

La prévention de la mort par overdose se fera par l'acquisition des connaissances adéquates par les services médicaux, sous la responsabilité du Médecin chef de chaque prison, ainsi que de l'utilisation du matériel nécessaire (comme les médicaments antagonistes).

3.2. Traitement et « orientation »

Cette partie de l'intervention comprend le sevrage, le soutien/guidance, la guidance en fin de détention et l'organisation d'aides externes.

Le sevrage doit être accompagné médicalement, mais aussi par un suivi psychosocial.

A tout moment de la détention, les médecins doivent pouvoir entamer ou poursuivre des traitements de substitution. Le médecin chef de chaque prison est responsable de la satisfaction de ces demandes.

Le soutien/guidance est de la responsabilité du GPLD qui doit veiller à la bonne information des détenus quant aux possibilités d'actions préventives ou curatives. L'information doit également être accessible à des tiers sur simple demande.

La guidance en fin de détention est une forme inversée de continuité des soins : le GPLD veillera en effet à informer le détenu sortant des services auxquels il peut s'adresser à l'extérieur.

Enfin, la direction de chaque établissement est tenue d'assurer l'organisation d'aides externes au cas où l'intervention d'experts externes est sollicitée. Tout refus d'une telle intervention doit être motivé par écrit auprès du coordinateur drogues et de l'expert sollicité.

4. Mesures à prendre en cas de possession et de trafic de drogues

Les mesures à prendre par le personnel pour lutter contre la possession et le trafic de drogues (ce qui, en prison, reste l'objectif n°1) sont ensuite détaillées. Elles passent par le contrôle, mais avant même tout contrôle proactif, tout constat (et même à vrai dire toute présomption) de consommation ou d'implication dans un trafic doit faire l'objet d'un rapport écrit immédiat à la direction, par l'agent qui en a été le témoin. Dans la mesure du possible, le directeur adaptera les sanctions selon que les produits incriminés sont destinés à l'usage personnel ou au trafic.

Tout ceci doit se faire « sans préjudice de l'application de l'article 458 du code pénal ». Cette formule consacrée accompagne tous les articles enjoignant ou obligeant à la dénonciation, pour souligner que la dénonciation ne doit pas porter « préjudice » à l'article 458. Cet article est celui qui institue le secret professionnel. Il stipule que toute information explicite ou implicite recueillie par des confidentiels nécessaires²² d'une personne (que ces confidentiels soient professionnels ou pas), ne peut faire l'objet d'une révélation, sous peine de poursuites pénales.

Ce paragraphe pourrait donc se lire : « Il faut dénoncer, mais il est interdit de trahir ». Le personnel pénitentiaire est donc placé dans une situation paradoxale.

Un point de contact doit être créé, auquel puisse s'adresser en confiance toute personne soumise à la pression liée à un trafic de drogues.

Le GPLD fera des propositions préventives visant à combattre le trafic.

22 Par "nécessaire" on entend que le détenteur du secret n'avait d'autre choix que de le partager avec ce confident.

1.3.3. ARRÊTÉ ROYAL PORTANT INTERDICTION DE FUMER DANS LES LIEUX PUBLICS (MODIF. A.R. 6 JUILLET 2006), 13 DÉCEMBRE 2005

Arrêté royal portant interdiction de fumer dans les lieux publics.

Ce texte interdit pour la première fois de fumer dans tous les lieux fermés accessibles au public, et dans *les débits de boissons et autres établissements Horeca situés dans un lieu fermé accessible au public, s'ils ne sont pas isolés de ce lieu par des parois, un plafond et une porte* (Art.2).

Exception : la possibilité d'installer une zone « fumeur » clairement délimitée peut être accordée aux établissements dont l'activité n'est pas consacrée à plus d'1/3 à l'offre de repas (pour 2/3 aux boissons) ; ou encore aux établissements qui servent uniquement des « repas légers » (définis dans un autre Arrêté Royal – 13 juin 1984).

Cette zone doit être installée de manière à gêner le moins possible les non-fumeurs et doit être inférieure à la moitié de la superficie totale du local où on sert le public, sauf si cette superficie totale est inférieure à 50m².

Le ministre en charge de la santé peut de plus imposer des conditions complémentaires relatives à l'installation d'un système d'aération suffisant (voir à ce sujet : 4 juillet 2006. - Arrêté ministériel fixant les conditions d'installation d'un système d'extraction des fumées de tabac ou d'aération dans les lieux accessibles au public).

La possibilité d'installer une « zone fumeur » n'est pas accordée à :

- *l'exploitant d'un débit de boissons qui est situé dans un lieu fermé accessible au public, si l'établissement n'est pas isolé du lieu par des parois et un plafond;*
- *l'exploitant d'un débit de boissons situé dans une enceinte sportive. (Art.3, §6)*

Enfin, nuance notable : dans les établissements Horeca soumis à l'interdiction de fumer, un fumoir (à ne pas confondre avec la « zone fumeur ») peut être installé. Il s'agit d'un local à part, clairement identifié comme réservé aux fumeurs, et seules des boissons peuvent y être servies. Il sera impérativement muni d'un système d'extraction ou d'épuration d'air. Ce fumoir ne pourra être une zone de transit par laquelle les non-fumeurs sont obligés de passer, et sa superficie ne pourra dépasser le quart de la surface totale du local dans lequel on sert le public.

1.3.4. DÉCRET RELATIF À LA PRÉVENTION DU TABAGISME ET L'INTERDICTION DE FUMER À L'ÉCOLE, 5 MAI 2006.

Ce décret instaure une interdiction stricte de fumer, pour le corps enseignant comme pour les élèves, dans *tous les établissements d'enseignement maternel, primaire, fondamental, spécialisé, artistique et secondaire de plein exercice et de promotion sociale organisés ou subventionnés par la Communauté française.* (Art.1^{er})

L'interdiction est très large dans les lieux visés au sein et autour des établissements :

Dans les établissements scolaires visés à l'article 1er, il est interdit de fumer dans les locaux fréquentés par les élèves, que ceux-ci y soient présents ou non. Cette interdiction s'étend à tous les lieux ouverts situés dans l'enceinte de l'établissement ou en dehors de celle-ci et qui en dépendent. Elle pourrait encore s'étendre selon les modalités fixées par le règlement d'ordre intérieur. (Art.2)

Le texte prévoit également en son article 4 que le Gouvernement de la Communauté française doit veiller à organiser annuellement dans tous ces établissements une *information sur les dangers de l'usage du tabac.*

L'information en elle-même est toutefois laissée à l'initiative des centres PMS et des services PSE. Ces derniers peuvent faire appel, pour ce faire, à des experts externes.

Enfin, le Gouvernement de la Communauté française et tout autre pouvoir organisateur pour l'enseignement subventionné doivent inciter les directions des établissements à *s'inscrire activement dans toute campagne préventive nationale ou internationale dans le cadre de la lutte contre le tabagisme.* (Art.6). En outre, parmi les techniques de prévention promues, ces pouvoirs organisateurs doivent favoriser la participation des jeunes eux-mêmes, en ce compris dans la sensibilisation de leurs pairs.

1.4. DÉBAT/ÉVOLUTION DE LA SITUATION

1.4.1. CIRCULAIRE N° 1552 : LA PRÉVENTION DES ASSUÉTUDES EN MILIEU SCOLAIRE : RÊVE OU RÉALITÉ ?

Pour rappel, cette circulaire est une initiative commune aux ministres Arena (présidence, enseignement) et Fonck (santé). Elle n'est que le début d'un programme d'actions relatives à la lutte contre les assuétudes en milieu scolaire adopté le 21 avril 2006 par le Gouvernement de la Communauté française. Celui-ci est porté conjointement par les deux ministres.

Tout d'abord, il y aura lieu de tenir les ministres à cette réjouissante promesse de collaboration, si la mise en œuvre de celle-ci agréée à un moment toutes les parties. En effet, cette réappropriation de la responsabilité de la prévention des assuétudes par l'école dans l'école (plutôt que « par le ministère de l'Intérieur » dans l'école) correspond à un vœu politique déjà ancien formulé dès la note politique fédérale de 2001 sur l'usage de drogues (« L'école sera le site par excellence de la mise en œuvre de la prévention. »)²³. Le plan quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 reprend d'ailleurs la même priorité.

Dans les raisons d'agir qui motivent les ministres, les méfaits du mésusage d'alcool par les jeunes sont pointés (40 à 60% des causes immédiates de tous les accidents chez les 18-25 ans, entre autres), ce qui est tout aussi louable du point de vue santé publique. Nous soulignons en effet dans le « dossier alcool » de notre précédent rapport les dangers de la conquête agressive du marché des adolescents par les nouveaux produits que sont les limonades alcoolisées (« alcopops »). Là aussi, il sera important pour le champ socio-sanitaire de prendre les ministres au mot.

Par ailleurs et concernant les 4 points abordés par la circulaire, voici quelques développements supplémentaires :

A. L'approche de la prévention des assuétudes en milieu scolaire

Prenons acte de l'intervention proposée d'adultes-relais clairement définis auprès des jeunes (enseignants, directions, éducateurs, médiateurs, PSE et PMS), en plus des acteurs de promotion de la santé proprement dits. En effet, ces adultes-relais sont les fameux « acteurs non-dédiés » (généralistes) mentionnés comme relais nécessaires des acteurs « dédiés » (spécialisés) dans une des 76 recommandations émaillant la « note du collège d'experts préalable à un plan concerté d'intervention en matière d'assuétudes en Communauté française ». Ces acteurs non-dédiés ne comprennent pas la police (ni dans un texte ni dans l'autre). D'ailleurs, on trouve un peu plus bas dans la circulaire des deux ministres la « primauté de la prévention sur la répression » et « la santé comme priorité », deux autres des 76 recommandations du Collège d'experts.

23 NPF p11

On relève ces points avec d'autant plus d'attention et d'espoir qu'on est par ailleurs très inquiet : la « Circulaire PLP 41 » et ses « points de contact police-école » nous plongent en effet dans la perplexité, voire dans la crainte. En effet, celle-ci émane cette fois non pas d'un ministre en charge de l'enseignement ou de la santé (et c'est heureux : quelle schizophrénie, sans cela !) mais directement du ministère de l'intérieur. Voilà donc que l'Intérieur, n'endossant même plus le costume du SPP, se charge d'organiser la « prévention » à l'école. Comment mieux discréditer les dispositifs existants ou à venir qu'en confiant la prévention à des acteurs de la répression des crimes et du trafic ? Nous le répétons, les deux missions sont utiles à la société, mais elles sont distinctes ! Les acteurs dédiés ont du mal à faire passer leurs messages de prévention faute de moyens et à cause du « sécuritarisme » ambiant. Les acteurs non-dédiés cités ci-dessus (enseignants, directions, éducateurs, médiateurs, PSE et PMS) seraient pressentis par la circulaire de mesdames Arena et Fonck pour faire passer ces messages, ou pour y aider en tout cas. Quel est le bénéfice d'y ajouter des « *points de contact permanents* » police-école, « *comme première mise en œuvre d'un partenariat engagé* » ? On en frémit. Et on espère que la circulaire Arena-Fonck, avec ses acteurs dédiés et non-dédiés appartenant tous au champ socio-sanitaire ou scolaire, remporteront l'« appel d'offres » sans équivoque²⁴.

B. Les objectifs de la prévention en matière d'assuétudes

On trouve dans ce paragraphe l'idée déjà ancienne de favoriser le développement et la confiance en soi du jeune afin qu'il puisse se responsabiliser et se positionner en connaissance de cause face à la consommation de drogues licites ou illicites. Exit les messages qui prônent l'abstinence pure et simple et ont fait preuve d'inefficacité. Place à la responsabilisation, qui pointe sans le dire dans la direction de la « consommation responsable »²⁵. Cela change des messages univoques (notamment du programme MEGA) de « danger », d'« évitement », de « résistance »...

C. Les méthodes et les critères de qualité de l'action préventive

Dans ce paragraphe se côtoient des « méthodes qui proscrivent le recours à l'émotionnel et au sensationnel, à la peur et à la menace » (méthodes de promotion de la santé, donc) et la mise en avant des « bienfaits d'une vie sans dépendance » (qui pointe plutôt vers le danger et l'abstinence). L'ensemble de la circulaire semble pourtant davantage inspirée par la première proposition que par la « bonne vieille » prévention primaire et ses messages d'abstinence pure et simple.

On notera avec intérêt le souci d'information des parents et des familles afin d'assurer continuité et cohérence du discours des adultes. Ce souci était également exprimé dans la « note du collège d'experts préalable à un plan concerté d'intervention en matière d'assuétudes en Communauté française ». Il est important que les ministres se le réapproprient, car jusqu'ici les fédérations de parents telle la FAPEO, par exemple, ne sont pas informées systématiquement par le pouvoir organisateur des approches privilégiées et des actions menées. Si elles sont informées, ce n'est qu'au compte-gouttes par les institutions de prévention elles-mêmes.

De plus, les (jeunes) structures PSE (Promotion de la Santé à l'École), dont le conseil (CPSE) a comme membre invité la FAPEO, semblent ne s'occuper « que » d'alcool et de tabac, d'après la FAPEO. Si telle est la situation, c'est regrettable, car les assuétudes (sans restriction aux drogues légales) sont du ressort des structures PSE, comme en témoigne le décret du 20 décembre 2001 :

Les programmes visés aux alinéas précédents peuvent concerner les problèmes de santé mentale et d'assuétude, la prévention des accidents domestiques et de la route, la vie affective et sexuelle, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, la prévention des violences et de la maltraitance, la pédiculose, l'alimentation, la santé dans le sport, ou toutes autres problématiques de santé spécifiques à certaines populations scolaires. Le

24 Voir à ce sujet : http://www.feditobxl.be/actualites.php?id_actu=55

25 Voir, sur ces méthodes : Direction Générale de la Santé, Drogues assuétudes : quelle prévention ? , Ministère de la Communauté française, 2002.

Gouvernement peut fixer d'autres programmes en fonction de l'évolution du plan quinquennal de promotion de la santé.²⁶

Enfin, c'est avec intérêt que l'on attend des précisions sur les « deux moments fixes » à consacrer annuellement à la prévention, comme le détaille la circulaire : pourquoi seulement deux ; de quelle longueur ; à quel intervalle, etc. ?

Les structures et les services-ressources en Communauté française

D. Les relais associatifs

La création de « points d'appui » est mise au programme. Elle se ferait dans les CLPS, lesquels sont au nombre de 9.

Les autres relais associatifs proposés sont, outre les « associations actives dans le domaine de la prévention », les deux FEDITO, mais encore des « acteurs spécialisés » menant de « nombreuses actions préventives », soit les centres de santé mentale, plannings familiaux, maisons médicales etc. C'est entre ces « acteurs spécialisés » et les établissements scolaires que le gouvernement entend renforcer la collaboration via les points d'appui.

Si collaboration rime avec formation, on ne peut que s'en réjouir. En effet, on peut déplorer depuis des années de grosses lacunes dans la formation des acteurs du champ scolaire (enseignants, PMS, PSE, etc.). L'offre de prévention est également très mal connue dans le monde scolaire, ce qui explique partiellement l'appel à des structures qui proposent une approche plus « coup de poing » (police, organismes de type sectaire ou leurs rejets – « Narco-non » ; « Non à la drogue »...).

De plus, les points d'appui accueillis dans les CLPS devront servir de relais entre les écoles, les PMS et PSE et la « vingtaine d'associations actives en matière de prévention en Communauté française ». Ils auront aussi la tâche concrète de réaliser un « Guide pratique de l'intervention associative en matière de prévention des assuétudes en milieu scolaire ».

Menées à bien, ces missions seront bénéfiques, comme l'a souligné la Fedito bruxelloise, mais encore faut-il souhaiter que les moyens alloués soient suffisants. En effet, seul un ACS/APE est prévu par CLPS, et aucun frais de fonctionnement. Cela ne représente pas un cadre suffisamment confortable que pour sentir l'opération « sur du velours ». D'autant que les associations spécialisées se sont inquiétées d'emblée de ce nouveau niveau intermédiaire de décision et d'organisation pour des interventions qu'elles effectuent déjà par ailleurs.

Autre remarque importante : les « points d'appui » se proposent de servir de coordination pour centraliser l'ensemble des réponses aux questions qu'une école pourrait se poser. Ils deviendraient ainsi un interlocuteur unique pour l'ensemble de leur « bassin scolaire », soit une centaine d'établissements. Or, de telles coordinations existent déjà (Coordination Drogues à Charleroi ; RAPID à Liège ; deux fédérations des acteurs de terrain ; une Concertation Toxicomanies de Bruxelles, la Commission Provinciale Assuétudes dans la Province de Liège, sans compter les réseaux en cours de constitution en Région Wallonne dans le cadre du décret sur les réseaux de soins...).

Il faudra donc suivre la problématique de très près pour s'assurer que la nouvelle coordination proposée en ces « points d'appui » aura les moyens et la latitude que n'auraient pas eu ces autres coordinations²⁷ pour mener à bien ces missions. D'autant qu'il n'est pas prévu que le point d'appui mette de formateurs sur le terrain. Vu

²⁶ Décret relatif à la promotion de la santé à l'école, article 5, §1er

²⁷ Sans oublier de mettre à leur nombre la Conférence Interministérielle sur la problématique de la drogue, la Cellule Politique Santé Drogues et la « Cellule Générale » qui attend toujours sa création depuis 2001 et qui, eût-elle été créée comme promis chaque année, aurait en termes d'expertise, de coordination et de représentativité politique, un tout autre poids que tout ce qui a été fait jusqu'ici.

l'ampleur de la tâche (recherche et élaboration d'outils, de formations, de réseau, d'adresses, ainsi qu'une bonne connaissance de tous les acteurs de prise en charge en vue d'une orientation), on peut craindre que l'APE/ACS fourni par la région pour chaque point d'appui soit réduit à relayer les demandes des écoles aux associations spécialisées. Il est donc difficile de voir d'emblée en quoi cela va renforcer les capacités des enseignants à se former et des écoles à envoyer leurs enseignants en formation²⁸. D'autant plus qu'un réel inventaire de l'offre de services en matière de prévention des assuétudes n'existe pas encore en Communauté française : Eurotox vient seulement de s'atteler à cette rude tâche, via la constitution d'un cadastre (voir chapitre 3 du présent rapport). La tâche des points d'appui se trouve encore complexifiée par cette étape manquante, jusqu'à nouvel ordre : comment en effet trier le bon grain de l'ivraie, ou plus simplement même cibler la réponse à des demandes spécifiques émanant d'écoles aux besoins différents ?

Last but not least : le dispositif des Point d'Appui, proposé par la Communauté française, n'a pas tenu compte d'une disposition légale quelque peu contradictoire, elle-même imposée également par la Communauté française : le décret « formations » (11/07/2002). En effet ce décret prévoit que l'essentiel des formations que les enseignants pourront suivre, individuellement ou lors des journées de formation collectives, seront données par des associations agréées pour cela par l'IFC (Institut pour la Formation en cours de Carrière). Aujourd'hui, les ministres demandent donc aux Points d'Appui d'organiser des formations alors que seules sont acceptées en principe les formations agréées par l'IFC. Le risque existe donc que les professeurs ne soient pas autorisés par leur hiérarchie à dégager du temps supplémentaire pour suivre ce nouveau train de formations « hors IFC ».

Les CLPS quant à eux, après s'être concertés, ont d'emblée fait remarquer unanimement que l'absence de concertation qui avait entouré la création des « points d'appui » compromettait la collaboration locale. En effet, les CLPS ont l'habitude de fonctionner en concertation avec les acteurs de terrain, ce qui garantit leur implication et leur réappropriation des projets. Dans le cas présent, l'imposition du processus « par le haut » (le pouvoir politique) a selon eux crispé certains des partenaires et attisé les rivalités plutôt que de rassembler. De plus, les CLPS ont critiqué l'approche thématique qui leur était ainsi proposée, au détriment d'une approche plus globale de la santé qui est la leur, au risque de dériver « vers un saucissonnage de la 'santé' en 'problèmes de santé' ».

Pour ces raisons, les CLPS ont demandé un délai d'un an pour opérationnaliser le projet en concertation avec les acteurs de terrain concernés, et sans garantie de rester l'opérateur de cette mise en oeuvre à long terme. Ils ont également demandé un élargissement de la couverture prévue, afin que du temps de travail soit accordé aux 9 CLPS.

L'opérationnalisation a mené à accorder un point d'appui à l'ensemble des 9 CLPS, avec des variations dans le temps de travail (pleins-temps ou mi-temps).

1.4.2. CANNABIS FRELATÉ : DES EFFETS D'UNE « BONNE » POLITIQUE DE PROHIBITION.

Les faits

A partir de la rentrée 2006, une nouvelle tendance s'est fait jour : celle de l'utilisation systématique de produits de coupe dans l'herbe de cannabis depuis le Nord de la France jusqu'à la Hollande en passant par Bruxelles et le Nord de la Belgique. Le sud du pays semblait moins concerné dans un premier temps. Ce qui est important dans ce fait sanitaire, c'est d'examiner l'hypothèse selon laquelle ces pratiques, qui peuvent s'avérer dangereuses

²⁸ La Fédito wallonne a fait remarquer à ce sujet que des écoles étaient déjà obligées, vu le manque de moyens, de recourir à des financements alternatifs (Province, dons...), voire à interrompre des projets en cours faute de moyens.

d'un point de vue santé publique, peuvent être liées à un commerce mafieux qui va de pair avec la prohibition et la répression.

Le forum de discussion :

http://fr.groups.yahoo.com/group/tendances_emergentes_alerte_precoce, créé et animé par Eurotox, qui réunit un large panel d'intervenants en matières d'assuétudes, a vu apparaître des questions sur ce sujet dès septembre 2006. Les pratiques de coupage étaient alors signalées notamment dans le Nord de la France et décrites comme destinées à alourdir l'herbe pour en tirer un plus grand profit. La confirmation en fut donnée par les représentants du dispositif Trend-Sintes de Lille (dispositif décrivant les phénomènes émergents liés aux consommations de drogues) : une première analyse (juillet 2006) a même révélé la présence de microbilles de verre dont le diamètre était compris entre 0,6 et 170 microns. Selon des pneumologues consultés, une exposition longue à ce type de produits peut induire des maladies de type silicose.

Par la suite, d'autres sources ont donné un nouvel éclairage à ce problème. On a ainsi appris que la police hollandaise s'est mise à démanteler les productions privées de cannabis aux Pays-Bas. Comme c'est à ce genre de fournisseurs que s'adressent les koffishops, ces derniers ont éprouvé de plus en plus de difficultés à s'approvisionner. Certains (Breda, Roosendaal) ont déclaré à la presse devoir chercher de nouveaux fournisseurs à cause de ce problème, car les particuliers n'osent plus produire.

Certaines « restrictions » sont même apparues : à Terneuzen, un koffishop parmi les plus gros de Hollande s'est mis à « rationner » ses clients à cause de cette raréfaction de l'offre : 3 grammes maximums par client au lieu des 5 grammes quotidiens qu'on peut légalement acheter.

Cela se répercute également sur les prix : ces établissements ont parfois dû payer jusqu'à 1000 € de plus le kilo (4.300 € au lieu de 3.300). Le prix « client » montre lui aussi une augmentation. Celle-ci va de 0,5 à parfois 1,5 € le gramme.

Le crime organisé s'en porte mieux, puisque les patrons voient débarquer chez eux des truands qui leur proposent de les fournir malgré tout.

De plus, cela favorise les pratiques de coupage qui nous occupent : le cannabis hollandais est ainsi coupé généralement avec de la farine, du sable ou des brindilles moulues. Des patrons de koffishops déclarent que les fournisseurs qui émergent après la disparition des cultures privées sont bien plus intéressés aux profits (par rapport aux planteurs privés, qui souvent consomment leur propre production) et coupent ainsi leur cannabis pour faire 2kg à partir d'1 kg.

Le problème serait étendu à toute la Hollande, où les mêmes difficultés d'approvisionnement se manifestent, de par cette intensification de la « chasse » aux plantations privées. Il faut rappeler à ce sujet que si la vente est légale en Hollande, la culture reste paradoxalement illégale (mais traditionnellement tolérée jusque très récemment). Les cultivateurs privés ainsi pris par les forces de l'ordre seraient même expulsés de leur logement.

Le ministère public en Zélande a même signalé un phénomène de criminalisation plus inquiétant encore : certaines personnes seraient forcées, par des organisations criminelles, à travailler dans des plantations destinées à les fournir. Une femme bulgare dans une telle situation a été découverte à Rotterdam, ainsi que 14 autres Bulgares illégaux à Drenthe. Ceux-ci avaient été amenés en Hollande par une bande criminelle organisée.

N.B. : attention, on pourrait hâtivement conclure de tout ceci que « tout le cannabis vient de Hollande » (position plusieurs fois adoptée par des gouvernements français de bords différents, rendant implicitement la Hollande responsable de la « question cannabis »). Il n'en est rien : une bonne part du haschich vient aussi du

Maroc, mais il n'en est que rarement question, eu égard au fait que des accords économiques importants existent entre la France et le Maroc (même si récemment le Maroc s'est engagé à « lutter » plus efficacement contre la culture en échange d'aides supplémentaires).

Qui contrôle ?

On le voit, la question du *contrôle* se pose une fois encore de manière cruciale : contrôle de la production, de la composition, de la distribution des drogues par les mafias d'un côté, par l'état de l'autre. Les effets pervers du contrôle de la production de drogues par les mafias trouvent ici une illustration tristement convaincante : à peine démantelée la filière encadrée par l'Etat hollandais pour une vente et une consommation encadrées, que l'on voit réapparaître le banditisme, s'éloigner d'autant le contrôle de la composition des produits (soudain coupés avec des matières parfois dangereuses, pour multiplier les gains), et flamber les prix.

Mais soyons complets : la tendance inverse existe également, soit celle de concentrer davantage le produit pour le rendre plus fort, en l'absence de tout contrôle officiel de sa composition (ce qui est la tendance de la production interne en Hollande – et, selon toute vraisemblance, seulement en Hollande²⁹). Il en allait ainsi de l'alcool frelaté à l'époque de la prohibition américaine. Soit. Cette tendance est, elle aussi, dommageable à la santé des consommateurs. Mais un système moins répressif impliquant un encadrement de la production, voire un contrôle de la composition du produit par l'Etat résoudrait à la fois le problème d'une éventuelle concentration exagérée et celui des produits de coupe.

Deux choses doivent être répétées sans relâche pour des motifs de *santé publique* : d'abord, lorsque le gouvernement américain a eu la lucidité de mettre fin à la prohibition de l'alcool, le grand banditisme a cessé de produire sous le manteau de l'alcool à des prix déments, d'une qualité désastreuse pour les consommateurs et sur un marché miné par une concurrence meurtrière ; ensuite, l'alcool rendu à nouveau légal à cette occasion ne fut pas l'alcool frelaté vendu dans des caves pendant la prohibition, mais un produit à la délivrance et à la composition sévèrement réglementées et *contrôlées* par l'état. La sécurité des citoyens et la santé publique s'en sont trouvées améliorées d'autant, et sur-le-champ. Pourquoi les politiques restent-ils sourds au parallèle qu'il y a à faire avec le cannabis ?

On le voit par cet exemple hollandais contemporain, une « bonne prohibition » ne supprime pas l'accès à la drogue prohibée : ni les intervenants de terrain ni même les usagers, via les sites web qu'ils animent, n'ont relevé une quelconque difficulté d'approvisionnement. Seule la qualité baisse, tandis que le prix monte et que les mafias reviennent. Quant à la consommation, elle suit son cours, accompagnée de risques accrus.

Une chose devrait mettre d'accord les tenants de la prohibition et ceux d'une consommation dépénalisée et responsable : une politique plus tolérante (Hollande...) n'entraîne pas plus de consommation qu'une politique très répressive (France), *bien au contraire*.³⁰

1.4.3. EQUIVALENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS EN PRISON : L'HEURE « H » ?

Le collège d'experts chargés d'un rapport préalable à un plan d'intervention conjoint en matière d'assuétudes, en Communauté française, en Wallonie et à Bruxelles devait définir un ensemble d'actions prioritaires concrètes, en parcourant un ensemble de thématiques.

Parmi celles-ci figure, rappelons-le, « l'amélioration de la prise en charge des délinquants toxicomanes (spécialement les mineurs), y compris en cas d'emprisonnement ».

La circulaire de la ministre de la Justice Laurette Onkelinx répond donc au moins partiellement à ce point du rapport d'experts.

29 Voir : <http://www.chanvre-info.ch/info/fr/Cannabis-Les-produits-surdozes.html>, (site de « chanvre-info citant « Le Monde » du 11/07/2007, lequel cite lui-même l'OFDT).

30 Communiqué de presse d'Infor-Drogues du 16 août 2007, voir www.infor-drogues.be

Les recommandations du collège d'experts, dont l'implémentation devrait être évaluée, étaient les suivantes :

- Assurer une prise en charge médicale équivalente à celle des personnes non emprisonnées (voir 1.3.2.).
- Assurer l'accès aux prisons, dans de bonnes conditions, aux acteurs de la santé extérieurs.
- Généraliser le vaccin contre l'hépatite B en milieu carcéral.
- Améliorer l'accès à l'information (opérations « boule de neige » en réduction des risques...) et au matériel (échange de seringues...).
- Mise à disposition de traitements de substitution.
- Extension de ces mesures aux IPPJ (centres de détention pour mineurs), lesquels devraient offrir la possibilité d'un suivi psychologique.

Qu'en est-il, donc, de l'implémentation de ces différents points ?

Prise en charge équivalente à celle des personnes non emprisonnées :

Un effort a été fourni en 2006 au niveau de la prévention et de la réduction des risques, en ce compris un travail de fond pour mieux comprendre le contexte carcéral et son influence sur la consommation.

L'évolution des mentalités, peut-être consécutive aux nouvelles dispositions légales, s'est traduite par un soutien financier du SPF Justice à une brochure intitulée « Et vogue la galère », qui s'adresse prioritairement aux détenus de la Communauté française mais aussi aux intervenants psycho-médico-sociaux internes ou externes à la prison, aux agents pénitenciers ainsi qu'aux familles et proches des détenus. Sa réalisation a été pilotée par Modus Vivendi asbl, en partenariat avec le CLPS de Bruxelles et Question Santé. Y ont également contribué les associations CAP-ITI, Projet LAMA, la FARES, le Service Éducation pour la Santé de Huy et l'Adépi, mais également des détenus et des professionnels des prisons de Lantin et d'Andenne.

« Et Vogue La Galère » est diffusée en prison par la Pharmacie Centrale. Les services de santé de chaque prison peuvent la commander gratuitement en même temps que leur commande de médicaments.

Il semble donc qu'un certain consensus soit à l'œuvre quant à l'effort à consentir pour appliquer le principe d'équivalence, en tout cas en termes de réduction des risques.

Plus généralement cependant, et malgré cette légère plus-value, les associations présentes en milieu carcéral relèvent parfois des délais dans le traitement de pathologies plus courantes qui ne sont pas directement liées à la consommation de drogues..

Accès aux prisons, dans de bonnes conditions, pour les acteurs de la santé extérieurs

Fruit d'une collaboration *intra muros* entre le SPF Justice, l'ONG Street Wise, l'Institut Scientifique de Santé Publique et Modus Vivendi, une vaste enquête sur l'usage de drogues en prison a pu être réalisée (échantillon de 10% des détenus belges).

Toutefois, dans ce domaine (accès aux prisons pour des consultations, ou d'autres projets ayant trait à la santé des détenus), même si on sent que les portes s'ouvrent, les « bonnes conditions » ne sont pas toujours au rendez-vous : les associations qui rencontrent les détenus dans le cadre de permanences sociales ou psychologiques n'ont souvent pas de local à disposition pour ce type de suivi. Il n'est pas rare que les séances se passent sur une petite table sans local spécifique, au vu et au su de tous.

Généralisation du vaccin contre l'hépatite B en milieu carcéral

La vaccination contre l'hépatite B n'a pas été généralisée. Elle n'est pas systématiquement proposée aux détenus. Le coût pourrait être un facteur expliquant cette lacune. En effet, les autorités carcérales craignent, de manière partiellement fondée, qu'un détenu ayant bénéficié d'une ou deux injections en milieu carcéral ne poursuive pas les injections suivantes une fois libéré. L'argent dépensé pour le vaccin en milieu carcéral est, dans ce cas précis, perdu.

Par ailleurs, l'impulsion doit venir du détenu lui-même, la démarche ne lui étant souvent pas proposée spontanément.

Amélioration de l'accès à l'information (opérations « boule de neige » ...) et au matériel (échange de seringues...)

Signe des temps, le SPF Justice a également été le partenaire financier de la relance des opérations **Boule-de-neige** en prison. De début 2006 à début 2007, deux opérations BDN ont été menées, dans les prisons de Namur et de Jamioulx.

Côté face, on notera que l'enjeu essentiel des opérations réside actuellement dans l'amorce du dialogue et la reconnaissance du droit des usagers. Celles-ci rendent aux détenus, avec le droit à la parole, la qualité d'être humain, la responsabilité de sa santé et de celle de ses pairs.

L'aspect sécuritaire lui-même s'en trouve amélioré, car ce dialogue pacifie la prison, et cela dès l'étape de formation des pairs qui précède la phase de terrain. En effet, ces séances de formation sont un lieu de libre parole et d'évacuation des tensions que vivent les détenus.

Ensuite les jobistes/détenus qui deviennent les agents de prévention de l'opération auprès de leurs pairs, échappent ainsi pendant quelques semaines au temps mort de la détention.

Enfin, à l'occasion de l'évaluation, le dialogue avec l'équipe de direction et le service PMS a permis l'ouverture d'un échange concret entre intervenants externes et internes. Des pistes ont été ouvertes pour améliorer l'accompagnement des détenus et la transition vers les services externes à l'occasion de la sortie de prison.

Côté pile, ou « envers de la médaille », des difficultés liées au contexte carcéral restent à dépasser. Ainsi, les restrictions de déplacement compliquent fortement le remplissage des questionnaires et la transmission des conseils de réduction des risques. La communication interne à la prison (agents/directions/détenus) est souvent mauvaise et complique l'organisation des opérations ainsi que le recrutement. Il arrive que des agents refusent d'ouvrir les portes, ce qui entraîne du retard dans les séances (les jobistes ne peuvent pas toujours faire remplir leurs questionnaires, etc.).

Le nombre de questionnaires remplis et la fluidité de toute l'opération s'en ressentent.

Par ailleurs, les conseils dispensés lors des opérations se révèlent souvent difficilement applicables, à cause des mêmes difficultés de concertation et de communication, même si le lancement des « comités de pilotage drogues » représente un premier pas important. Les GPCD et GPLD, qui réunissent toutes les parties impliquées (hormis les détenus) - voir 1.3.2. -, doivent donc continuer à œuvrer et à se développer.

De plus, il serait indispensable de rendre les brochures réellement disponibles et surtout prévoir d'autres canaux de distribution de l'information (vidéo par exemple), et ce en toutes les langues ! A ce jour, seuls les détenus francophones et lettrés ont des chances de recevoir une information correcte.

Cela dit, même avec bonne volonté, il n'est pas facile de trouver le bon canal et le bon moment. A titre d'exemple, fournir l'information systématiquement à l'arrivée en prison n'est pas facile : outre le stress de l'incarcération, le détenu est accaparé par de multiples occupations liées à son statut, comme les nombreuses visites de son avocat ou les allers-retours au Palais de Justice.

En ce qui concerne l'**échange de seringues**, 2006 fut une année de réflexion autour de la possibilité de mettre en place un projet expérimental d'échange de seringues en prison. En effet, les taux d'infections dans la

population carcérale sont beaucoup plus élevés que parmi la population générale.^{31 32}. Le contexte carcéral et la violence qui l'accompagne expliquent la plus grande concentration de consommateurs de drogues en prison et ces risques accrus d'infections. Dans ce contexte, la probabilité de partage de seringues est favorisée par le manque d'accès à du matériel stérile d'injection³³.

Une étude de faisabilité d'un tel projet en Belgique a été menée par ModusVivendi, à la lumière de la littérature internationale et avec le regard et le concours d'experts internationaux. La suite fut une rencontre organisée entre Modus Vivendi et les directions de trois prisons en Communauté française, en partenariat avec le coordinateur Drogues du SPF Justice. L'accueil fut très favorable et la possibilité fut alors explorée de visiter des projets similaires en Europe, de mettre en place les bases d'un comité d'accompagnement et de budgétiser la réalisation du projet.

Hélas, ce bel élan fut stoppé net par l'absence de financement, et le projet a été rangé dans un tiroir dans lequel il attend toujours une volonté politique...

Pour ce qui est de l'accès au matériel en général, la question des relations sexuelles en prison doit être travaillée (infos, préservatifs et lubrifiants accessibles en toute discrétion – conditions difficiles à remplir). La question du tatouage devrait également être approfondie (8,5 % des détenus sont concernés, selon l'enquête 2006).

Mise à disposition de traitements de substitution

On note une amélioration en ce qui concerne les traitements de substitution entamés en dehors de la prison, qui sont mieux prolongés *intra muros* aujourd'hui que par le passé. Toutefois, l'approche médicale rencontrée dans les prisons assimile couramment le traitement à la méthadone à un traitement de sevrage, ce qui n'est pas nécessairement l'objectif thérapeutique à l'extérieur. En prison, pourtant, c'est le cas, ce qui semble un peu réducteur par rapport à l'existence des « traitements de maintenance » proposés à l'extérieur, outre les traitements de sevrage. Il faut se rappeler à ce sujet que pour ce qui concerne ces traitements à « bas seuil », une dose de méthadone représente une dose d'héroïne évitée, autant d'argent en moins aux mafias, des dangers liés au banditisme annulés (violences...) mais aussi des risques sanitaires évités, et parmi eux ceux d'une contamination par les virus du SIDA ou d'hépatites.

Par ailleurs, une autre évolution reste à évaluer : avant la circulaire, un détenu sous méthadone n'avait pas accès au travail en prison. Certains des condamnés évitaient ainsi de déclarer un traitement de substitution à leur arrivée, pour ne pas se voir privés de cette occupation. C'est évidemment regrettable, puisqu'un des buts poursuivis et assez facilement atteint par les traitements de substitution est de supprimer le manque et donc l'appel exercé par l'héroïne, ce qui permet à la personne ainsi traitée de reprendre des activités normales.

Extension de ces mesures aux IPPJ (centres de détention pour mineurs), lesquels devraient offrir la possibilité d'un suivi psychologique.

Aucune des sources consultées (Groupe de pilotage central drogues, intervenants en milieu carcéral, service d'aide aux détenus, administration de la Communauté française) n'ont signalé une quelconque extension de ces mesures aux IPPJ, au contraire de ce que prônait le rapport du collège d'experts.

31 DE MAEREW., HARIGA F., BARTHOLEYNS F., VANDERVEKEN M. Santé et usage de drogues en milieu carcéral. Développement d'un instrument de recherche épidémiologique: rapport de recherche. Bruxelles: SSTC, 2001.

32 HARIGA F., TODTS S. & al. Drug use and risks in prison. Report; Brussels, 2004.

33 On entend par matériel stérile d'injection, l'ensemble des éléments nécessaires à une injection à moindre risque : seringues, eau stérile, tampon alcoolisé, Stéricup® (cuillère) et Stérifilt® (filtre) (car c'est l'ensemble de ce matériel qui peut transmettre le VIH).

1.4.4. « NO FUTURE » : LA « CELLULE GÉNÉRALE DROGUES »

Qui ignore encore que la Note Politique Fédérale Drogues de 2001 instituait une « cellule générale » à créer, qui serait l'organe de coordination belge de toutes les politiques liées aux drogues, à leur usage, à leur mésusage et à sa prévention, aux traitements, à la répression du trafic, etc. ?

Qui ignore encore que 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 du 2 septembre 2002, porte création de cette cellule générale ?

Qui peut ignorer enfin que le rapport du Collège d'experts préalable à un plan conjoint d'intervention en matière d'assuétudes en Communauté française, en Région wallonne et à Bruxelles (2005), rappelait avec force les multiples engagements officiels et la nécessité absolue de créer la « cellule générale » au plus vite ?

Les innombrables niveaux de pouvoir impliqués dans la gestion des assuétudes, travaillant souvent en parallèle, réinventant sans cesse la roue, se télescopant parfois violemment mais de bonne foi, à dessein (pour défendre une compétence) ou même parfois sans le vouloir, se languissent de cette coordination transversale. Au sein de celle-ci, ces niveaux de pouvoir seraient tous représentés, ce qui aiderait à éviter les cahots et les retours en arrière, voire les tâches menées en parallèle, mais aussi aplanirait à coup sûr certaines crispations inévitables dues entre autres au manque de moyens du secteur et à la peur de se faire « voler » son travail par l'« autre », un « autre » qu'on connaît finalement très peu, en l'absence d'une telle coordination.

A titre d'exemple, la récolte de l'Indicateur de Demande de Traitement (TDI), qui doit être fourni par la Belgique à l'OEDT chaque année (voir *infra*, 2.2.1.1.), comporte trois systèmes d'enregistrement (De Sleutel, CTB, Eurotox), recevant des données parfois centralisées par d'autres entités collectrices³⁴ utilisant des outils d'encodage différents, certains d'entre eux informatisés par des programmes eux-mêmes différents³⁵. S'ensuivent de récurrentes difficultés de vue globale (temps de collecte différents, fusion des données agrégées fastidieuses et même parfois problématiques, méfiance institutionnelle entre les différentes entités collectrices, malentendus et tentatives de « tirer la couverture à soi », etc.). Il est tellement flagrant que le bât blesse dans la nécessaire transversalité de cette tâche (par rapport à un pays comme la France, notamment), que l'OEDT a dû proposer récemment (réunion à Paris en présence de l'OFDT³⁶ et du BIRN, décembre 2007) de dégager un subside européen pour aider la Belgique à trouver ce nécessaire dénominateur commun, qui se heurte encore aujourd'hui à toutes les particularités fédérées (voire à tous les particularismes).

Un autre exemple : nombreux sont les ministres qui, à cause d'un certain « saucissonnage » des compétences (sept ministres de la santé en Belgique !), sont demandeurs d'inventaire (des besoins, des institutions actives, des actions menées) et ne font d'abord confiance pour cela qu'à leur propre cabinet (souvent nouveau venu – voir novice) ou administration. Cette attitude assez naturelle bien que dommageable, couplée à un certain individualisme des opérateurs (observatoires locaux, régionaux, communautaires, administrations), a amené plusieurs de ceux-ci à mettre simultanément en chantier (ou sur plan) un cadastre des actions menées en Communauté française ou à Bruxelles en termes de prévention des assuétudes. De nombreuses mises au point, rationalisations et simplifications (voire marches arrières) sont nécessaires après ce genre de brouhaha, pour ne pas faire trois fois le même travail. On imagine les économies d'échelle qu'il y aurait à ce que ces choses soient décidées une bonne fois pour toutes, en amont de toute opérationnalisation, par les instances politiques représentées dans la « cellule générale drogues ».

34 En Communauté française : Sentinelles, Citadelle et un « greffon Eurotox » à une collecte de données effectuée auprès des Services de Santé Mentale par l'administration de la Région Wallonne

35 Et ce en dépit d'un « groupe de travail TDI » très actif.

36 OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

Enfin, les divergences de vue qui surgissent à l'occasion de mises en place telles les Points d'appui à la politique des drogues dans les écoles (ci-dessus, point 1.4.1.) seraient, elles aussi, traitées en amont de toute cette arborescence, dans un organe qui en est la racine et non la ramure. Beaucoup de temps, d'énergie et de crispations seraient épargnés, au profit de tous, et notamment des usagers. Sans oublier, puisqu'on se soucie des usagers, que le suivi de certaines recommandations (notamment celles du « Collège d'experts » - voir l'équivalence de soins en milieu carcéral et en IPPJ, point 1.4.3. ci-dessus) pourrait également être assuré sans plus que chacun ne se renvoie la balle...

Si on ne l'avait pas compris à l'occasion de nos trois précédents rapports, on l'aura compris maintenant : la cellule générale est un préalable à une politique des drogues globale et intégrée, et non un aboutissement.

Hélas, ce qu'on sait moins, c'est qu'il existe, en plus, un préalable *au préalable*. En effet, l'accord de coopération entre l'Etat fédéral et les entités fédérées de septembre 2002, s'il a été signé par tous les ministres et toutes les commissions communautaires concernées dès sa parution au Moniteur, requiert encore la signature de toutes les assemblées législatives correspondantes. Celles-ci furent recueillies une à une, à l'exception de celle... du parlement bruxellois (à l'heure de la rédaction de ces lignes).

Suite aux réponses rassurantes faites aux nombreuses questions parlementaires posées aux ministres depuis 2001 sur la création de la cellule générale, mais aussi depuis 2005 sur le plan conjoint d'intervention en matière d'assuétudes en Communauté française, en Région wallonne et à Bruxelles (plan annoncé en grande fanfare : on allait *enfin* se coordonner), on a du mal, pour ne pas dire toutes les peines du monde, à trouver encore des excuses à l'absence de volonté politique qui a fait de cette cellule générale, en sept longues années d'atermoiements, un organe fantôme.

La faute à qui ? On ne sait plus très bien. A l'« autre », probablement.

En attendant, comme dit Amonbofis (*Mission Cléopâtre*) : « Pas de palais... pas de palais ! ».



CHAPITRE 2 : SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET TENDANCES

2.1. LA PRÉVALENCE DES USAGES DE DROGUES

Nous avons pour habitude d'analyser la prévalence de l'usage de drogues dans la population générale, dans la population scolaire et dans certains groupes spécifiques, et ceci d'après diverses études et enquêtes. Celles-ci ont été moins nombreuses cette année que pour les deux précédents rapports.

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, les personnes prostituées ou les jeunes en décrochage scolaire). Les études dans la population générale sont rares en Belgique et en Communauté française.

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

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

Nouveauté : l'e-permanence, une permanence électronique qui permet de laisser une demande de manière anonyme et de recevoir une réponse d'Infor-Drogues dans les 72 heures, dans une boîte virtuelle créée à cet effet, sans contact direct. Cette e-permanence a reçu 265 messages en 2006, qui ont requis essentiellement information, aide ou conseil. Le public qui s'y adresse serait plus essentiellement composé d'utilisateurs que le public de la ligne téléphonique. Il est également plus jeune (entre 18 et 35 ans) et plus masculin.

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-consommatrices. 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 2006, les produits ont été évoqués 4.240 fois lors des contacts. Soit 5 % de moins qu'en 2005. Par ordre décroissant :

Tableau 5: Produits évoqués lors des contacts avec Infor-Drogues, 2001 - 2006 Source : Infor-Drogues

Produit	2001	2002	2003	2004	2005	2006	%	2006/ 2005
Cannabis	1.752	1.761	2.171	1.978	1.659	1.438	34	- 13 %
Cocaïne	510	582	846	721	682	742	17	+ 9 %
Alcool	348	460	533	484	483	474	11	- 2 %
Héroïne	435	402	447	437	382	347	8	- 9 %
Médicaments	221	311	392	344	276	270	6,	- 2 %
Méthadone	225	213	210	236	250	226	5	- 10 %
Ecstasy	495	342	301	322	190	190	4	+0,2 %
Crack				137	149	179	4	+ 20 %
Tabac	76	99	136	130	106	133	3	+ 25 %
Amphétamines	192	144	132	135	102	112	3	+ 10 %
L.S.D.	188	102	59	82	39	49		
Solvants	32	43	52	39	29	25		
Autres	173	139	100	89	104	55		
Total	4.647	4.598	5.379	5.134	4.451	4.240	100 %	- 5 %

Le cannabis reste de loin le produit le plus évoqué, tout en décroissant pourtant : passage d'environ 40% à un gros tiers.

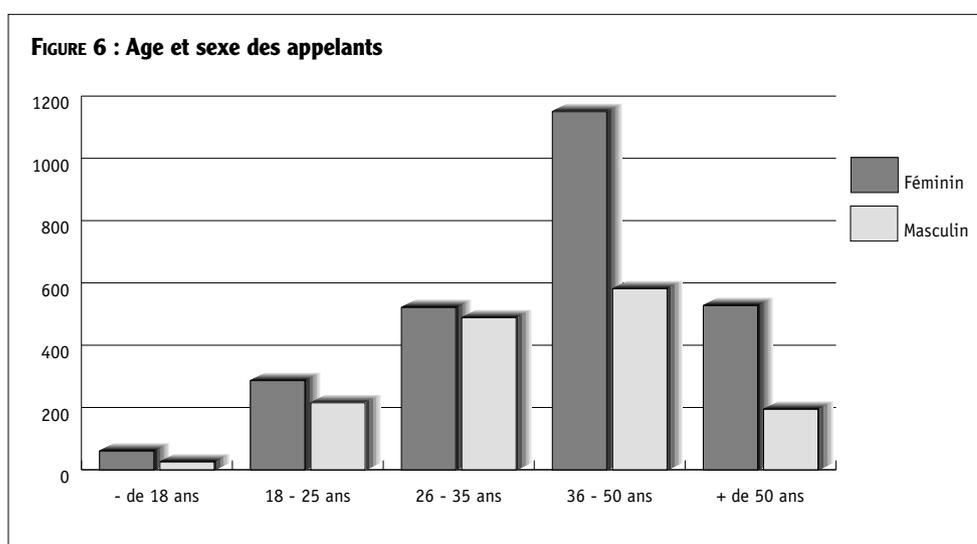
La cocaïne vient en deuxième position depuis 2000, alors qu'elle n'était que cinquième en 1997. La hausse est désormais continue depuis plus de 6 ans : environ 22% des évocations en 2006 si on additionne crack et cocaïne (pour 18,3% en 2005).

Quels sont l'âge et le sexe des personnes qui contactent Infor-Drogues ?

Tableau 6 : Age et sexe des appelants, année 2006 *

* Données qu'il n'est pas possible de recueillir de façon systématique

	- de 18 ans	18 - 25 ans	26 - 35 ans	36 - 50 ans	+ de 50 ans	Age inconnu	Total
Féminin	60	286	521	1150	527	41	2.585
Masculin	25	215	488	581	194	50	1.553
Inconnu	1	6	5	7	1	111	131



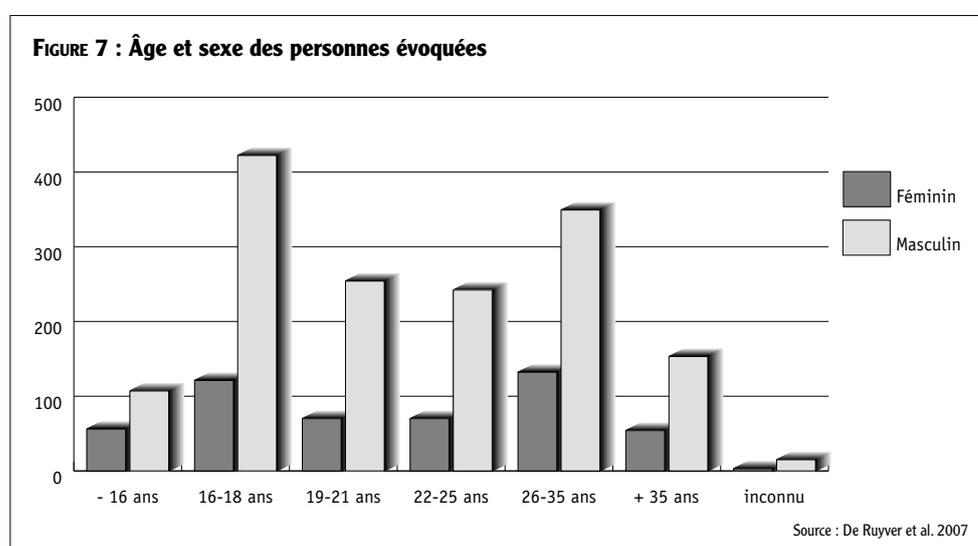
Pour ce qui est du sexe des appelants, les femmes sont largement majoritaires : plus de 60% des contacts depuis années. Elles sont de plus sur-représentées chez les 36-50 ans et chez les plus de 50 ans (plus du double des hommes).

2006 a vu chuter les contacts masculins des moins de 18 ans de plus de 50 %, peut-être à cause d'une prépondérance masculine via l'e-permanence. Cette tranche d'âge montre donc aussi une sur-représentation des femmes (plus du double des hommes).

L'e-permanence a été proposée entre autres pour pallier une chute des contacts avec les moins de 18 ans observée depuis l'année 2000 (voir chapitre 3).

Quels sont l'âge et le sexe des personnes évoquées ?

	- 16 ans	16-18 ans	19-21 ans	22-25 ans	26-35 ans	+ 35 ans	inconnu	Total
Féminin	56	121	70	70	132	54	3	506
Masculin	107	422	254	242	349	153	15	1.542
Inconnu	2	3	3	2	1	2		13
Total	165	546	327	314	482	209	18	2.061



En 2006, 2.061 personnes (- 8 % par rapport à 2005) ont contacté Infor-Drogues pour parler d'une autre personne. Cela représente 48 % de l'ensemble des contacts. Parmi les personnes « à propos de qui » on a téléphoné à Infor-Drogues en 2006, il y avait 1.542 garçons (75 %) et 506 filles (25 %), les garçons occasionnant donc la grande majorité de ces contacts.

On constate aussi que les personnes évoquées par les tiers appelants sont majoritairement des jeunes (jusque 25 ans). Attention à la catégorie 26-35 ans : elle montre des valeurs élevées, mais s'étale sur 10 ans au contraire des autres (3 ou 4 ans en général).

2.1.2. L'USAGE DE DROGUES CHEZ LES JEUNES

2.1.2.1. Huitième enquête sur les comportements de santé des jeunes scolarisés en Communauté française ³⁷.

Les résultats présentés ici sont des résultats préliminaires qui nous ont été aimablement communiqués par l'ULB - PROMES. En effet, le rapport d'enquête final est en cours d'élaboration. Certaines données sont ainsi mises en avant sans pour autant que l'ensemble soit accessible pour comparaison. C'est le lot des résultats partiels, mais ceux-ci nous semblent tout à fait dignes d'intérêt.

Année de collecte de données	2006
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	
Population cible	Elèves entre la 5ème primaire et la 6ème secondaire.
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire
Echantillon d'étude	11.775 (6.006 garçons et 5.769 filles)
Taux de réponse	-----
Couverture	Elèves de la Communauté française
Distribution d'âge	11 à 19 ans
Instrument d'investigation	Questionnaire auto-administré

L'échantillon

L'enquête a été effectuée sur un échantillon représentatif d'élèves de la Communauté française (provinces, réseaux, filières, niveaux). Les 11.775 élèves qui constituent l'échantillon proviennent de 148 écoles ou encore de 673 classes comprises entre la 5ème primaire et la 6ème secondaire. Le questionnaire distribué dans l'enseignement secondaire qui comportait 127 questions abordait les thématiques suivantes : les comportements de santé des élèves (y compris les comportements à risque et les comportements de protection), leur perception de leur santé, leur perception de la vie scolaire et leurs relations sociales et familiales.

Résultats de l'enquête

On observe pour la plupart des indicateurs étudiés, comme la consommation de tabac, la consommation problématique d'alcool (mesurée par la variable «ivre plus d'une fois au cours de la vie») ou la consommation quotidienne de cannabis, une association particulièrement forte de caractéristiques défavorables avec le fait de suivre une filière professionnelle ou technique, par comparaison avec les élèves inscrits dans la filière générale.

Les valeurs de l'indicateur de santé «fumer» (variable mesurée = «consommation actuelle plus grande ou égale à une fois par semaine) sont pratiquement identiques pour les filles et les garçons (13,6 % vs 13,5 %; $p=0,802$). En contraste, les ratios garçons/filles penchent du côté des garçons pour ce qui est de la consommation

37 D.Piette, D. Favresse, G. Houioux, P. De Smet. «Santé et bien-être des jeunes» (Communauté française 2006), protocole de l'enquête internationale «Health Behaviour of School-aged Children» (HBSC). Université Libre de Bruxelles, ULB-Promes, 2006, sous presse.

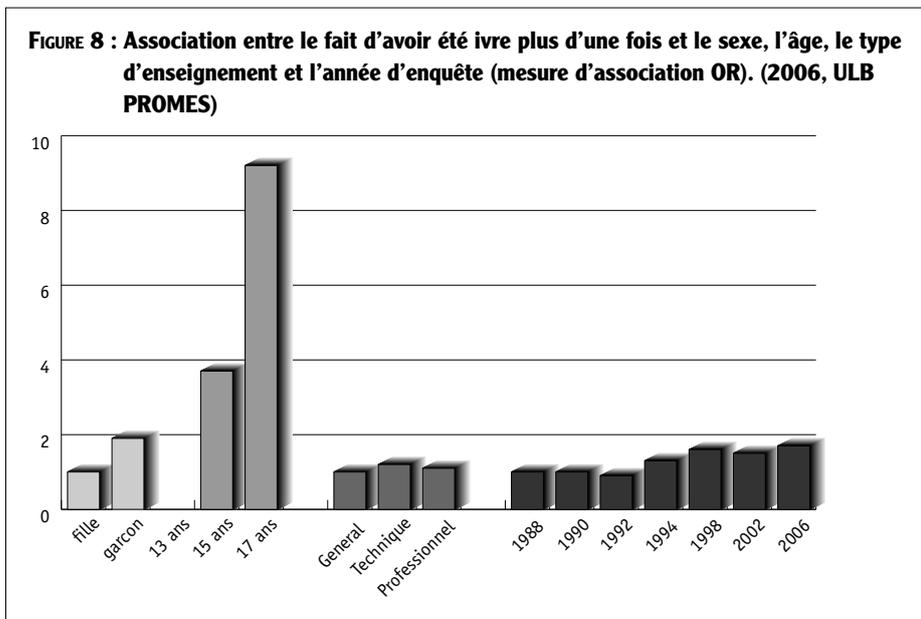
d'alcool. Ainsi, les garçons ont 1,46 fois plus de « chance » d'être « ivre plus d'une fois au cours de la vie ». Ils sont aussi 5 fois plus concernés par une consommation excessive, définie par le fait de consommer plus de deux verres par jour.

Il faut donc retenir que les inégalités de type socio-économiques (mesurées dans l'enquête à travers « l'orientation d'étude ») restent importantes pour des comportements à risques comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool ou des drogues illicites comme le cannabis. A signaler également un manque de connaissances dans l'enseignement professionnel en ce qui concerne la protection/transmission du SIDA.

Les inégalités liées au sexe, en défaveur des garçons, sont relevées dans la consommation problématique d'alcool ou de cannabis et les comportements violents.

Alcool

On voit qu'une consommation plus problématique que la simple expérimentation est plus remarquée chez les garçons et augmente en fonction de l'âge.



Cannabis

Comme on le constate dans le tableau 8, près de 40 % des filles des filières techniques et professionnelles rapportent avoir déjà consommé du cannabis, pour environ 50% des garçons des mêmes filières.

TABEAU 8 : Pourcentage d'étudiants de secondaire ayant déjà consommé du cannabis en fonction du sexe et de l'orientation des études (2006, ULB PROMES).

	Etudiants ayant déjà consommé du cannabis				
	n	%		p	
Sexe ¹					<0,001
Garçons	5830	25,2			
Filles	5665	19,1			
		Garçons		Filles	
Filiaire secondaire ²			<0,001		<0,001
Générale	2806	25,1		2752	19,4
Technique/artistique	898	49,0		789	37,0
Professionnel	442	51,6		555	37,4

1 Toute orientation et niveaux confondus
2 Tous niveaux confondus (du 1er au 6ème niveau)

Pour ce qui est de la consommation de cannabis égale ou supérieure à une fois par jour, elle est rapportée par 10% des garçons de l'enseignement professionnel et par 3% des filles de la même orientation. Il y a trois fois plus d'étudiants dans l'enseignement général que dans le professionnel qui ont consommé, tant pour les filles que pour, les garçons.

Ecstasy

Les proportions pour l'expérimentation d'ecstasy sont nettement moins élevées que celles qu'on observe pour le cannabis. Néanmoins, il est à noter que, globalement, 10% des garçons de la filière professionnelle ont déjà consommé ce produit. Quant aux filles de la filière technique et professionnelle, 5% d'entre elles ont signalé avoir consommé au moins une fois de l'ecstasy au cours de leur vie.

Tabac

13,5% des garçons et 13,6% des filles interrogés disent être fumeurs actuels (consommation plus grande ou égale à une fois par semaine) ($p= 0,802$). Dès la troisième année de secondaire, une différence significative est observée à chaque niveau et dans les deux sexes entre les répondants des filières technique et professionnelle d'un part et ceux de la filière générale d'autre part. La proportion de fumeurs est presque 4 fois plus élevée en professionnel qu'en général (39,2% et 37,8% chez les garçons et les filles en professionnel contre 10,9% et 10,3% dans le général; $p<0,001$).

2.1.3. L'USAGE DE DROGUES DANS DES GROUPES SPÉCIFIQUES

2.1.3.1. Milieu festif

Les données sont récoltées annuellement via un questionnaire distribué par les partenaires à l'occasion d'actions de réduction des risques en milieu festif en Communauté française et à Bruxelles. En 2005, 9 associations ont récolté 1908 questionnaires lors de 52 événements et en 2006, 12 associations ont récolté 2313 questionnaires lors de 76 événements.

Rappelons que les données recueillies ne concernent que des personnes rencontrées lors de certains événements. Il ne s'agit bien évidemment que d'une partie du public fréquentant les milieux festifs. De plus, ce projet ayant pris de l'ampleur, le type d'événements couverts s'est diversifié (davantage d'événements « tout public »), et le monitoring en est par conséquent moins ciblé.

En 2006, les hommes sont majoritaires (53.2% d'hommes versus 32.9% de femmes et 13.9% de non réponses). Notons que la proportion de femmes devient sensiblement plus faible au fil des ans (36% en 2003).

Année de collecte de données	2003 à 2006
Type d'étude	monitoring
Objet primaire	réduction des risques en milieu festif, étude de la prévalence de consommation et polyconsommation
Population cible	usagers de drogues en milieu festif
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire
Echantillon d'étude	pas d'échantillonnage
Taux de réponse	-----
Couverture	en 2006, 76 événements
Distribution d'âge	en 2006, moyenne (min. – max.) : 21 ans (15 – 49 ans)
Instrument d'investigation	Questionnaire auto-administré ou administré en face-à-face

La prévalence de consommation au cours de l'événement

Le tableau suivant donne des indications sur la prévalence d'usage de drogues parmi les personnes rencontrées par les partenaires en milieu festif en Communauté française et ce, de 2003 à 2006. Il s'agit de la consommation au cours de l'événement.

Attention, il faut tenir compte du moment où la personne a rempli le questionnaire (début ou fin de festival). Il se peut donc que la personne ayant rempli le questionnaire n'avait pas encore consommé de produits, mais l'ait fait plus tard. Les résultats sous-estiment la consommation réelle au cours de l'événement.

Un autre biais à prendre en compte est le fait que les réponses sont auto-rapportées.

TABLEAU 9: Pourcentage de l'usage de produits au cours de l'événement chez les personnes rencontrées en milieu festif, Communauté française, 2002-2006.

Année	2002	2003	2004	2005	2006
Evénements couverts (n)	10	7	51	52	76
Personnes rencontrées (n)	1118	399	1320	1950	2313
Produits consommés (%)					
Alcool	57	62,4	58,1	59,8	63,8
Tabac	39	39,8	37,8	38,4	38,9
Cannabis	37	32,6	27,8	29,7	27,9
Speed - amphétamine	6	7,3	11,1	10,5	10,4
Ecstasy	11	14,3	12,7	11,1	9,0
Cocaïne	3	4,8	4,2	4,6	3,7
Champignons - hallucinogènes	5	3,8	2,5	3,8	3,0
Benzodiazépines	2	3,0	3,0	3,2	2,1
LSD	1	3,3	1,1	2,5	1,7
Crack – free base	N.A.	1,3	0,9	1,0	1,2
GHB	1	0,8	0,9	1,6	1,2
Colles - solvants	0,4	0,3	0,5	1,1	0,7
Héroïne	1	1,5	0,8	1,2	0,7
Kétamine	1	0,0	0,5	0,8	0,6

Remarque : Les chiffres de 2003 et 2004 ont été actualisés par rapport au rapport Eurotox précédent (juin 2006).

Hormis l'alcool et le tabac, les produits les plus consommés par les personnes rencontrées en milieu festif sont le cannabis (27.9% en 2006), les amphétamines – speed (10.4% en 2006), l'ecstasy (9.0% en 2006). La prévalence de consommation de cannabis et de tabac était assez similaire en 2002 et 2003. La différence s'estompe à partir de 2004.

Historiquement, les produits dont la consommation au cours de l'événement semble diminuer sont le cannabis, l'ecstasy (avec cependant un pic à 14,3% en 2003), les champignons, les benzodiazépines, le LSD et l'héroïne. Les observations de terrain rapportées par Modus Vivendi semblent indiquer que les usagers consommant de l'ecstasy en produit principal depuis plusieurs années ont tendance à passer aux amphétamines en produit principal. Ces observations seront à étayer quantitativement dans le futur.

Les produits dont la consommation au cours de l'événement tend à augmenter sont le speed et les amphétamines, l'alcool, le GHB, les colles-solvants, la kétamine.

Les produits dont la consommation semble stable sont le tabac, le crack³⁸/free base.

38 Notons qu'en Belgique le crack en caillou n'est pas vendu tel quel. Il s'agit en réalité du « free base », mélange fait par l'utilisateur à base de cocaïne et d'ammoniaque.

Notons que ces tendances sont à lire avec beaucoup de précautions. En effet, différents facteurs peuvent influencer les résultats : choix des types d'événements³⁹, proposition de tels services par les partenaires (plus ciblés « alcool » ou plus ciblés « injecteurs »), etc.

La polyconsommation au cours de l'événement

Année	2002	2003	2004	2005	2006
Personnes rencontrées (n)	1118	399	1320	1950	2313
Aucun produit (sauf tabac) (%)	43	31,6	33,6	33,6	30,6
Alcool uniquement (et tabac) (%)	N.A.	29,6	28,4	27,8	34,0
Alcool /cannabis (et tabac) (%)	N.A.	15,8	13,0	15,7	15,2
Au moins un produit illégal sans cannabis (%)	14	20,6	23,0	20,8	19,0
Au moins un produit illégal (%)*	34	38,8	38,0	49,6	51,8
Au moins un produit (%)**	N.A.	68,4	66,4	73,7	77,4
Consommateurs de stimulants*** (%)	N.A.	18,0	19,9	17,3	15,1

* Consommation d'au moins un produit illégal, hors alcool et tabac
 ** Consommation d'au moins un produit illégal, avec alcool et hors tabac
 *** Consommation d'au moins un des produits illicites suivant : cocaïne / ecstasy / speed - amphétamine

En 2006, presque un tiers (30.6%) des répondants déclarent n'avoir rien consommé au cours de l'événement (sauf du tabac) ; un tiers (34.0%) uniquement de l'alcool (et tabac); un quart (15.2%) ont consommé de l'alcool et du cannabis (et du tabac) pendant l'événement.

En 2006, parmi les personnes qui consomment au moins un produit illégal hors cannabis (n= 439, soit 19% de la population totale), un quart sont des femmes. Un dixième de ces personnes (9.8%) sont âgées de moins de 18 ans, 63.1% sont âgées entre 18 et 24 ans, 22.1% ont plus de 25 ans

En 2006, 51.8% des personnes rencontrées déclarent avoir consommé au moins un produit illégal (hors alcool et tabac) au cours de l'événement, et une personne sur cinq un produit autre que le cannabis.

En 2006, parmi les personnes qui consomment au moins un produit illicite (n=1198), 28.2% sont des femmes et 58.6% sont âgés entre 18 et 24 ans.

Nous observons que la consommation des stimulants illicites parmi les personnes rencontrées diminue depuis 2003. Parmi ces consommateurs, en 2006, 57.7% sont des hommes et 25.4% sont des femmes. Ces proportions sont stables dans le temps. Toujours parmi ces personnes en 2006, plus des deux tiers (65.7%) ont entre 18 et 24 ans. Cette consommation a changé depuis 2003 où les personnes de plus de 25 ans consommaient davantage de stimulants (33.4% en 2003 contre 22.0% en 2006) et les plus jeunes étaient moins nombreux à consommer (62.5% en 2003 contre 72.3% en 2006).

39 Il serait intéressant de faire le lien entre les produits consommés et le type d'événement. Nous pourrions ainsi mettre en évidence si certains événements influencent la consommation chez les personnes. Pour cela, il faudrait s'accorder sur une définition et une répartition claire et univoque des types d'événements.

Les usagers de drogues par injection (UDI)

Année	2003	2004	2005	2006
Personnes rencontrées (n)	399	1320	1950	2313
UDI (%)	4,3	2,9	2,7	2,6
UD Vie* (%)	73,7	76,6	74,2	77,4
UD Vie (n)	294	1011	1446	1790
UDI (%)	5,8	3,8	3,6	3,3
UDI (n)	17	38	52	59
Sexe (%)				
Homme	58,8	63,2	61,5	55,9
Femme	29,4	21,1	21,2	20,3
Classes d'âge (%)				
Moins de 18 ans	17,6	21,1	19,2	15,3
18-24 ans	47,1	36,8	51,9	47,5
25-29 ans	11,8	18,4	5,8	16,9
Plus de 30 ans	17,6	15,8	13,5	11,9

* Consommation d'au moins un produit illégal, hors alcool et tabac et ce, au cours de la vie

Notons qu'en 2003, des questionnaires ont été perdus. La couverture étant moins importante, une révision dans la méthode d'échantillonnage des événements a été nécessaire pour s'assurer que les équipes rencontrent bien leur public cible, expliquant en partie le taux d'UDI plus élevé pour cette année (4.3% des personnes rencontrées).

Parmi l'ensemble des personnes rencontrées en 2006 en milieu festif (n=2313), 2.6% sont UDI, soit 3.3% des personnes qui ont consommé au moins un produit au cours de leur vie.

Ce sont à 55,9% des hommes, pour 20,3% de femmes (23,8% de non réponses). Le plus grand groupe (47,5%) a entre 18 et 25 ans.

Les injecteurs à un festival en particulier

Depuis plusieurs années, des « recherches-actions » ont été mises en place spécialement sur un festival en particulier par l'asbl Modus Vivendi⁴⁰. A travers les analyses (voir le tableau suivant), nous observons depuis 1996 une tendance à la diminution de la proportion d'UDI.

40 Les conclusions de la dernière d'entre elle est encore en cours à l'heure de la rédaction de ces lignes

Cette diminution peut être expliquée par différentes raisons :

1. **La pratique de l'injection au festival se raréfie.** Cette hypothèse correspondrait au constat fait dans les comptoirs d'échange de seringues en Communauté française de Belgique : l'injection est un mode de consommation de moins en moins courant parmi les UD. Une des explications de ce phénomène est l'existence de messages de réduction des risques (RdR) qui font la promotion d'autres modes de consommation, l'injection étant le plus à risque. De plus, les usagers préféreraient d'autres modes de consommation.
Une autre explication pourrait être un changement dans le type de public qui fréquente le festival : plus jeune, davantage « Monsieur tout le monde ». Il est à noter que la programmation de ce festival initialement rock évolue vers de l'électro.
2. **Une partie du public UDI ne connaîtrait pas la pratique d'échange de seringues parmi les services offerts aux usagers. Le stand de comptoir d'échange de seringues ne serait donc pas assez visible.**
3. **Les UDI ne se reconnaîtraient plus dans ces interventions.** Au fil des années, l'accent a davantage été mis sur les pratiques de consommation courantes en milieu festif et les risques associés : la consommation de pilules d'ecstasy, le mode de consommation par voie nasale, la polyconsommation, la conduite automobile sous influence, etc. Ainsi, le matériel, le style, le discours, les jobistes, ne correspondraient plus à ce public d'UDI qui n'aurait plus envie de venir au stand de RDR.
4. **Ce public n'oserait pas s'identifier comme UDI face aux personnes qui n'injectent pas.** Il sentirait de la part des autres publics présents en milieu festif un regard négatif sur l'injection.
5. **Une importante partie du public d'UDI n'aurait pas d'accès matériel au stand d'échange de seringues.** La majorité du public injecteur ne logerait plus dans le camping officiel, mais bien dans des campings alternatifs, ou encore dans des parkings aux alentours. Ce serait lié au coût du camping (15 euros pour les 4 jours en 2007), mais aussi et surtout parce que le camping officiel n'accepte pas les chiens, les caravanes et mobil homes. Or l'échange de seringues se fait uniquement sur le site du camping.
6. **La pratique d'injection serait de plus en plus clandestine** en raison de la présence importante de la sécurité et de la police. Les UDI n'admettraient donc plus volontiers le fait d'injecter.
7. **Le succès de l'événement oblige les personnes qui souhaitent y aller à réserver (et payer) leur ticket à l'avance. Or il semble que les UDI soient plutôt des festivaliers de dernière minute.**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Répondants (n)	123	167	157	686	479	454	172	160	222	276	94
UD (%)	87	96	88	88	83	87	78	55	73	67	68
UD (n)	108	156	131	601	83	87	79	55	73	67	64
UDIs / usagers (%)	25	13	13	4	4	5	3	3	1	2	3

Nous constatons effectivement que le nombre d'UDI diminue d'année en année pour ce festival. Il faut être prudent dans l'interprétation de ces chiffres (la méthodologie de récolte des données a sensiblement changé depuis 1996, les UD de produits licites étant inclus dans le chiffre n global). Cette tendance ne signifie pas qu'il y a moins d'injecteurs mais il est probable que les injecteurs fréquentent d'autres lieux. Il serait important de vérifier cette hypothèse afin de mieux cibler les actions des partenaires et ainsi de rester en adéquation avec les nouveaux comportements du public cible.

De même, les UDI se rendant à un comptoir en milieu festif ont tendance à le faire à la sauvette et ne remplissent donc pas de questionnaire. Ils ne sont donc pas repris dans l'analyse ci-dessus.

Les problèmes liés à l'usage des drogues

L'existence de problèmes en lien avec la consommation par les personnes rencontrées tend à diminuer et ce, malgré la stabilité de la consommation des personnes rencontrées (consommation au cours de la vie d'au moins un produit en ce compris l'alcool et hormis le tabac).

Le tableau suivant présente les problèmes les plus fréquemment cités par les personnes rencontrées.

TABLEAU 13: Répartition en % des problèmes rencontrés par le public festif et leur profil démographique, Communauté française, 2003- 2006.				
Année	2003	2004	2005	2006
Personnes rencontrées (n)	399	1320	1950	2313
Problème(s) rencontré(s) (%)				
Physique	20,6	25,9	22,2	24,9
Relationnel	21,6	26,1	24,1	23,7
Psychologique	17,5	22,7	19,6	19,5
Au travail	19,5	19,1	18,8	17,0
Judiciaire	14,0	16,9	13,9	13,6
Economique	13,8	13,2	14,1	12,0
Sexuel	9,0	12,7	11,6	11,6
Au moins un problème	45,9	53,6	48,8	48,5
Au moins un problème (n)	183	707	951	1122
Sexe (%)				
Féminin	32,8	29,6	28,9	28,0
Masculin	10,9	12,3	27,7	29,7
Classes d'âge (%)				
Moins de 18 ans	12,6	10,7	16,3	15,1
Entre 18 et 24 ans	57,4	59,8	60,6	56,4
Entre 25 et 29 ans	16,4	14,4	13,0	15,3
Plus de 30 ans	9,3	10,2	6,2	8,2

Le trio de tête en 2006 est le suivant : problèmes physiques (24.9%), relationnels (23.7%), psychologiques (19.5%).

En 2006, les personnes ayant connu au moins un problème (n=683, soit 48.5% des personnes rencontrées) sont principalement âgées de 18 à 24 ans (56.4%), et 48.8% sont des hommes, pour 46.0% de femmes.

Les femmes courent plus de risques que les hommes de connaître au moins un problème ($p < 0.01$).

Le pourcentage de personnes ayant rencontré des problèmes au travail, en rapport avec leur consommation, est largement sous-estimé. En effet, une grande proportion des personnes rencontrées sont encore aux études.

Le dernier test HIV ?

En 2006, plus de la moitié des personnes rencontrées n'ont jamais fait le test « SIDA ».

Parmi les personnes qui l'ont fait, le dernier test réalisé remonte en moyenne (minimum – maximum) à 15 mois (1 – 168).

Année	2003	2004	2005	2006
Personnes rencontrées (n)	399	1320	1950	2313
Réalisation du test (%)				
Jamais	53,9	48,5	57,6	55,5
Oui	34,3	38,3	31,6	35,5
Date du dernier test (%)				
<3 mois	7,8	8,9	10,1	10,6
3 à 6 mois	7,8	7,7	5,6	6,8
7 à 12 mois	9,8	10,4	7,1	6,9
>13 mois	9,0	11,4	8,8	11,1

En 2006, 55.1% de toutes les femmes rencontrées et 57.4% des hommes rencontrés n'ont jamais fait le test. Ces proportions sont assez stables depuis 2003 avec une hausse légère en 2005.

Toujours en 2006, les proportions - par classe d'âge - des personnes n'ayant jamais fait le test diminuent, avec 82.3% des personnes rencontrées de moins de 18 ans, 59.2% des personnes entre 18 et 24 ans, 30.7% des personnes entre 25 et 29 ans et 19.8% des personnes de plus de 30 ans. Ces proportions sont assez stables dans le temps. Toutefois, une diminution de cette proportion dans la classe d'âge des plus de 30 ans est constatée depuis 2003 (en 2003, 27.6%).

Enfin, en 2006, 52.5% des UDIs rencontrés déclarent n'avoir jamais fait le test.

Plusieurs hypothèses ou facteurs peuvent expliquer ce taux :

- Les personnes rencontrées originaires de France ne connaissent pas (pas bien) les services de dépistage gratuits et anonymes chez elles ? (en 2006, on observait 23.8% de personnes originaires de France parmi toutes les personnes rencontrées. Pour la moitié d'entre elles, il s'agit principalement de jeunes entre 18 et 14 ans. Parmi ces « Français », 78.4% déclarent avoir consommé au cours de l'événement dont 2.5% sont des UDIs)
- Peu de médecins proposent spontanément le test à leurs patients ?
- Différence entre les services (exemple : les services où un médecin est présent...)?
- Dans certaines zones (en Belgique), l'accessibilité à des tests gratuits n'est pas la même.

La réalisation ou non du dépistage varie en fonction de l'âge. Les plus jeunes se font moins dépister que les 30-40 ans.

Les hommes passent le test plus jeunes et les proportions hommes-femmes s'équilibrent vers 30-40 ans.

Les risques liés au tatouage et au piercing

En 2006, 42.0% des personnes rencontrées connaissent le risque de contamination du SIDA et 50.0% de l'hépatite via tatouage ou piercing. Environ une personne sur trois déclare qu'il n'y a pas de risque. Cette réponse doit être mise en perspective avec les informations que l'on donne sur les pratiques tatouage/piercing en studio qui sont différentes de la réalité des pratiques lors d'un événement ou festival.

Relevons le nombre important de personnes qui sont incertaines ou ne savent pas. Une information adéquate auprès de ces personnes semble nécessaire.

Année	2003	2004	2005	2006
Personnes rencontrées (n)	399	1320	1950	2313
VIH (%)				
oui	49,4	23,0	21,1	42,0
non	37,8	20,9	14,4	36,2
incertain	13,3	6,1	5,0	14,1
ne sait pas	39,6	19,2	11,9	30,1
Hépatites (%)				
oui	44,1	15,5	27,4	50,0
non	39,8	14,6	12,5	35,5
incertain	15,3	4,8	6,1	14,0
ne sait pas	42,9	13,0	12,9	33,4

Le retour après l'événement

En 2006, un tiers des personnes rencontrées (33.3%) rentraient chez elles en tant que passager après l'événement, 27.4% en tant que conducteur, 15.4% via les transports en commun. Dans la catégorie « autres », les personnes ont mentionné le retour à pied, le séjour d'une nuit supplémentaire sur place, le retour à vélo.

Année	2003	2004	2005	2006
UD « événement »* (n)	273	877	1437	1791
Retour après l'événement (%)				
passager	15,8	11,3	9,0	12,7
véhicule	23,8	20,4	23,2	23,7
transport en commun	30,4	30,6	38,3	30,2
autre	15,8	20,1	19,1	21,5

* usagers de drogues en ce compris l'alcool et hors tabac

Parmi les personnes qui ont consommé au moins un produit au cours de l'événement (en ce compris alcool et hors tabac, 2006, n=1791), 23.7% reprenaient le volant, 30.2% étaient passagers, 12.7% utilisaient les transports en commun et 21.5% rentraient autrement.

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

Les données sont récoltées ponctuellement à travers des « opérations Boule-de-neige ». Ces opérations Boule-de-neige constituent un programme de prévention du SIDA, des hépatites et des autres risques liés à l'usage de drogues par les pairs. Leur but est de transmettre un message de prévention adapté à une catégorie de la population très peu touchée par les campagnes de prévention “classiques”, du fait de sa marginalité. Elles présentent l'avantage de cumuler un objectif de prévention et de diffusion de l'information avec la récolte de données sur l'évolution des connaissances et des attitudes des usagers de drogues, sur base de leur participation active à la prévention.

En 2006, 7 opérations ont été menées par Modus Vivendi dans le cadre des « EuroBdN »⁴¹ dont plus particulièrement, 3 opérations dites « classiques », 2 opérations en « prison », et 2 opérations « pilotes » : une opération centrée sur l'hépatite C et son dépistage ; et une opération avec un public migrant bulgare turcophone dans le milieu de la prostitution masculine.

Les chiffres présentés ci-après ne concernent que les opérations BdN « classiques ». Celles-ci nous ont permis de récolter 96 questionnaires à Bruxelles, 165 à Charleroi et 96 à Namur.

En 2006, les hommes sont majoritaires (69.6% d'hommes versus 30.0% de femmes). La proportion de femmes est relativement stable depuis 2000.

41 Les opérations EURO-BDN « sont nées d'une idée du Dr Jean-Pierre Jacques proposée en 1987 au Ministre Charles Picqué dans le rapport 'Mission SIDA – toxicomanies' ». Ces opérations ont été menées notamment en Espagne, en Grèce. Source : Goosdeel A, « Manuel Boule de Neige, méthodologie », Modus Vivendi, 1999, 70 pages.

Année de collecte de données	2000 à 2006
Type d'étude	« monitoring » ¹
Objet primaire	réduction des risques chez les usagers de drogues en rue, étude de la prévalence de consommation et polyconsommation
Population cible	usagers de drogues en rue
Méthode d'échantillonnage	Réseau social des jobistes
Echantillon d'étude	pas d'échantillonnage
Taux de réponse	-----
Couverture	en 2006, 3 opérations
Distribution d'âge	en 2006, médiane (DS) : 31 ans (8 ans)
Instrument d'investigation	interview

¹ Le but principal des opérations Boule-de-Neige est d'entrer en contact avec les usagers de drogues. Le questionnaire sert de facilitateur à cette rencontre mais n'est pas considéré a priori comme un outil de récolte de données. Des thèmes ou des publics spécifiques différents sont visés lors de certaines opérations. Le terme monitoring doit donc être pris ici avec recul.

La prévalence de consommation

Le tableau suivant donne des indications sur la prévalence d'usage de drogues parmi les personnes rencontrées en rue et ce, de 2000 à 2006.

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Personnes rencontrées (n)	228	1052	881	690	1140	1047	357
Produits consommés (%)							
Cannabis	83,8	81,9	78,7	72,3	76,4	81,5	75,1
Cocaïne	70,2	62,2	57,8	60,1	59,1	60,5	63,3
Héroïne	70,6	56,8	54,6	48,7	55,1	60,8	53,8
Benzodiazépine	45,2	47,8	46,9	38,8	39,8	44,8	28,0
Méthadone	28,1	26,7	27,9	23,5	31,8	36,4	24,6
Ecstasy	3,5	36,0	28,4	24,5	25,2	24,0	23,8
LSD	18,0	25,2	23,3	14,5	18,0	19,5	17,4
Amphétamine	18,4	28,0	22,6	13,6	16,4	19,3	17,1
Codéine	1,8	14,1	23,3	14,8	17,9	17,0	10,9
Morphine	26,3	13,7	15,3	8,6	13,2	13,4	8,4
Barbiturique	30,3	15,2	12,4	10,3	12,4	11,3	7,0
Buprénorphine	17,1	9,7	9,8	8,3	10,7	11,5	6,4

En 2006, les produits les plus consommés sont la cannabis (75.1%), la cocaïne (63.3%) et l'héroïne (53.8%). La consommation de ces trois produits reste stable dans leur évolution historique, ainsi que la méthadone non prescrite. Les autres produits connaissent une diminution de consommation depuis 2000 – 2001, avec des fluctuations au cours du temps.

La polyconsommation

TABLEAU 18: Nombre et répartition en % des personnes rencontrées en rue (EuroBdN) en fonction du nombre de produits consommés au cours du dernier mois, Communauté française, 2000- 2006.

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Personnes rencontrées (n)	228	1052	881	690	1140	1047	357
Aucun produit (%)	7,5	6,5	8,2	8,6	8,3	5,4	10,1
Cannabis uniquement (%)	2,6	6,7	7,2	8,1	7,0	7,6	9,2
1 produit illicite (hors cannabis) (%)	3,9	3,3	4,1	3,9	5,9	4,1	5,0
2 produits illicites (%)	8,3	13,9	12,7	17,8	14,8	15,3	17,6
Plus de 3 produits illicites (%)	77,6	69,4	67,5	58,1	63,9	67,5	58,0

En 2006, une personne rencontrée sur dix déclare n'avoir consommé aucun produit illicite au cours du dernier mois et moins d'une personne sur dix déclare avoir consommé du cannabis uniquement. Une large majorité (58.0%) ont consommé plus de trois produits illicites au cours de ce dernier mois. La polyconsommation chez les personnes rencontrées lors des opérations BdN semble diminuer depuis 2000.

Les usagers de drogues par injection (UDI)

TABLEAU 19: Répartition en % des usagers de drogues par injection rencontrés en rue (EuroBdN) et leur profil démographique, Communauté française, 2000 - 2006.

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Personnes rencontrées (n)	228	1052	881	690	1140	1047	357
UDI (%)	71,9	59,1	58,7	55,5	56,3	53,8	53,2
UD * (%)	92,5	93,3	91,5	88,0	91,6	94,6	89,9
UD (n)	211	982	806	607	1044	990	321
UDI (%)	77,7	63,3	64,1	63,1	61,5	56,9	59,2
UDI (n)	164	622	517	383	642	563	190
Sexe (%)							
Homme	67,1	68,0	67,7	70,8	63,1	64,5	74,7
Femme	29,9	31,4	30,6	28,2	35,4	33,0	23,7
Classes d'âge (%)							
< 18 ans	1,2	1,4	1,0	0,3	0,8	0,9	1,6
18-24 ans	14,6	15,8	20,7	17,5	13,7	15,5	16,3
25-29 ans	31,1	27,8	24,6	25,1	18,8	20,1	20,0
>30 ans	51,8	54,5	52,6	56,1	65,7	62,3	61,6
Age (années)	30	30	30	31	33	32	31
(minimum – maximum)	(16 – 57)	(16 – 68)	(16 – 52)	(17 – 72)	(16 – 56)	(16 – 72)	(14 – 58)

* Consommation d'au moins un produit illégal, hors alcool et tabac et ce, au cours de la vie

Les proportions d'UD et d'UDI diminuent sensiblement depuis 2000-2001. En 2006, neuf personnes rencontrées sur dix étaient consommatrices de produit(s) illicite(s) et la moitié de l'échantillon étaient des injecteurs, soit 59.2% des usagers de drogues.

Parmi les injecteurs, les trois quarts des personnes rencontrées (74.7%) sont des hommes, et principalement (61.6%) des personnes âgées de plus de 30 ans. L'âge moyen des injecteurs reste stable ces dernières années.

TABEAU 20: Répartition en % des produits consommés par les usagers de drogues par injection rencontrés en rue (EuroBdN), Communauté française, 2000 - 2006.

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
UDI (n)	164	622	517	383	642	563	190
Produits consommés en IV (%)							
Héroïne	65,9	66,7	56,9	59,5	57,5	58,8	64,7
Cocaïne	74,4	58,2	52,4	55,4	52,2	56,3	50,0
Méthadone	12,8	10,5	12,2	11,5	12,5	14,0	13,2
Amphétamine	8,5	10,0	8,1	6,8	5,1	5,9	4,2
Buprénorphine	3,0	2,3	5,2	1,3	2,2	2,1	2,1
Morphine	1,2	1,9	3,3	1,0	0,9	2,1	2,6

Parmi les produits consommés en intra-veineuse, l'héroïne est majoritaire (64.7% en 2006) et la moitié des injecteurs (50.0%) consomment en IV de la cocaïne. Les consommations fluctuent d'année en année et la consommation d'héroïne et de cocaïne est, certaines années, quasi similaire.

Comportement à risques des UDI

TABEAU 21: Répartition en % des usagers de drogues par injection rencontrés en rue (EuroBdN) ayant empruntés ou partagés des seringues ou du matériel d'injection usagés, Communauté française, 2000 - 2006.

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006
UDI (n)	622	517	383	642	563	190
Emprunt de seringues usagées (%)	26,7	25,0	27,7	41,1	43,7	28,9
Partage de seringues usagées (%)	29,3	26,5	29,5	28,2	26,8	27,9
Partage d'autre matériel d'injection (%)	35,4	27,7	34,7	30,7	31,3	25,8

En 2006, plus d'un quart des personnes rencontrées empruntent ou partagent des seringues usagées ou du matériel d'injection usagé.

Le taux d'emprunt de seringues usagées est stationnaire avec un pic en 2004 et 2005, de même que le taux de partage de seringues. Par contre, le taux de partage de matériel semble diminuer depuis 2001.

TABLEAU 22 : Répartition en % des usagers de drogues par injection rencontrés en rue (EuroBdN) ayant connaissance d'un comptoir d'échange de seringues dans leur région, Communauté française, 2000 - 2006.

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006
UDI (n)	622	517	383	642	563	190
Connaissance des comptoirs (%)	74,9	76,8	83,3	92,5	94,7	66,8
Bruxelles	35,3	36,3	36,2	18,8	36,0	41,5
Charleroi	45,2	44,1	64,0	71,7	54,8	46,0
Liège	63,5	56,7	61,7	59,0	59,6	ND
Mons	14,6	ND	ND	ND	ND	ND
Namur	44,7	36,0	10,0	36,0	44,8	32,7

ND : non disponible : pas d'opération BdN dans cette région.

La plupart des UDI rencontrés connaît un comptoir d'échange de seringues dans leur région. Cette connaissance varie d'une région à l'autre en fonction de l'offre.

Le dernier test HIV ?

TABLEAU 23 : Répartition en % personnes rencontrés en rue (EuroBdN) ayant fait ou non le dépistage SIDA – Hépatites, le vaccin Hépatites et leur statut sérologique, Communauté française, 2001 - 2006.

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Personnes rencontrées (n)	1052	881	690	1140	1047	357
Dépistage VIH (%)	71,1	70,0	65,4	72,9	68,6	58,0
Résultat VIH+ (%)	2,3	3,5	2,2	3,3	4,6	2,5
Dépistage hépatites (%)	62,5	63,7	58,8	64,0	62,4	52,7
Vaccin (%)	9,6	13,4	18,6	21,2	18,2	12,9
Résultat HAV + (%)	6,5	6,5	5,4	7,1	6,9	3,9
Résultat HBV + (%)	15,2	15,7	15,4	17,5	15,8	8,1
Résultat HCV + (%)	28,3	26,6	25,7	29,8	27,1	17,1
Résultat HDV + (%)	0,2	1,0	0,4	0,6	0,6	0,3
UDI (n)	622	517	383	642	563	190
Dépistage VIH (%)	80,2	77,0	77,0	79,6	75,8	66,3
Résultat VIH+ (%)	3,5	4,6	2,9	5,1	6,2	3,7
Dépistage hépatites (%)	75,2	72,5	75,7	75,5	73,5	66,3
Vaccin (%)	9,8	14,3	14,9	17,9	16,5	7,9
Résultat HAV + (%)	8,0	8,5	8,1	9,7	8,3	4,2
Résultat HBV + (%)	22,5	21,7	23,5	26,3	22,7	13,2
Résultat HCV + (%)	44,2	39,3	42,0	48,0	41,2	28,4
Résultat HDV + (%)	0,3	1,5	0,5	0,9	1,1	0,5

En 2006, 58.0% des personnes rencontrées avaient fait le dépistage SIDA et 52.7% le dépistage Hépatites. La séropositivité pour le SIDA est de 2.5%, hépatite A (HAV) 3.9%, hépatite B (HBV) 8.1%, hépatite C (HCV) 17.1% et hépatite D (HDV) 0.3%. La prévalence de séropositifs chez les personnes rencontrées est stable depuis 2001 avec une tendance à la baisse, pour les hépatites, en 2006.

La tendance à se faire dépister est plus importante chez les UDI qui réalisent les tests SIDA – Hépatites en même temps. En 2006, 71% des UDI avaient réalisé le test de dépistage SIDA et Hépatites.

2.1.3.3. Usagers de drogues en prison ⁴²

Une enquête a été menée dans toutes les prisons belges durant les mois d'octobre et de novembre 2006 afin d'évaluer, chez les détenus, la prévalence de l'usage de drogues et des comportements à risques qui sont liés à cet usage en prison, notamment par rapport aux transmissions d'hépatites B et C et du HIV. 10% des détenus incarcérés en Belgique ont été interviewés (902 détenus au total) et la plupart d'entre eux ont accepté de fournir un échantillon de fluide oral destiné à effectuer un test de dépistage anonyme des hépatites B et C. L'objectif à long terme est de réaliser un monitoring de ces données via une enquête bisannuelle. L'enquête 2008 est en cours de préparation.

Année de collecte de données	2006
Type d'étude	monitoring
Objet primaire	prévalence de l'usage de drogues et des comportements à risques qui y sont liés
Population cible	usagers de drogues en prison
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire
Echantillon d'étude	échantillonnage en grappe, soit 10% de la population carcérale belge (n=10.614)
Taux de réponse	-----
Couverture	32 prisons belges
Distribution d'âge	en 2006, médiane (DS) : 31 ans (8 ans)
Instrument d'investigation	questionnaire auto-administré anonyme + échantillon de fluide oral (test de dépistage hépatites B et C)

La population générale

Au premier juin 2006, on recense en Belgique 32 prisons dont la population totale est composée de 10.614 détenus répartis en trois catégories: les détentions préventives (37.4 %), les condamnés (52.6 %) et les « autres »⁴³ (0.9%). Les personnes internées dans les établissements de défense sociale (9.1%) sont nommées ci-après les « personnes internées ».

Huit prisons accueillent des femmes. Au total, les femmes représentent 4.5 % de la population carcérale en Belgique.

42 Todts S., Hariga F., Pozza M., Leclercq D., Glibert P., Micalessi M.-I., « Preliminary report, Report Europrison 2006 », Modus Vivendi, Bruxelles, 2007.

43 La catégorie « autres » comprend un groupe hétéroclite d'individus parmi lesquels des non belges qui sont à la disposition des autorités ainsi qu'un tout petit groupe de vagabonds.

La population cible

L'échantillon est constitué d'une grande majorité de condamnés. La majorité des détenus interrogés (42.2%) ont plus de 35 ans, 35.6% ont entre 26 et 35 ans et 21.8% ont moins de 26 ans. L'échantillon compte environ 5% de femmes.

Parmi les détenus pour lesquels c'est la première expérience en prison, seuls 7.2% ont été incarcéré pour des raisons liées à la loi sur les stupéfiants (et 23.6% pour les "récidivistes").

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

Six personnes sur dix rapportent avoir consommé une substance illégale au moins une fois au cours de leur vie. À cet égard, on ne relève aucune différence entre les deux régions linguistiques ou entre les prisonniers masculins et féminins.

Par contre, on trouve une différence de consommation selon le groupe d'âge : les plus jeunes détenus ont davantage consommé que les détenus de plus de 35 ans ($p < 0.01$).

On rencontre sensiblement plus de consommateurs de drogues parmi les personnes détenues en raison de faits liés à la drogue ($p < 0.01$). De plus, les détenus pour qui ce n'est pas la première expérience carcérale ont significativement plus de risques d'être incarcérés en raison d'une combinaison de faits liés aux drogues ($p < 0.01$).

On retrouve les mêmes préférences pour certaines drogues chez l'ensemble des usagers, avec cependant quelques variations mineures :

- le haschich est la substance la plus souvent mentionnée, suivie de la cocaïne, excepté chez les prisonniers féminins, où la cocaïne est plus souvent mentionnée. Les femmes prisonnières mentionnent en effet l'utilisation de cocaïne davantage que les hommes ($p < 0.01$). Les femmes mentionnent également plus souvent la consommation de tranquillisants ;
- après le haschich et la cocaïne, les autres substances les plus mentionnées dans les « détentions préventives » sont les amphétamines et l'ecstasy ; chez les condamnés l'ecstasy et les tranquillisants; alors que chez les « personnes internées » ce sont les amphétamines et les tranquillisants.

	pop. totale		prévenus		condamnés		personnes internées		femmes	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	n = 902		n = 255		n = 520		n = 110		n = 50	
Produits	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
héroïne	247	(27,4)	52	(20,4)	160	(30,8)	29	(26,4)	21	(42,0)
cocaïne, crack	349	(38,7)	91	(35,7)	217	(41,7)	35	(31,8)	28	(56,0)
speed, amphétamines	241	(26,7)	64	(25,1)	147	(28,3)	26	(23,6)	18	(36,0)
ecstasy	251	(27,8)	68	(26,7)	158	(30,4)	22	(20,0)	16	(32,0)
LSD ou champignons hallucinogènes	183	(20,3)	46	(18,0)	117	(22,5)	18	(16,4)	16	(32,0)
methadone, buprénorphine	147	(16,3)	33	(12,9)	100	(19,2)	11	(10,0)	16	(32,0)
hashish, marijuana	472	(52,3)	132	(51,8)	278	(53,5)	51	(46,4)	24	(48,0)
somnifères, tranquillisants	244	(27,1)	54	(21,2)	158	(30,4)	25	(22,7)	21	(42,0)
mixtures préparées soi-même	50	(5,5)	10	(3,9)	34	(6,5)	6	(5,5)	8	(16,0)
autre	54	(6,0)	10	(3,9)	32	(6,2)	10	(9,1)	5	(10,0)

Consommation initiée en prison

L'initiation à de nouveaux produits en prison n'est pas rare : 6.0% des prisonniers déclarent avoir été initiés à l'utilisation de l'héroïne en prison. Cela représente une personne sur cinq parmi les consommateurs d'héroïne.

Parmi les personnes qui ont déclaré avoir commencé à consommer en prison, 19.9% ont commencé avec de l'héroïne, 15.4% avec des somnifères ou tranquillisants et 13.2% avec du cannabis.

Initiation de consommation à de nouveaux produits pendant l'actuelle incarcération	Oui (n=212)	% échantillon (n=902)	% usagers (n=266)
héroïne	53	(5,9)	(19,9)
cocaïne, crack	14	(1,6)	(5,3)
speed, amphétamines	11	(1,2)	(4,1)
ecstasy	14	(1,6)	(5,3)
LSD ou champignons hallucinogènes	7	(0,8)	(2,6)
methadone, buprénorphine	20	(2,2)	(7,5)
hashish, marijuana	35	(3,9)	(13,2)
somnifères, tranquillisants	41	(4,5)	(15,4)
mixtures préparées soi-même	10	(1,1)	(3,8)
autre	7	(0,8)	(2,6)

La consommation en prison

Dans notre échantillon, près d'une personne sur trois (29.5 %) déclare avoir consommé une substance illicite au cours de l'incarcération actuelle. Pour la plupart d'entre elles, ce fut du cannabis (92.5 %). Les autres drogues les plus consommées sont l'héroïne (40.6 % des usagers de drogues), les tranquillisants non prescrits (39.5 %), la cocaïne (29.7 %) et les amphétamines (24.1 %).

TABLEAU 26: Consommation de drogues illégales en prison, Modus Vivendi, Belgique, 2006		
	n	(%)
Usage de drogues en prison (n=902)	266	(29,5)
Produits consommés pendant l'actuelle incarcération (n=266)		
héroïne	108	(40,6)
cocaïne, crack	79	(29,7)
speed, amphétamines	64	(24,1)
ecstasy	45	(16,9)
LSD ou champignons hallucinogènes	10	(3,8)
methadone, buprénorphine	42	(15,8)
hashish, marihuana	246	(92,5)
somnifères, tranquillisants	105	(39,5)
mixtures préparées soi-même	15	(5,6)
autre	8	(3,0)

L'association de drogues la plus fréquente réunit l'héroïne et le cannabis (38.4 % des consommateurs).

Les raisons principalement évoquées à l'usage de drogues en prison sont : *pour se relaxer* (74.8%), *pour oublier les problèmes* (51.9%) ou parce que la personne *s'ennuie* (33.5%).

Soixante et un consommateurs (22.9%) ont des dettes en relation avec la drogue et parmi ceux-ci, la moitié ont pu payer quand ils ont pu et ce, sans avoir de problèmes. Un tiers de ces personnes ont réussi à trouver un arrangement pour éponger leur dette.

Un détenu sur cinq (21.5%) déclare avoir rencontré des problèmes liés à la drogue (vol, chantage, menaces physiques, ...) lors de la détention actuelle. Les personnes ne consommant pas de drogue et les « personnes internées » sont sensiblement plus concernées par ces problèmes.

Autres comportements à risques

Les risques sanitaires persistent : 8.5 % des prisonniers se sont fait tatouer en prison et 1.0 % se sont fait faire un piercing. Une petite minorité des détenus (5.2 %) a eu des contacts sexuels en prison et seulement 11.4 % d'entre eux ont utilisé un préservatif. Les « personnes internées » présentent davantage de comportements à risque.

Injection de drogues

Près d'un répondant sur cinq déclare s'être injecté de la drogue au moins une fois dans sa vie. Parmi ces consommateurs, 36 s'injectent de la drogue en prison. Six d'entre eux ont partagé leur matériel d'injection et 21 ont désinfecté leur matériel (8 à l'alcool, 7 à l'eau bouillante et 4 à l'eau de Javel).

TABEAU 27 : Injection de drogues illégales en prison, Modus Vivendi, Belgique, 2006		
	n	(%)
Injection de drogues au cours de la vie (n= 902)		
oui	163	(18,1)
Fréquence de l'injection au cours du mois précédent l'actuelle incarcération (n= 163)		
je ne me suis pas injecté de drogues pendant cette période	77	(47,2)
une ou quelques fois	33	(20,2)
(presque) tous les jours	42	(25,8)
Injection de drogues en prison (n= 163)		
oui	36	(22,1)

Les prévalences des hépatites B et C et le HIV

Dans le tableau suivant, on observe que la prévalence de l'hépatite B dans l'échantillon est de 1.9%, et la prévalence de l'hépatite C de 7.5 %.

TABEAU 28 : Résultats des tests pour les hépatites B et C parmi les personnes testées¹ en prison (n=464), Modus Vivendi, Belgique, 2006		
	n	(%)
Antigènes de surface de l'hépatite B négatifs	455	(98,1)
Antigènes de surface de l'hépatite B positifs	9	(1,9)
Anticorps de l'hépatite C négatifs	427	(92,5)
Anticorps de l'hépatite C positifs	35	(7,5)

1 Pour des raisons financières, un échantillon de salive sur deux a été analysé (au total, 462 échantillons). Nous considérons le test sur l'hépatite B comme « positif » s'il y a présence d'antigène de surface hépatite B et pour l'hépatite C si l'analyse révèle des anticorps anti hépatite C.

De manière générale, le niveau de connaissance sur les modes de transmission du HIV est bon à très bon chez plus de 50.0 % des prisonniers, avec cependant quelques confusions concernant des aspects spécifiques tels que la transfusion sanguine.

Près d'une personne sur trois déclare avoir fait un test HIV pendant son incarcération. Un nombre important d'individus chez qui le test a été réalisé, ne connaissent pas le résultat du test⁴⁴.

Seulement quatre personnes déclarent être HIV-positives. Ces personnes ont un bon niveau de connaissance à propos des comportements à risque. Aucune d'elles n'a déclaré avoir eu des contacts sexuels en prison (en dehors des salles privées de visite).

44 Il y a en effet un problème persistant dans quelques prisons, où en raison de contraintes de temps, des détenus ayant des résultats d'essai négatifs ne sont pas automatiquement informés des résultats. Toutefois, dans de tels cas, la non communication du résultat correspond à un résultat négatif.

TABLEAU 29 : Résultats pour le HIV parmi les personnes interviewées en prison, Modus Vivendi, Belgique, 2006		
	n	(%)
Testé pour le VIH pendant l'actuelle détention (n = 902)		
non	629	(69,7)
oui	264	(29,3)
Résultat du test HIV réalisé pendant l'actuelle détention (n = 264, testés pour le VIH)		
je ne suis pas infecté	221	(83,7)
je suis infecté	4	(1,5)
je ne sais pas	32	(12,1)
Testé pour les hépatites virales pendant l'actuelle détention (n = 902)		
non	607	(67,3)
oui	276	(30,6)
Résultat du test Hépatites réalisé pendant l'actuelle détention (n = 276, testés pour les hépatites virales)		
je ne suis pas infecté	186	(67,4)
je suis infecté pour l'hépatite B	12	(4,3)
je suis infecté pour l'hépatite C	38	(13,8)
je suis infecté pour l'hépatite B et C	8	(2,9)
je suis infecté mais je ne sais plus pour laquelle	3	(1,1)
je ne sais pas	22	(8,0)
Vaccination pour l'hépatite B (n = 902)		
non	427	(47,3)
oui	222	(24,6)
je ne sais pas	236	(26,2)

La prévention des comportements à risques et de la transmission des infections en prison reste un challenge pour les services des soins de santé pénitentiaires. La présence de drogues et d'usagers de drogues en prison influencent sans conteste la qualité de vie en prison tant pour les usagers que pour les autres détenus, ainsi que pour les administrations pénitentiaires.

2.1.3.4. Usagers de drogues rencontrés dans les dispositifs d'échanges de seringues

Source : Rapport d'activité Modus Vivendi, 2006.

Les données sont récoltées en continu au sein du dispositif d'échange de seringues en Communauté française. Ce dispositif comprend 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.

Le dispositif d'échange de seringues répond à trois objectifs : i) augmenter l'accessibilité au matériel d'injection⁴⁵ et réduire les risques de transmission du VIH ou des hépatites liés à l'injection (conseils, documentation) ; ii) réduire les risques de piqûres accidentelles par des non-consommateurs en encourageant la récupération de seringues ; iii) permettre le contact avec les usagers et la création de « liens ».

Les comptoirs fixes sont également des lieux de relais d'éventuelles demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale. Ils sont un lieu d'écoute et d'échange accessibles aux horaires décalés des usagers. Par ailleurs, ils visent à promouvoir d'autres moyens de consommation que l'injection. Ils mettent à la disposition des usagers des conseils de réduction des risques, des informations sur le SIDA, les hépatites, sur les drogues, sur les substances en circulation qui pourraient être plus particulièrement dangereuses, etc. Dans certains comptoirs, une infirmière est engagée pour sensibiliser les usagers et donner quelques soins de base.

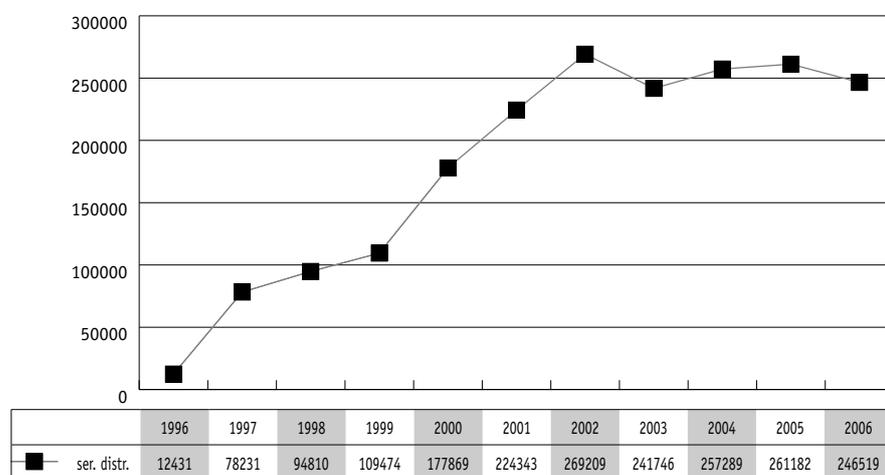
Année de collecte de données	1994 à 2006
Type d'étude	monitoring
Objet primaire	distribution de seringues et de matériel d'injection
Population cible	usagers de drogues en rue
Méthode d'échantillonnage	
Echantillon d'étude	pas d'échantillonnage
Taux de réponse	-----
Couverture	Communauté française et Bruxelles
Distribution d'âge	
Instrument d'investigation	inventaire des seringues et de matériel d'injection distribués

La distribution 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 constante de 1994 à 2002. On observe un certain fléchissement en 2003 et une stagnation depuis.

45 Outre les seringues, on y trouve de l'eau pour injection, des tampons désinfectants, de l'acide ascorbique et - de manière moins systématique - des cuillères et filtres (Stéricup®).

Figure 9 : Évolution du nombre de seringues distribuées aux usagers de drogues injecteurs via les dispositifs d'échange de seringues, Communauté française, 1996-2006.



Le tableau suivant présente les taux d'échange en Communauté française. Ce taux correspond au nombre de seringues récupérées par rapport au nombre de seringues données par les dispositifs exprimé en %.

TABLEAU 30 : Évolution du taux d'échange de seringues, Communauté française, 1996-2006.

année	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
taux d'échange (%)	24	45	31	26	99	98	92	101	103	93	92

De manière globale, les chiffres de distribution des seringues et matériel connexe sont stables depuis plusieurs années.

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 92% en 2006. 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.

A titre d'exemple, l'échange de seringues en Communauté française a été l'occasion au minimum⁴⁶ de 15.985 contacts en 2002, pour 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 Charleroi⁴⁷. Âgés de 15 à 40 ans, ces usagers sont des hommes à 80%, vivent seuls pour la plupart, avec un à quatre enfants pour un tiers environ. Près de la moitié vivent chez un tiers, dans un squat ou à la rue, ou encore en institution. Enfin, près de 80% des répondants ont déjà eu au moins une expérience d'emprisonnement et un tiers d'entre eux 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.

⁴⁶ Les données sont incomplètes ou indisponibles en certains lieux.

⁴⁷ 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.

Les objectifs à court terme

Les objectifs à court terme du projet sont d'augmenter l'utilisation de certains outils (Stéricup par exemple⁴⁸) et favoriser l'échange de seringues dans certaines régions (Namur par exemple) ou lieux de vie (prisons par exemple) que le dispositif actuel ne couvre pas assez ou pas du tout.

Ces objectifs sont néanmoins limités par les moyens financiers dont disposent les équipes (dont Modus Vivendi, coordinateur des dispositifs⁴⁹) qui se voient obligées de restreindre la distribution du matériel. Cette situation entraîne un malaise chez les partenaires de terrain et ceux-ci sont régulièrement pointés du doigt par les usagers qui dénoncent le non sens du discours des professionnels qui visent à prévenir la transmission des maladies infectieuses et réduire les risques liés à l'usage de drogues sans mettre à leur disposition le matériel indispensable à cet effet.

Le Stéricup en est l'exemple le plus flagrant puisque distribués parcimonieusement via les comptoirs, insuffisamment en rue et pas du tout dans les pochettes Stérifix. L'augmentation importante du prix des flapules d'eau en 2006 et l'augmentation de 6% du prix du Stéricup en 2007 accentueront encore davantage cette difficulté.

Par ailleurs, d'autres problèmes liés à l'achat du matériel ont été rencontrés en 2006 notamment celui des flapules d'eau stérile injectable et ce, pour des raisons liées à l'absence d'autorisation des douanes.

La distribution de Stéricups®

Les 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 sont parfois « rationnés ». Le nombre distribué correspond normalement à un tiers du nombre de seringues distribuées au même endroit. La prévention des hépatites C s'en ressent au premier chef.

Les pochettes d'injection en pharmacie, les Stérifix®

La pochette Stérifix⁵⁰, contenant quant à elle 2 tampons alcoolisés, 2 fioles d'eau stérile injectable, des conseils sanitaires et des adresses utiles au plan local, est accessible en pharmacie. Elle est actuellement en vente dans les villes de Bruxelles, Namur, Charleroi, Chimay et Couvin.

Ce sont les usagers eux-mêmes qui, lors d'« opérations Stérifix », démarchent les pharmaciens : les objectifs de ces opérations sont de (re)-sensibiliser les pharmaciens à l'importance de mettre à disposition des UDI du matériel stérile d'injection et donc augmenter le nombre de pharmacies impliquées dans le projet. Outre ce travail de sensibilisation, les opérations visent également à rapprocher usagers de drogues et pharmaciens, à promouvoir la citoyenneté des usagers par leur participation à un programme de prévention et favoriser la concertation et l'échange d'informations entre les intervenants impliqués (usagers, intervenants professionnels, etc.).

En 2006, 23.050 pochettes ont été envoyées aux distributeurs-répartiteurs. Puisque les pharmaciens incluent dans chaque pochette une moyenne de 2 seringues, ces pochettes représentent donc 46.100 seringues distribuées via ce canal.

48 Les Stéricups®, kits contenant une cuillère stérile et un filtre

49 Modus Vivendi intervient comme centrale d'achats pour les différents dispositifs. Dans le cadre de la centrale d'achat, Modus Vivendi gère le stock de matériel destiné aux partenaires de l'échange de seringues et assure leur approvisionnement en fonction des demandes. Par ailleurs, Modus Vivendi initie des rencontres avec tous les partenaires et ce, à intervalles réguliers. Ces « rencontres » sont en quelque sorte une plate-forme d'échanges, de débat, d'information et de participation.

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

année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
nombre de seringues	28.986	24.166	26.000	31.850	46.850	38.500	46.100

Outils de communication

Modus Vivendi a réédité et réimprimé les « semainiers », petit dépliant format poche reprenant, pour chaque région, les horaires et les adresses de l'ensemble des dispositifs d'échange de seringues actifs en Communauté française de Belgique. Ainsi, les usagers peuvent plus facilement identifier les différents projets comme étant partie d'un dispositif complémentaire visant à leur faciliter l'accès au matériel stérile d'injection. Ils peuvent aussi savoir où se procurer du matériel stérile durant leurs divers déplacements. Ils sont distribués dans les comptoirs et les pharmacies, mais aussi dans les centres de prise en charge et de traitement.

En partenariat avec les comptoirs, un outil de sensibilisation au sniff propre a été réalisé : le Roule Ta Paille ou « RTP ». Cet outil est très apprécié par les consommateurs : il est de petite taille, présente de l'information objective et trop souvent peu connue concernant les hépatites et les risques de transmission liés au partage des pailles, s'utilise facilement et offre un mode de consommation alternatif aux injecteurs.

Réalisée par le Réseau Hépatites C - Bruxelles, la brochure « Hépatites C, on peut en guérir » spécialement conçue pour les usagers de drogues et permettant de mieux comprendre la maladie et sa prise en charge a été distribuée aux partenaires en Communauté française.

Le projet à moyen terme est d'informatiser et systématiser la récolte des données concernant l'inventaire des seringues et du matériel connexe. En plus de ces données, seront récoltées des informations sur l'accessibilité des comptoirs et des thématiques liées à l'usage de drogues et les comportements à risques associés.

2.1.3.5. Population des usagers de drogues rencontrés lors des campagnes de dépistage du Réseau Hépatite C

Le « réseau Hépatite C - Bruxelles » organise régulièrement (tous les six mois en fonction des moyens financiers disponibles) des journées de campagnes de dépistage hépatite C et ce, quelques fois par an, pendant quelques heures. Le Réseau travaille en collaboration avec les comptoirs d'échange Clip et LAIRR, Modus Fiesta et le Service Prévention de la commune de Saint-Gilles.

Le Réseau, créé en 2002, regroupe des professionnels actifs dans le milieu de l'hépatite C ou de la toxicomanie en région bruxelloise⁵¹. Les objectifs du Réseau sont :

- Mieux prévenir le VHC, mieux le dépister, mieux le soigner et mieux le vivre.
- Améliorer l'accessibilité aux soins des patients.
- Ouvrir le champ médical vers la globalité du patient et des personnes à risque en y intégrant les aspects environnementaux.
- Dynamiser les ressources professionnelles des différents membres par la création d'un espace d'expression et d'échange.
- Favoriser une information exacte et précise sur l'hépatite C à travers le milieu médical bruxellois.
- Construire un climat de confiance réciproque favorisant une circulation fluide de l'information.

⁵¹ Informations disponibles sur le site de la Cocof :
{ http://www.cocof.irisnet.be/site/fr/reseauxsante/rhcb/pourquoi_htm}, dernière consultation le 28/03/08

- Répertorier les ressources locales utiles pour les patients atteints du VHC.
- Identifier les besoins en termes de recherche.

A l'occasion de ces campagnes, les personnes dépistées sont invitées à répondre à un questionnaire abordant les risques encourus ces derniers mois (usage de drogues et mode de consommation, relations sexuelles non protégées, motivations qui poussent à faire le dépistage, connaissance des modes de transmission des MST). Les résultats sont communiqués aux personnes deux semaines après le dépistage.

Toute personne peut participer aux campagnes. Toutefois, compte tenu des partenaires, on peut supposer que le public le plus touché est celui des usagers de drogues. Notons qu'à travers les résultats, on constate que parmi le public il y avait également des personnes précarisées et des illégaux.

Les données suivantes sont une compilation des personnes dépistées depuis 2005 par le réseau.

Remarques : Les données et les commentaires suivants sont largement extraits des rapports annuels du Réseau Hépatite C (Coordination : Anne Cécile Huwart, analyse des données : Modus Vivendi).

Notons que les échantillons sont faibles. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

Enfin, on constate beaucoup de non-réponses ou de questionnaires peu remplis.

Année de collecte de données	2005, 2006
Type d'étude	ponctuelle
Objet primaire	dépistage de l'hépatite C
Population cible	tout public
Méthode d'échantillonnage	
Echantillon d'étude	pas d'échantillonnage 69 personnes en 2005 ; 103 en 2006
Taux de réponse	-----
Couverture	
Distribution d'âge	
Instrument d'investigation	interview

Caractéristiques socio-démographiques

Sexe et Age

Année	2005		2006	
Sexe	F	M	F	M
n	17	52	26	65
%	25%	75%	29%	71%
Age (en années)				
moyenne	33	35	39	37
maximum	55	65	71	67
minimum	20	20	20	21

Environ un tiers des personnes qui se sont présentées aux campagnes de dépistage sont des femmes. La moyenne d'âge est de 34 ans en 2005 et de 38 ans en 2006. Il semble que la moyenne ait particulièrement évolué chez les femmes, passant de 33 ans en 2005 à presque 40 ans en 2006 !

En fonction de l'usage de drogues et des modes de consommation, les moyennes d'âge varient, de 46 ans pour le non consommateur, à 31 ans pour les UDI et 28 ans pour les usagers qui sniffent.

Autres caractéristiques socio-démographiques

En 2005, un quart des personnes rencontrées (26%) sont illégales. Pour la plupart (64%), elles ont une couverture sociale et 62% des personnes rencontrées ont des revenus.

En 2006, 17% des personnes rencontrées sont illégales. Une majorité des personnes (58%) sont en ordre de mutuelle et 57% des personnes rencontrées disposent de revenus.

Prévalence de l'hépatite C

En 2005, sur les 69 personnes rencontrées, 87% des personnes présentent un test négatif, et 13% un test HCV positif.

Un peu moins de la moitié des personnes rencontrées (43%) déclarent avoir couru des risques (consommation de drogues par sniff ou par injection, échange de paille ou de matériel d'injection, relations sexuelles non protégées, tatouage,...).

En 2006, sur les 103 personnes rencontrées, 80.6% des personnes ont un test négatif ; 6.8% ont un test HCV positif et pour 11.7% d'entre elles, le test n'a pas été réalisé ou la quantité de sang n'était pas suffisante. Chez une personne, le résultat est « douteux ».

Profil de consommation de drogues des personnes séropositives

Tableau 33 : Présentation des résultats au test, par sexe et par mode de consommation de drogues, chez les personnes rencontrées lors des campagnes de dépistage Réseau Hépatite C, 2005-2006, Réseau Hépatite C (Bruxelles)							
Année		2005			2006		
Sexe	Mode de consommation	N	négatif	Positif	N	négatif	Positif
Féminin	IV	3	33%	67%	3	33%	0%
	IV et sniff	2	0%	100%	2	0%	50%
	Sniff	7	100%	0%	1	100%	0%
	Autre	1	100%	0%	6	100%	0%
	Non usager de drogues	3	100%	0%	4	25%	25%
	Non réponse	1	0%	100%	9	100%	0%
Somme Femmes		17	71%	29%	25	72%	8%
Masculin	IV	2	50%	50%	4	25%	25%
	IV et sniff	3	67%	33%	8	38%	25%
	Sniff	11	100%	0%	17	94%	6%
	Autre	15	100%	0%	10	100%	0%
	Non usager de drogues	19	100%	0%	2	0%	0%
	Non réponse	2	0%	100%	23	100%	0%
Somme Masculin		52	92%	8%	64	83%	6%
Total		69	87%	13%	89	80%	7%

En 2005, 29% des femmes qui se sont présentées ont un test HCV positif, pour 8 % des hommes. Notons que parmi toutes les personnes rencontrées, les femmes ont davantage déclaré avoir couru des risques que les hommes.

Sur les 5 femmes déclarant avoir injecté des drogues, 4 ont un test HCV positif.

Sur les 5 hommes déclarant avoir injecté des drogues, 2 ont un test HCV positif.

En 2006, 8% des femmes qui se sont présentées ont un test HCV positif, pour 6 % des hommes. Comme en 2005, la part des femmes présentant des facteurs de risque est plus élevée que la part des hommes.

Sur les 5 femmes déclarant avoir injecté des drogues, 1 a un test HCV positif.

Sur les 12 hommes déclarant avoir injecté des drogues, 3 ont un test HCV positif.

Notons par ailleurs que les professionnels de la santé qui ont participé à ces campagnes relèvent une méconnaissance du mode de transmission de l'hépatite C et suspectent une confusion avec les modes de transmission du SIDA et de l'hépatite B (concernant la salive).

2.1.3.6. Usage de drogues chez les personnes prostituées ⁵²

Auteur-promoteur : pour la troisième année consécutive, 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, 1998-2006) ».

Année de collecte de données	11/03/1998 – 31/12/2006
Type d'étude	enquête
Objet primaire	évaluation d'une campagne de vaccination
Population cible	personnes prostituées
Méthode d'échantillonnage	
Echantillon d'étude	pas d'échantillonnage (toutes les personnes vaccinées dans le cadre de la campagne hépatiteB)
Taux de réponse	-----
Couverture	Liège, Namur, Charleroi
Distribution d'âge	
Instrument 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 2006, soit un total de 1492 questionnaires (691 à Espace P Liège, 342 à Espace P Namur, 459 à Espace P Charleroi).

Les caractéristiques démographiques et socio-économiques des 1492 prostitué(e)s doivent être interprétées avec prudence, certaines des questions souffrant d'un taux important de réponses manquantes (âge de début de la prostitution, suivi médical et/ou gynécologique, couverture de soins de santé et usage de drogue). Ces données et leur évolution sont celles des prostituées recrutées par Espace P et ne sont pas nécessairement représentatives de celles des prostituées en général, leur mode de recrutement n'étant pas aléatoire mais le plus souvent dicté par des impératifs d'organisation pratique ou des choix stratégiques. Elles sont toutefois intéressantes à titre indicatif.

Les répondants sont à 97% des femmes et l'âge moyen au moment de leur inclusion dans l'étude est de 31,4ans. Outre les 3% d'hommes, on compte moins d'1% de transsexuels.

La majorité des prostitué(e)s sont d'origine belge (68%). Suivent les personnes originaires d'autres pays d'Europe occidentale (15,4), d'Afrique (11%) (dont 7,6 d'Afrique subsaharienne), d'Europe de l'Est (4,3), et enfin les sud-américaines et les asiatiques (resp. 1% et 0,3%).

L'âge de début de prostitution est en moyenne de 26,3 ans.

5,8 % des répondants déclarent consommer ou avoir consommé des drogues par voie intraveineuse. Cela dit, le pourcentage de données manquantes pour cette variable est important (25,3%). Ceci serait principalement dû à la difficulté de poser la question de l'usage de drogues par voie intraveineuse.

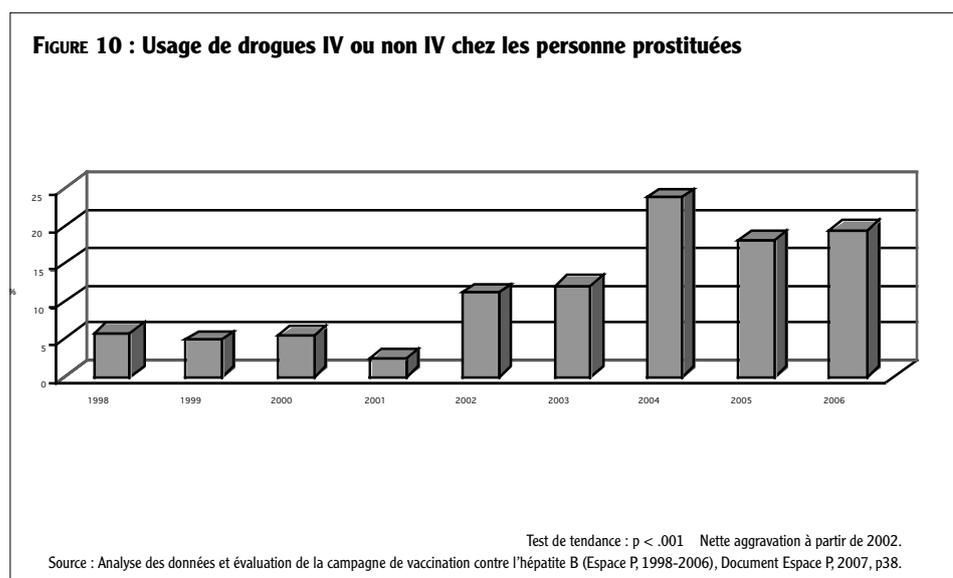
52 Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B (Espace P, 1998-2006), Document Espace P, 2007.

En ce qui concerne la nationalité, l'usage de drogues est plus important chez les Belges (14,6%) que chez les Non-Belges (7,1%). Il n'y a toutefois pas de différence significative en ce qui concerne la consommation de drogues par voie intraveineuse (6,5% de Belges, pour 4% de Non-Belges).

		Données valides	
		n	%
Usage de drogues	Oui (IV)	65	5,8%
	Oui (non IV)	74	6,6%
	Non	975	87,6%
	Total	1114	100%

Source : Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B (Espace P, 1998-2006), Document Espace P, 2007.

L'usage de drogues en général s'est accru chez les répondants dans les années 2000, comme l'indique la figure suivante :



L'étude montre d'importantes différences selon la nationalité d'origine. Les prostituées d'origine Non-Belge travaillent proportionnellement plus souvent en bar ou en rue (76,4% vs 59,1%) et moins souvent en privé (23,6% vs 40,9%) que les Belges. Elles sont plus souvent sans mutuelle (33,3 % vs 6,9 %) et sans médecin traitant ni gynécologue (21,4 % vs 5,1 %).

De même, le médecin traitant est moins souvent au courant de la prostitution chez les prostitué(e)s d'origine étrangère que chez les Belges (82,2% vs 62,9%).

L'étude décrit aussi des différences selon que les prostituées travaillent dans un lieu « visible » (bar, vitrine, rue) ou en privé. Celles qui travaillent en privé sont les plus intégrées : c'est chez elles qu'on trouve la plus grande proportion de Belges, la meilleure couverture sociale, le meilleur suivi médical. La différence d'usage de drogues est cependant peu marquée : 10,8% en privé pour 13,5% en espace « visible ».

Ces observations ainsi que le reste de l'étude indiquent que les prostituées d'origine Non-Belge et celles qui travaillent en bar ou en rue, mais aussi les plus jeunes, ont un statut globalement plus défavorable : une moindre couverture sociale et un moindre recours au système de soins. Ces trois facteurs de risque sont parfois cumulés : on trouve davantage de Non Belges et de jeunes parmi celles qui travaillent en bar ou en rue.

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 (risque accru de contamination par ce virus) :

« Les résultats montrent effectivement une séroprévalence de 2.5 % chez les prostituées, significativement supérieure à la prévalence de 0.9 % de la population générale ($\chi^2 = 18.3$, $p < 0.001$, OR = 2.8 [IC 95% : 1.7 – 4.6]). Toutefois, on note un taux de contamination de 16,4 % chez les prostituées toxicomanes par voie intraveineuse, alors qu'il n'est que de 1,6 % chez les prostituées non toxicomanes (...). Le facteur de risque pour le virus C apparaît donc clairement être l'injection de drogue et non la prostitution par elle-même. »⁵³

	AcHCV +		AcHCV -	
	N	%	N	%
Prostituées non toxicomanes ou toxicomanes non IV	14 / 894	1,6 %	880 / 894	98,4 %
Prostituées toxicomanes IV	9 / 55	16,4 %	46 / 55	83,6 %
χ^2 corrigé (Yates) = 41.9 $p < 0.001$ OR = 12.3 [CI 95% : 5.1 – 29.9]				

2.2. LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

2.2.1. DEMANDE DE TRAITEMENT AUPRÈS DES SERVICES SPÉCIALISÉS EN TOXICOMANIES : DONNÉES ISSUES DE L'INDICATEUR DE LA DEMANDE DE TRAITEMENT (TDI)

2.2.1.1. Contexte de recherche⁵⁴

En Europe:

Dans le cadre de la démarche initiée par l'Union européenne concernant la promotion de la recherche des phénomènes de drogues à travers les programmes communautaires de recherche, l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanie (OEDT) a créé un ensemble d'indicateurs épidémiologiques. Ces indicateurs permettent, grâce au monitoring annuel dans les différents pays et donc via des données standardisées et comparables au niveau européen, d'apporter des éléments de réponses aux problèmes posés par le phénomène des drogues et des toxicomanies (et leurs conséquences) sous l'angle social, légal et politique.

53 Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B (Espace P, 1998-2006), Document Espace P, 2007, p44.

54 Informations disponibles sur le site de la Commission européenne (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/information/fsj_drugs_information_fr.htm), dernière consultation le 14/01/2008; le site de la MILDT (Mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie (<http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/Reitox.pdf>), dernière consultation le 14/01/2008;

Cinq indicateurs-clé font actuellement l'objet d'un travail:

- demandes de traitement des usagers de drogue ;
- décès liés à la drogue et mortalité des usagers de drogue ;
- maladies infectieuses chez les usagers de drogue par voie intraveineuse ;
- usage de drogue dans la population générale ;
- estimations de l' « usage problématique » de drogues.

Parmi ces cinq indicateurs, l'indicateur de demande de traitement (appelé TDI)⁵⁵ complète les informations sur les tendances générales de l'usage problématique de drogues. Il consiste à enregistrer les demandes de traitement relatives à un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale⁵⁶. Il permet ainsi d'avoir une estimation du nombre et du profil de personnes ayant fait une telle demande auprès d'un centre spécialisé et ce, grâce à un système de récolte des données spécifique composé d'une vingtaine de variables⁵⁷ et uniquement pour la dernière demande de traitement faite par une personne sur une année civile.

Il donne aussi une image du paysage des centres spécialisés en la matière en Europe, leurs caractéristiques et leurs capacités d'accueil.

L'obligation européenne de récolter les 5 indicateurs épidémiologiques est notée dans le plan d'action drogues 2005-2008 de l'Union européenne (UE).

Par ailleurs, 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'OEDT⁵⁸.

En Belgique:

La Belgique a approuvé le plan drogue de l'UE et elle s'est ainsi engagée à récolter ces 5 indicateurs et à les renvoyer à l'UE.

De plus, le protocole européen 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. Il s'agit d'un protocole d'accord signé par tous les ministres de la santé publique. Il a été publié au Moniteur le 3 mai 2006. Par ailleurs, il mentionne explicitement que la Belgique – qui souhaite récolter des données sur les demandes de traitement liée à l'alcool – opère ainsi une récolte plus large que ne l'exige l'UE.

Les données belges des 5 indicateurs récoltées par les différents Sous-Points Focaux et les partenaires sont centralisées par l'Institut Scientifique de Santé publique (ISP) en tant que Point Focal.

Localement, au niveau d'Eurotox et du réseau de collecte des données :

Eurotox, en tant que Sous-Point Focal, a développé un système de collecte de données (CCAD/Eurotox) qui tente de couvrir un maximum de types de centres (*pour les détails de la couverture, voir chapitre 4*). Pour ce faire, nous travaillons en collaboration avec trois systèmes opérationnels en Communauté française, à savoir:

- la Coordination Drogues de Charleroi (depuis 1995), appelée aussi « Sentinelles », qui travaille avec un outil de récolte spécifique,
- la fiche épidémiologique 'santé mentale' en Région wallonne (depuis janvier 2003) pour laquelle un greffon 'toxicomanie' a été élaboré par Eurotox⁵⁹,

55 Abréviation de "Treatment demand indicator".

56 Sont exclus dans l'enregistrement les traitements pour des problèmes somatiques découlant de cet usage (hépatite alcoolique ou virale, abcès, HIV...).

57 Le choix de ces variables selon leur pertinence est issu d'une importante étude scientifique européenne. Plus de détails à propos de cette étude sont disponibles sur le site de l'OEDT { <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420>}, dernière consultation le 16/01/08

58 Informations disponibles sur le site de l'OEDT {<http://ar2005.emcdda.europa.eu/fr/home-fr.html>}, dernière consultation le 14/01/2008

59 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.

- la Coordination Toxicomanies de Bruxelles (CTB–ODB) qui travaille avec un logiciel informatique, intitulé Addibru.

Ainsi, depuis 1993 en Communauté française, grâce aux trois systèmes de collecte de données, le TDI peut être récolté à travers différents types de centres : les centres de santé mentale spécialisés (ambulatoire) dépendant des entités fédérées ; les structures spécialisées de prise en charge des problèmes liés aux drogues avec ou sans convention « INAMI » (résidentielles et ambulatoires), les hôpitaux, les habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques.

Ne sont pas inclus actuellement les médecins généralistes⁶⁰ et les centres non spécialisés.

La liste de centres d'enregistrement inclus dans l'analyse 2006 est présentée en annexe n°2.

2.2.1.1. Méthodes et moyens⁶¹

Public cible :

L'OEDT exige encore actuellement (*voir chapitre 4 : nouvelle perspective, estimation de la prévalence*) l'enregistrement exclusif de la dernière demande de traitement pour un problème lié à l'usage de drogues, introduite par une personne au cours de l'année civile.

Dans ce document, nous faisons la distinction entre les *nouvelles demandes* et les *premières demandes*. Cette notion est centrale dans les analyses présentées dans ce chapitre.

Les *nouvelles demandes* concernent toutes les personnes qui ont fait une demande de traitement dans l'année et ce, qu'elles aient déjà fait une demande de traitement ou non les années précédentes. Les *premières demandes* concernent quant à elles uniquement les personnes pour qui c'est la première fois qu'elles s'adressent à un centre spécialisé, c'est-à-dire sans antécédent thérapeutique.

Actuellement, la distinction entre les premières et les nouvelles demandes pour un demandeur ne peut être faite qu'au sein d'une même institution et ce, sur base de la déclaration du demandeur. Cette procédure peut engendrer un biais de sélection important. Plusieurs solutions sont envisagées par le groupe de travail TDI (pour plus de détails, voir chapitre 4), notamment via la création d'un code d'identification. Celui-ci devrait permettre, sans pour autant mettre en péril l'anonymisation du demandeur, de supprimer les doublons au sein des institutions.

Définitions :

• 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.

⁶⁰ Toutefois, dans notre rapport 2004-2005, nous avons présenté les analyses relatives à la SSMG Alto de la Région wallonne. Nous ne les présentons pas cette année dans la mesure où, pour des questions budgétaires et par manque de moyens humains et logistiques, la SSMG Alto n'a pas encodé de données TDI.

⁶¹ Informations disponibles sur le site de la Commission européenne (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/information/fsj_drugs_information_fr.htm), dernière consultation le 14/01/2008; le site de la MILDT (Mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie (<http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/Reitox.pdf>), dernière consultation le 14/01/2008.

Note: 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.

On nomme systèmes d'enregistrement nos partenaires directs à savoir : la CTB, la Coordination Drogues Charleroi et la Région wallonne.

• 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 récemment été prises en compte.

Outils et moyens d'investigation :

Comme nous l'avons déjà signalé, selon le type de centres les données ne sont pas récoltées avec un même support. Certains centres utilisent le questionnaire dit « fiche Eurotox », d'autres utilisent le greffon. Les centres dont les données sont centralisées par la CTB-ODB utilisent le logiciel « Addibru » et les centres liés à la Coordination Drogue de Charleroi utilisent encore un autre outil.

Nous sommes actuellement confrontés au fait qu'aucun de ces outils n'est présenté de la même manière, ne pose pas exactement les mêmes questions ni ne récolte les mêmes items. Le rôle d'Eurotox est donc de rendre les données les plus « harmonieuses » possibles avec si nécessaire, des recodages et des croisement de données afin d'arriver aux variables de base telles que demandées par l'OEDT⁶².

Le paragraphe suivant présente ces variables.

Variables :

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

Cet axe couvre 5 volets, à savoir :

- 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 ;

62 Eurotox avait ambitionné de créer un logiciel informatique pour récolter les données pour les centres qui ne disposent pas encore de moyens informatiques et récoltent les données via les questionnaires-papier. Par manque de budget, ce projet n'a pas été mené à terme.

Parallèlement, la Région wallonne tente également d'élaborer un tel logiciel intégrant le greffon. Le projet est en cours depuis deux ans mais semble rencontrer des soucis techniques.

Les programmes de récolte des données utilisés par la Coordination Drogue Charleroi et par nos homologues néerlandophones (De Sleutel) ne semblent pas transposables compte tenu des contraintes et des spécificités des centres de la Communauté française.

Le logiciel Addibru pourrait être une alternative. Des contacts ont été établis entre la CTB et Eurotox dans ce sens. Toutefois, les aménagements nécessaires compte tenu des contraintes d'Eurotox ne semblent pas être envisageables.

Enfin, un investissement devra être fait sur les moyens logistiques et techniques à combler dans certains centres qui ne disposent pas ou pas assez de parc informatique et/ou de connaissances (formation) dans l'utilisation pointue de l'informatique.

- 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 du test), dépistage de l'hépatite (+ date du test).

Biais et limites:

Limite générale

Les données relatives au TDI représentent de manière fiable les caractéristiques des patients pris en charge par les services de soins spécialisés en Communauté française. Toutefois, pour les diverses raisons évoquées tout au long de ce chapitre, il convient d'être prudent lors de l'extrapolation des conclusions.

Exhaustivité

Compte tenu du fait que nous ne comparons pas le nombre de « cas » collectés par les centres au nombre total de personnes ayant été prises en charge, nous ne connaissons pas avec exactitude la couverture interne (nombre de « cas » enregistrés / nombre de « cas » total). Ceci s'explique notamment par le manque de moyen des institutions. Nous supposons une sous-estimation de tous les cas pris en charge par les centres.

Une sous-estimation est également à relever pour la couverture externe (nombre d'institutions participant au recueil / nombre total d'institutions de prises en charge des usagers de drogues) où les différents secteurs sont inégalement représentés (*voir chapitre 4*).

Dès lors, les données présentées ci-après ne reflètent que partiellement les disponibilités de traitement des usagers en Communauté française.

Les définitions employées

Malgré la distinction faite entre les premières demandes et les nouvelles demandes, en pratique, les définitions peuvent varier d'un système d'enregistrement voire d'un centre à l'autre. Dès lors, il est important de bien expliquer et de rappeler le contexte de collecte auprès des partenaires. Eurotox doit s'assurer d'un travail permanent de communication et d'évaluation du recueil auprès de ces institutions.

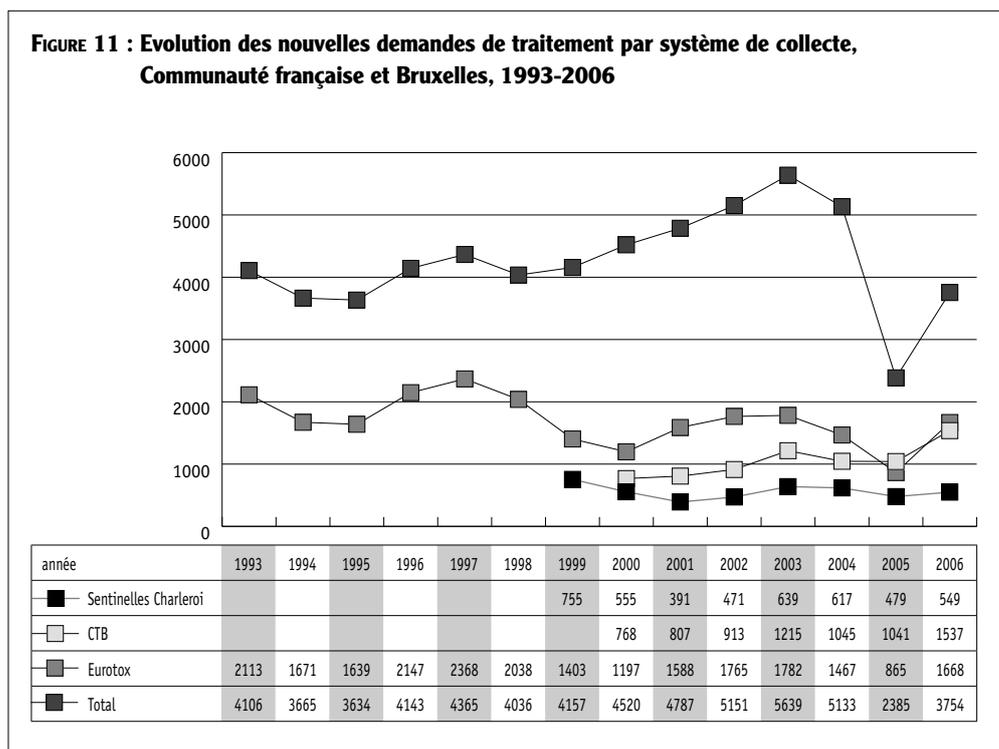
Ainsi, un nettoyage des données est opéré afin de faire correspondre au plus près les données récoltées à la définition requise.

Enfin, chaque année, nous sommes confrontés à l'impossibilité de faire la distinction entre les premières demandes et les nouvelles demandes pour toute une série de cas (48% de l'échantillon total en 2006). En effet, certains centres et systèmes de collecte (dont les données issues du logiciel Addibru) ne distinguent pas les premières demandes des nouvelles demandes. Dès lors, il faut être prudent quant à l'interprétation des résultats pour le sous-groupe des premières demandes, qui sont donc largement sous-estimées dans l'échantillon.

2.2.1.4. Présentation et analyse des résultats

2.2.1.4/a. Evolution des demandes et de l'échantillon TDI

En 2005 et 2006, respectivement 2385 et 3754 nouvelles demandes de traitement pour usage de drogues ont été enregistrées en Communauté française.



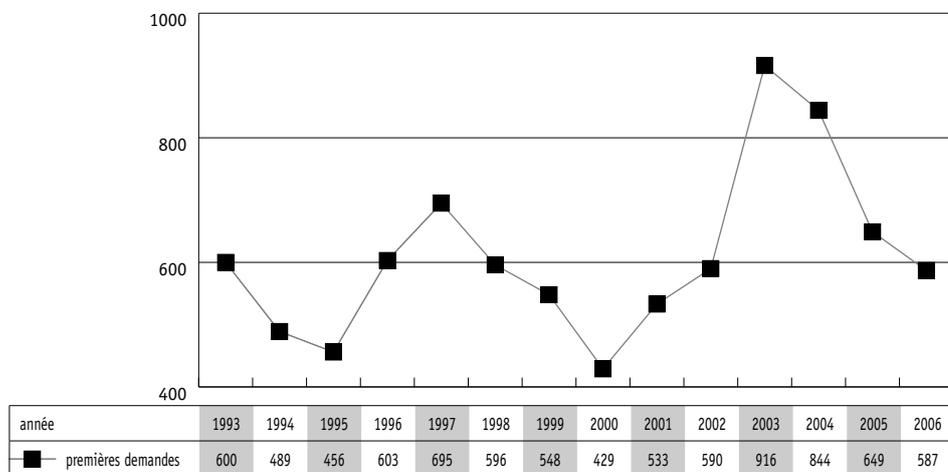
La mise en commun des données de la Coordination Drogue (Sentinelles de Charleroi) et de la CTB contribuent à l'augmentation du nombre de demandes pour la période 1999-2006.

Toutefois, de manière générale, on observe une diminution du nombre d'enregistrements depuis 2004 avec une augmentation en 2006.

Tendances dans le groupe des premières demandes :

Le nombre de premières demandes fluctue autour de 600 cas par an avec un pic 2003 (voir figure ci-dessous).

FIGURE 12 : Evolution du total des premières demandes de traitement, Communauté française et Bruxelles, 1993-2006



2.2.1.4/b. Caractéristiques socio-démographiques

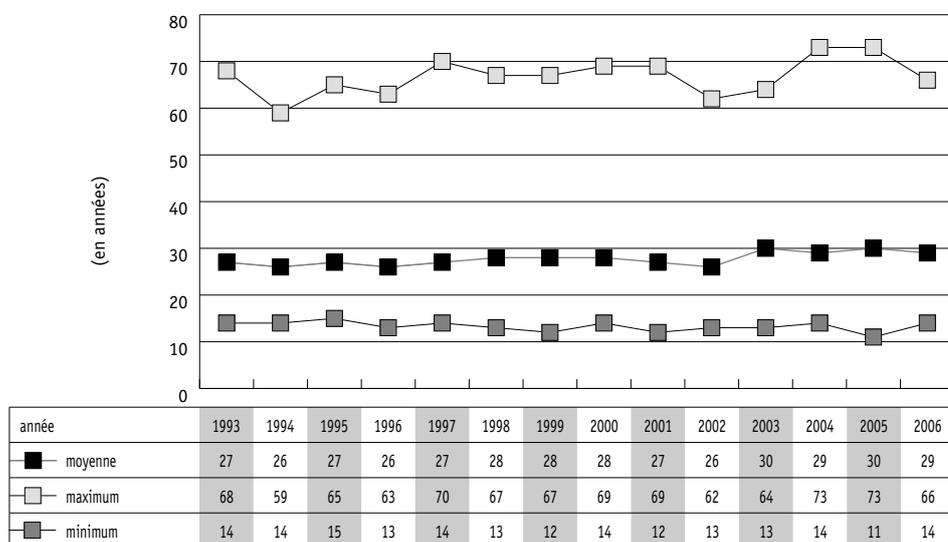
L'âge

En 2006, l'âge moyen (minimum - maximum) calculé sur base des nouvelles demandes de traitement est de 33 ans (14 - 76).

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 13 : Evolution de la moyenne d'âge (min. - max.) des premières demandes de traitement, Communauté française et Bruxelles, 1993-2006

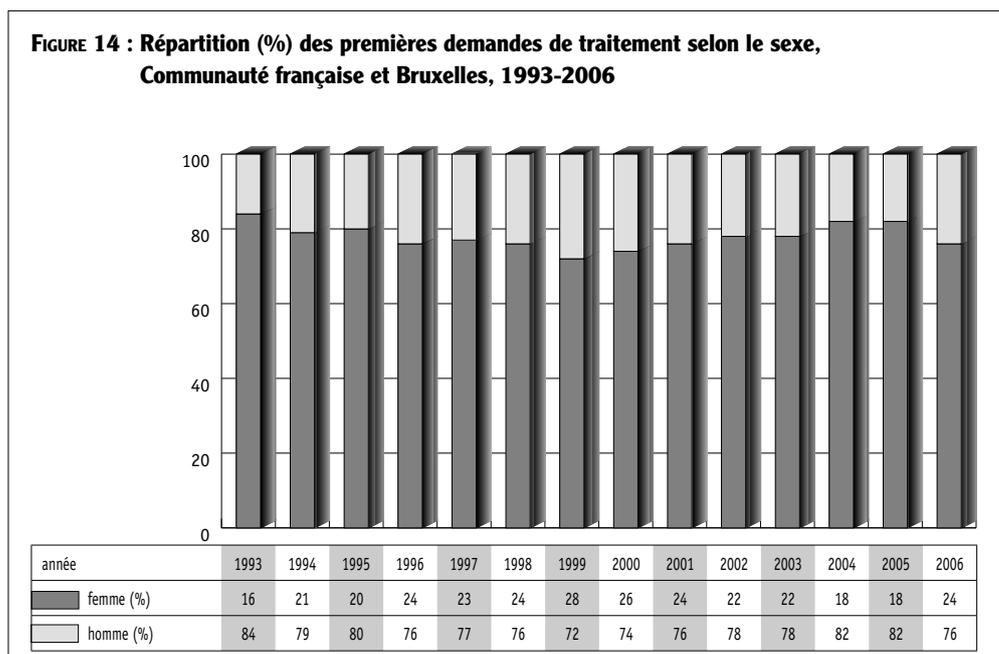


Le sexe

En 2006, 79% des nouvelles demandes sont faites par des hommes et 21% par des femmes.

Tendances dans le groupe des premières demandes :

La proportion de femmes parmi l'ensemble des personnes se présentant pour la première fois dans les centres varie depuis 1993 entre 16 et 26% .



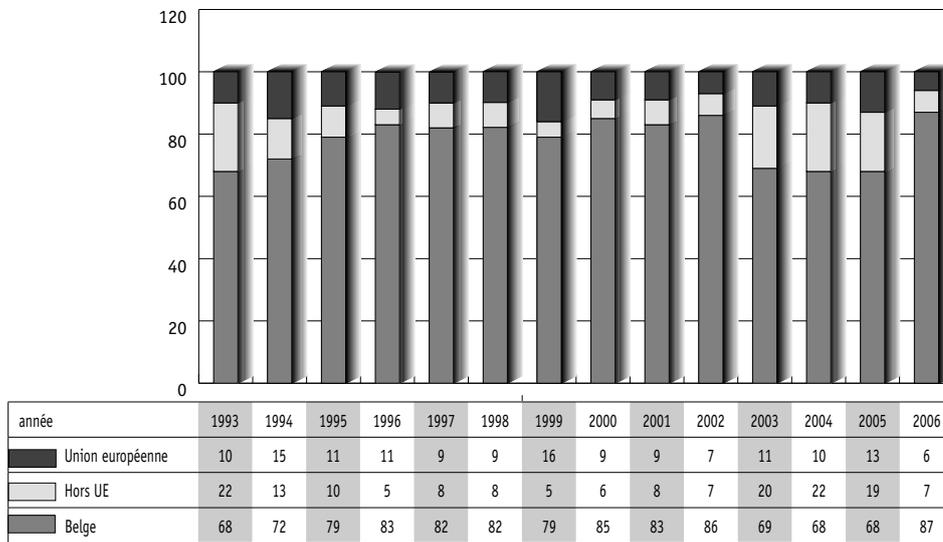
La nationalité

En 2006, parmi toutes les personnes ayant fait une nouvelle demande de traitement (n=3754), les deux tiers (67%) sont belges, 10% non belges de l'Union européenne (UE) et 13% hors UE.

Tendances dans le groupe des premières demandes :

Parmi les personnes qui ont fait une première demande, la répartition des nationalités suit les mêmes tendances que celles constatées entre 1995 et 2002. Les répartitions des demandeurs selon leur nationalité pour les années 2003 à 2005 ressemblent quant à elles à celles observées en 1993.

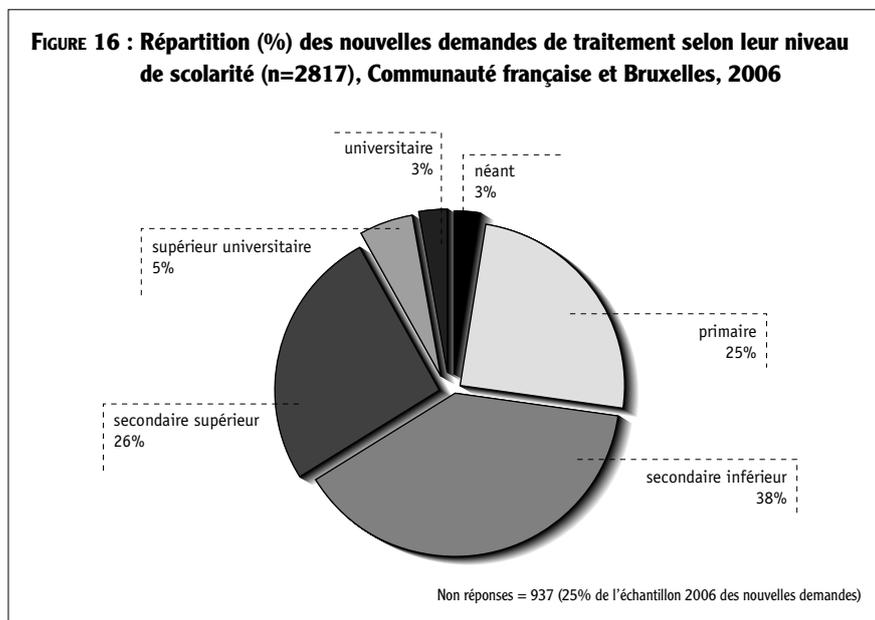
FIGURE 15 : Répartition (%) des premières demandes de traitement selon la nationalité, Communauté française et Bruxelles, 1993-2006



Le niveau de scolarisation

En 2006, environ un demandeur sur 3 ne possède aucun diplôme ou a terminé uniquement le niveau primaire. Près de deux tiers des demandeurs ont achevé le cycle d'études secondaires. Moins d'un demandeur sur 10 possède un diplôme de niveau supérieur ou universitaire.

FIGURE 16 : Répartition (%) des nouvelles demandes de traitement selon leur niveau de scolarité (n=2817), Communauté française et Bruxelles, 2006

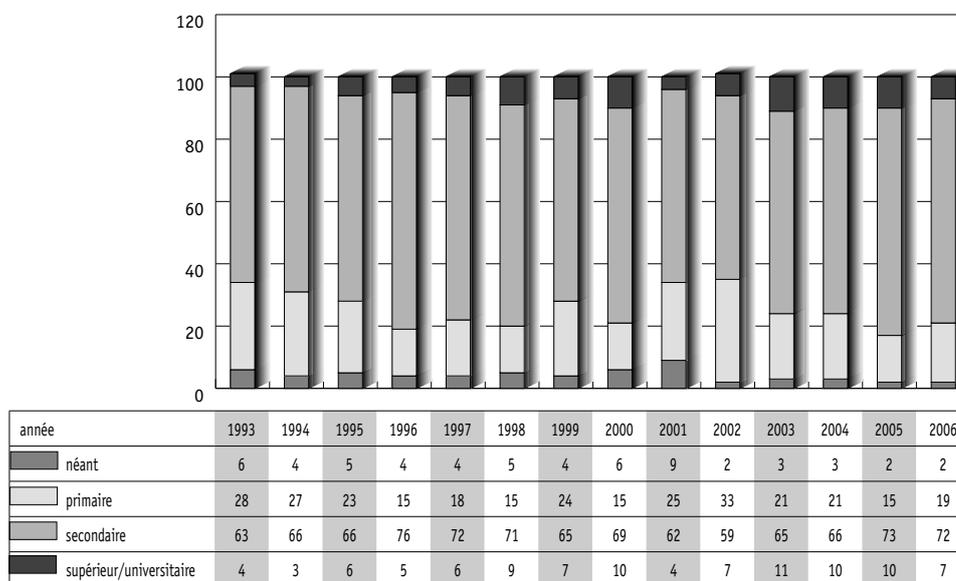


Tendances dans le groupe des premières demandes :

Depuis 2003, on observe une diminution de la proportion de demandeurs en premier traitement n'ayant pas de scolarisation avec toutefois un pic de 9% en 2001. La proportion de demandeurs ayant un niveau d'études

secondaire, supérieur ou universitaire varie depuis 2003 entre 66 et 81%. De manière générale, la proportion des usagers ayant achevé le cycle primaire diminue au bénéfice des études secondaires et supérieures.

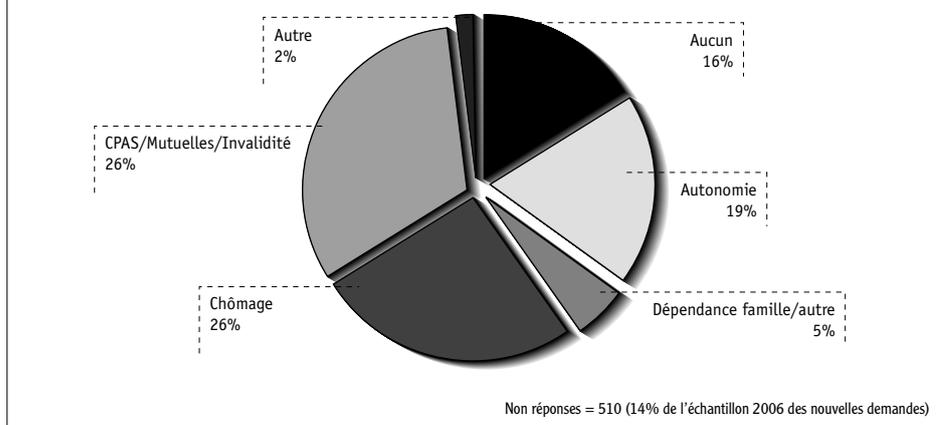
FIGURE 17 : Répartition (%) des premières demandes de traitement selon leur niveau de scolarité, Communauté française et Bruxelles, 1993- 2006



La ressource principale

En 2006, un quart des demandeurs (16%) déclaraient ne pas avoir de source de revenu. Environ un tiers (31%) des demandeurs (n=3244) bénéficient d'un revenu de remplacement (CPAS, mutuelle, invalidité). Près d'un usager sur 4 (26%) relève du chômage, 22% dépendent d'un tiers (famille, partenaire, autre) et 19% sont autonomes (travail régulier et/ou occasionnel).

FIGURE 18 : Répartition (%) des nouvelles demandes de traitement selon les origines des revenus (n=3244), Communauté française et Bruxelles, 2006

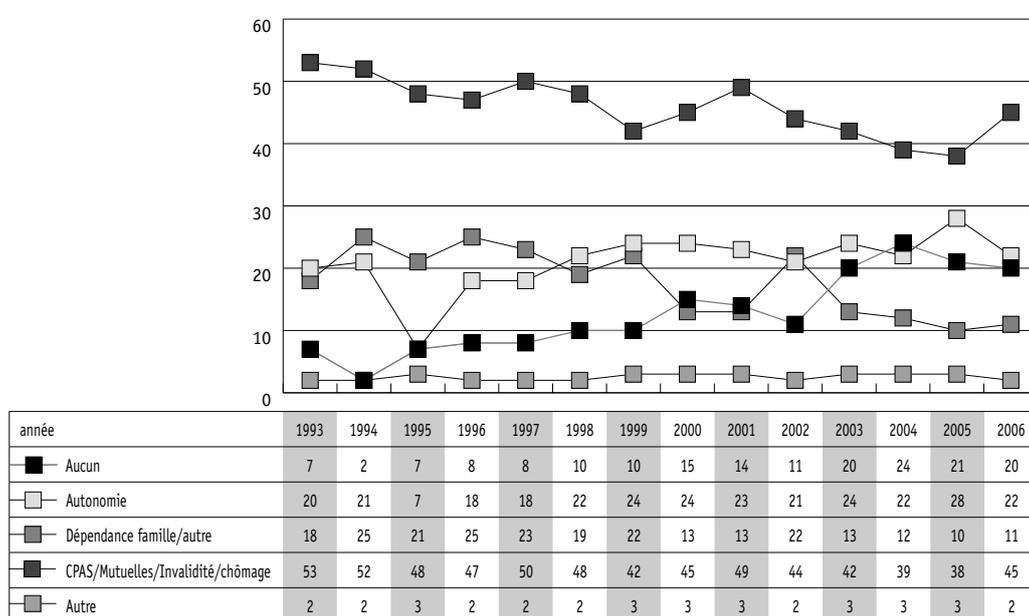


Tendances dans le groupe des premières demandes :

Les demandeurs dont c'est le premier traitement ont pour environ la moitié des revenus de remplacement et/ou complémentaires.

La proportion des demandeurs déclarant ne pas avoir de revenu tend à augmenter, passant de 7% en 2003 à 20% en 2006. La proportion de demandeurs ayant des revenus de remplacement et/ou complémentaires diminue, de même que celle concernant les demandeurs bénéficiant d'une aide de leurs proches. La proportion des demandeurs ayant des revenus professionnels réguliers ou occasionnels (en dehors d'un pic en 2005) ainsi que celle des demandeurs ayant des revenus 'autres' sont relativement stables au cours du temps.

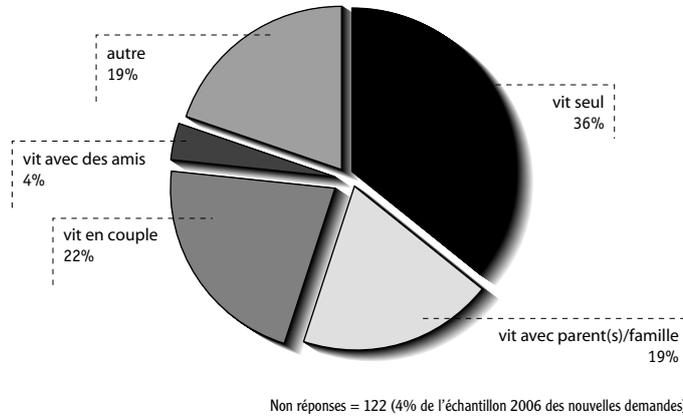
FIGURE 19 : Répartition (%) des premières demandes de traitement selon les sources principales de revenus, Communauté française et Bruxelles, 1993- 2006



Le mode de vie

En 2006 (n=3314), plus d'un tiers (36%) des demandeurs sont isolés, 45% vivent en couple ou avec la famille ou des amis et 19% vivent en institution, en prison ou en communauté.

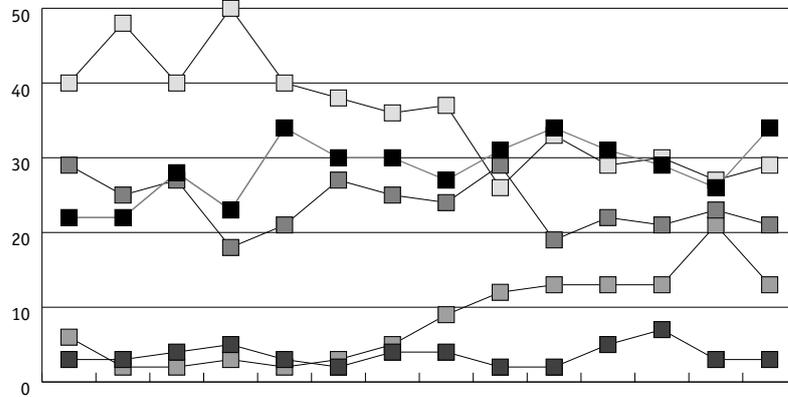
FIGURE 20 : Répartition (%) des nouvelles demandes de traitement selon le mode de vie (n=3314), Communauté française et Bruxelles, 2006



Tendances dans le groupe des premières demandes :

On observe dans ce groupe une augmentation de la proportion de demandeurs isolés et de la catégorie «autre». Par contre, les proportions des demandeurs vivant en famille ou en couple diminuent au cours du temps.

FIGURE 21 : Evolution des proportions (%) des premières demandes de traitement selon le mode de vie, Communauté française et Bruxelles, 1993- 2006



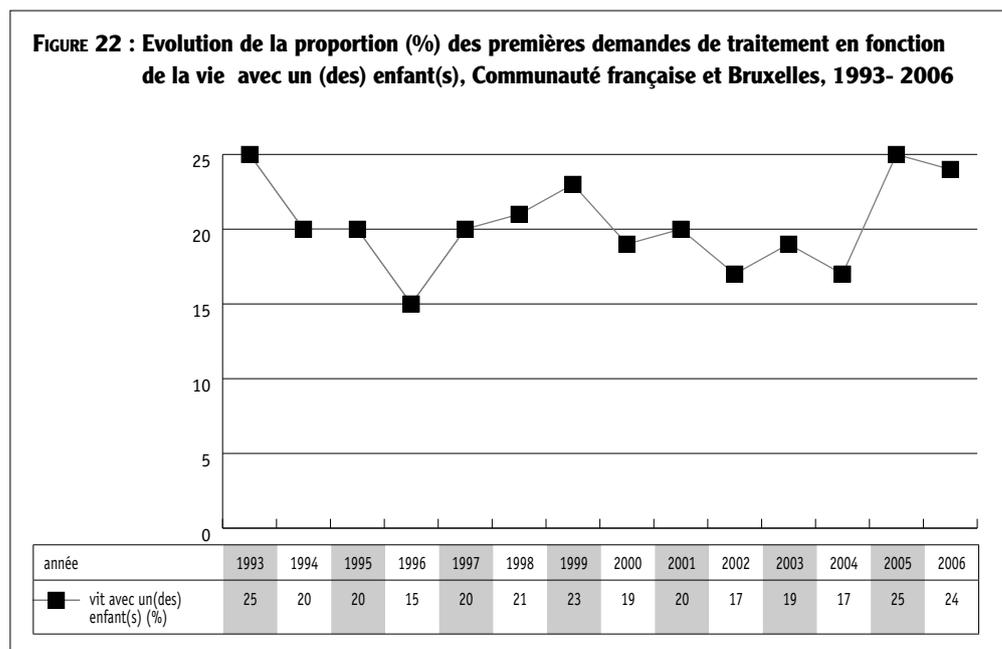
année	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
■ vit seul (%)	22	22	28	23	34	30	30	27	31	34	31	29	26	34
□ vit avec famille (%)	40	48	40	50	40	38	36	37	26	33	29	30	27	29
■ vit en couple (%)	29	25	27	18	21	27	25	24	29	19	22	21	23	21
■ vit avec des amis (%)	3	3	4	5	3	2	4	4	2	2	5	7	3	3
■ autre (%)	6	2	2	3	2	3	5	9	12	13	13	13	21	13

Les enfants

Parmi les demandeurs qui ont répondu à cette question (n=1565), 21% vivent avec un (des) enfant(s).

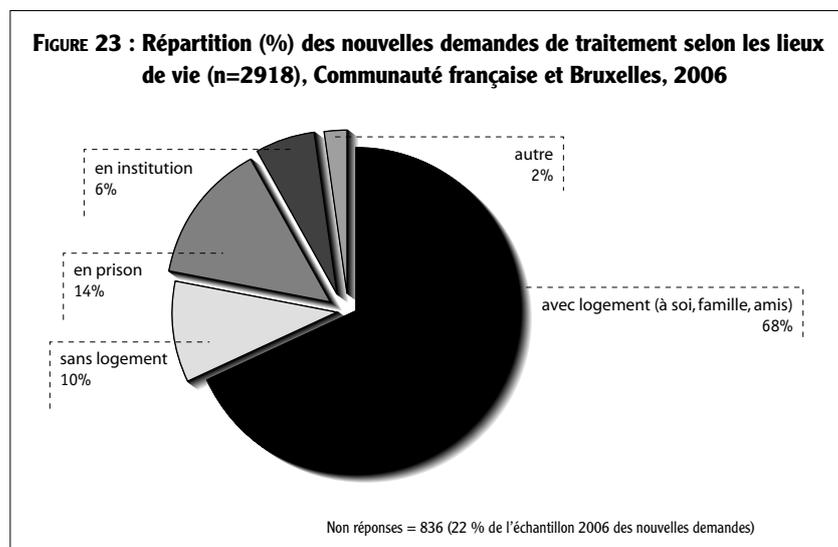
Tendances dans le groupe des premières demandes :

Ce rapport est le même dans le groupe des premières demandes. Depuis 1993, cette tendance fluctue entre 15 et 25% (voir fig. ci-dessous).



Le lieu de vie

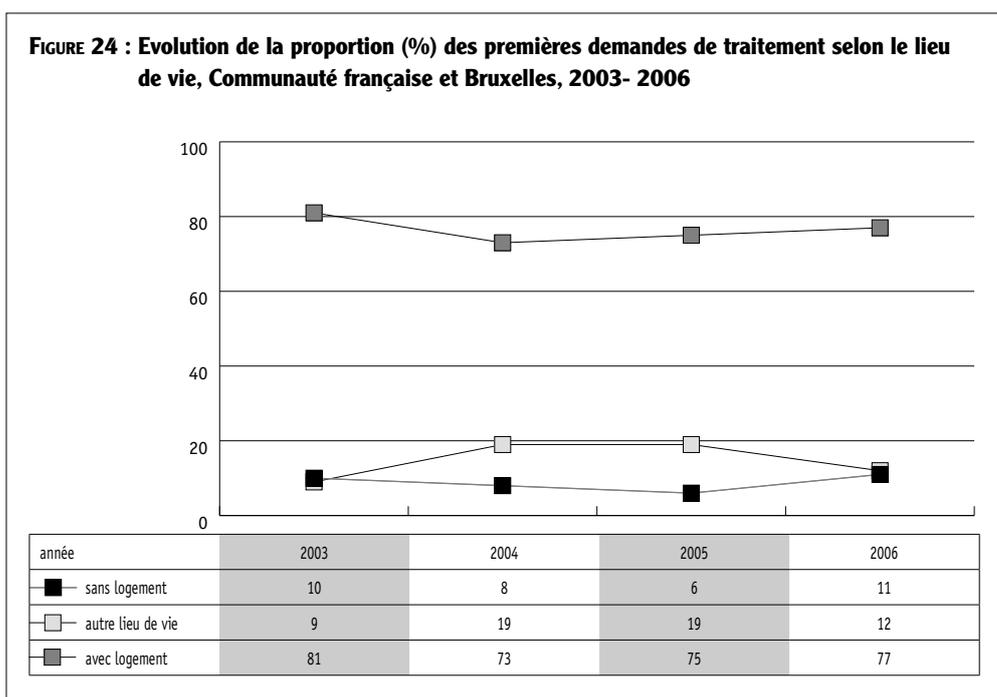
En 2006, un tiers des personnes dont on connaît le lieu de vie sont sans logement ou logées en prison/institution.



Tendances dans le groupe des premières demandes :

Entre 6 et 11% des premières demandes émanent de personnes n'ayant pas de logement. Et entre 9 et 19% des demandes émanent de personnes vivant dans un autre lieu de vie: en prison, en institution, autre (voir fig. ci-dessous). La proportion de demandeurs vivant en prison (précisément 10% en 2006) est un reflet de la prise en charge de ce type de patient par les institutions spécialisées en toxicomanie.

Notons que le taux de non réponses est assez élevé pour cet item.



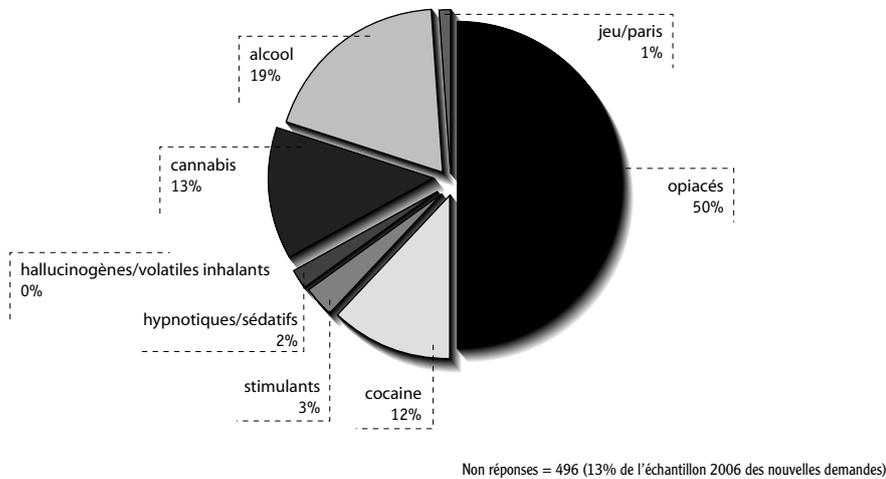
2.2.1.4/c. Profils de consommation de la population ayant fait une demande d'aide / de traitement :

Le produit principal

En 2006, les opiacés restent le produit à l'origine de la moitié des nouvelles demandes de traitement (voir fig. ci-dessous). L'alcool (19%), le cannabis (13%) et la cocaïne (12%) viennent ensuite parmi les produits les plus cités.

Les proportions de «nouveaux demandeurs» pour la cocaïne et l'alcool deviennent plus importante depuis 2003, ainsi que les demandes pour les jeux/paris et ce, depuis leur apparition dans la prise en charge, même si elles restent marginales.

FIGURE 25 : Répartition (%) des nouvelles demandes de traitement selon le produit principal « consommé » (n=3258), Communauté française et Bruxelles, 2006



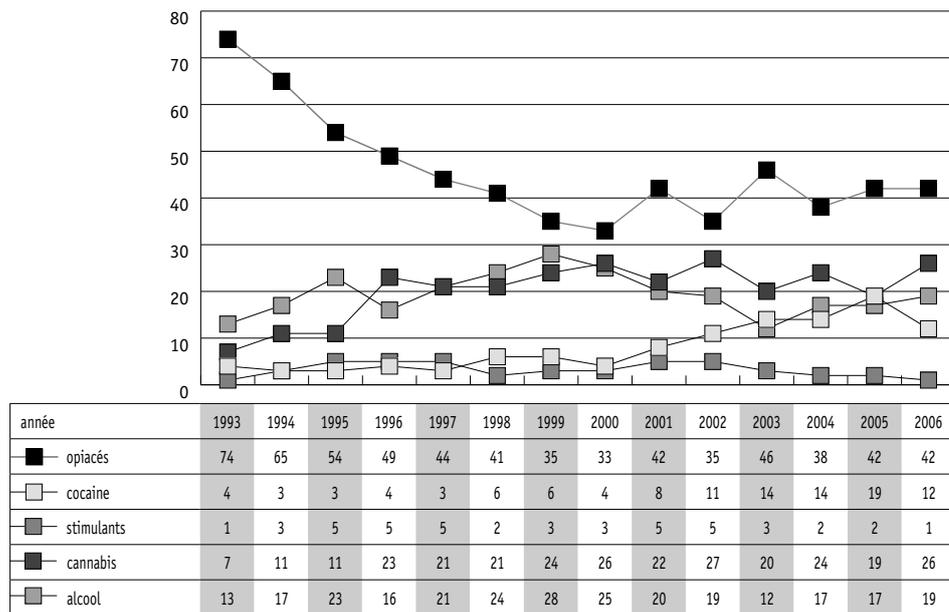
Tendances dans le groupe des premières demandes :

Le graphique suivant 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 des demandes de traitement liées aux opiacés jusqu'en 2000. La tendance est à la hausse à partir de 2001 avec une stagnation de la proportion des demandes entre 46 et 42% jusqu'en 2006.

Les proportions de demandes de traitement liées au cannabis et à la cocaïne sont en augmentation régulière, passant respectivement de 13 à 19% et de 4 à 12% depuis 2003.

Les demandes de traitement liées aux stimulants restent stables au cours du temps et ne dépassent pas 5% des demandes de traitement.

FIGURE 26 : Evolution des proportions (%) des premières demandes de traitement selon le produit principal consommé, Communauté française et Bruxelles, 1993- 2006



Profils des «premiers demandeurs» selon le produit principal consommé

Le tableau suivant présente les principales caractéristiques socio-démographiques des personnes qui ont adressé pour la première fois une demande d'aide/de traitement en 2006 (primo-demandeurs). Au tableau, nous avons également ajouté les données concernant le passé carcéral et l'âge de la première consommation.

L'extrapolation de ces résultats est à faire avec une grande prudence! Nous ne souhaitons pas faire ici une caricature hâtive des usagers de drogues. Nous tentons de faire la comparaison entre l'ensemble de l'échantillon (total) des personnes rencontrées dans le cadre de la récolte des donnéesTDI et les sous-groupes de demandeurs en fonction du produit principal consommé (opiacés, cocaïne, cannabis et alcool).

Les 'primo-demandeurs' qui consomment en produit principal le cannabis sont en moyenne plus jeunes (23 ans) que les autres demandeurs tandis que les consommateurs d'alcool ont une moyenne d'âge plus élevée que l'ensemble (39 ans).

Les femmes qui ont adressé pour la première fois une demande d'aide/de traitement et consommant de la cocaïne sont proportionnellement plus nombreuses que dans les autres sous-groupes (une femme pour deux hommes).

Quel que soit le sous-groupe, les premières demandes sont essentiellement faites par des Belges, avec une proportion plus importante d'Européens chez les primo-demandeurs consommant des opiacés (12%) et de la cocaïne (9%) et une proportion plus importante chez les non Européens qui consomment de l'alcool.

Les consommateurs d'opiacés semblent avoir moins souvent un logement fixe, contrairement aux consommateurs d'alcool.

Davantage de consommateurs d'alcool ont un plus haut niveau d'études que les autres consommateurs. Parmi les personnes qui déclarent avoir un revenu de type professionnel, on rencontre le plus souvent des consommateurs de cocaïne et d'alcool. Les consommateurs de cannabis ont essentiellement des revenus via leurs parents (population jeune).

Un consommateur d'opiacés sur quatre a déjà eu une expérience d'incarcération.

Tableau 36 : Présentation des caractéristiques socio-démographiques, du passé carcéral et de l'âge de la première consommation selon le produit principal consommé, Communauté française et Bruxelles, 2006					
	total	opiacés	cocaïne	cannabis	alcool
n	3754	227	64	141	101
Age (en années)					
moyenne	33	29	26	23	39
minimum	14	15	17	14	18
maximum	76	55	41	46	66
Sexe					
homme	79%	81%	64%	77%	73%
femme	20%	18%	36%	22%	27%
Nationalité					
belge	67%	74%	84%	93%	89%
EU	14%	12%	9%	2%	3%
hors EU	2%	9%	5%	4%	8%
Logement					
logement fixe	53%	49%	73%	73%	86%
autre logement	15%	11%	9%	9%	6%
sans logement	8%	18%	8%	2%	4%
Niveau scolarité					
néant	2%	2%	2%	0%	1%
primaire	18%	18%	16%	13%	10%
seconde	49%	64%	66%	67%	63%
supérieur	6%	4%	2%	5%	13%
Source de revenu					
professionnel	16%	17%	34%	18%	30%
chômage	22%	29%	27%	20%	32%
revenus de remplacement	28%	17%	13%	11%	20%
autre	19%	30%	23%	45%	13%
Incarcération					
	35%	26%	23%	15%	20%
Age de la première consommation (en années)					
moyenne		21	20	15	20
minimum		8	12	9	10
maximum		54	35	35	46

* revenus de remplac. = revenus de remplacement : CPAS, mutuelle, allocation pour personnes handicapées, pension

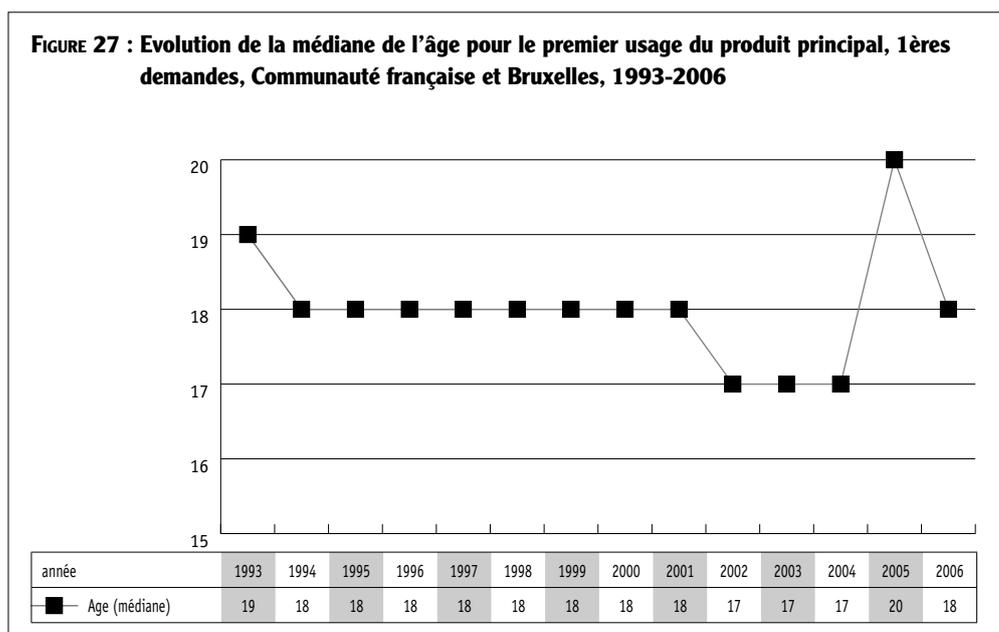
Quelques données marquantes :

- le primo-demandeur consommant des opiacés est généralement un homme de 29 ans, belge, ayant fait ses humanités et touchant un revenu complémentaire ou de remplacement. Une fois sur quatre, il aura déjà eu une expérience en prison. Il aura consommé pour la première fois un opiacé vers 21 ans ;
- le primo-demandeur consommant de la cocaïne aura quant à lui, pour un tiers des cas, un revenu salarié, et consommé pour la première fois de la cocaïne vers 20 ans ;
- le primo-demandeur consommant du cannabis est un jeune homme, belge, ayant un domicile fixe et ayant fait ses humanités. Il aura consommé pour la première fois du cannabis vers 15 ans ;
- le primo-demandeur consommant de l'alcool est un homme plus âgé, belge, ayant un domicile fixe et ayant fait ses humanités. Selon les données récoltées, il aura consommé pour la première fois de l'alcool vers 20 ans.

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 était en baisse depuis 2001, il a connu un pic en 2005 (20 ans) pour redescendre en 2006 (18 ans).

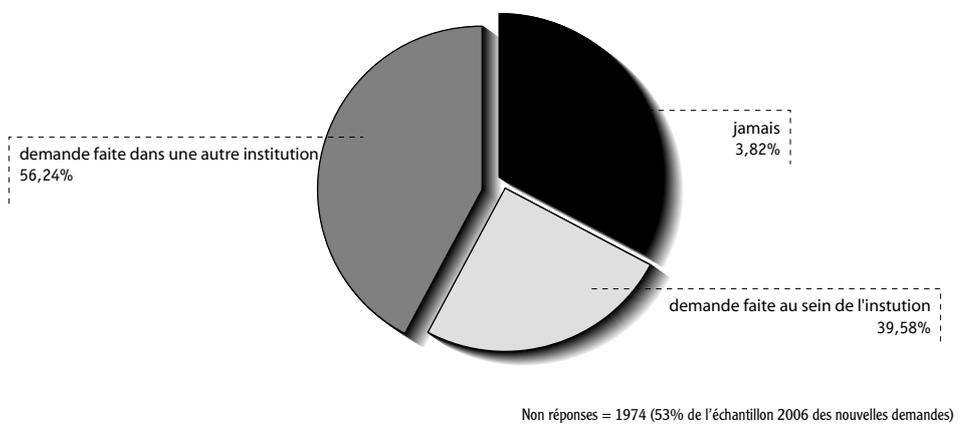


2.2.1.4/d. Antécédents thérapeutiques

En 2006, un tiers de l'ensemble des personnes qui ont fait une demande d'aide/de traitement ne l'avaient jamais fait auparavant, une personne sur quatre s'était déjà adressée à l'institution pour une demande et 42% avaient déjà fait une demande dans une autre institution.

Notons que, comme nous l'avons signalé en introduction, cette donnée n'est pas récoltée telles quelles par les centres qui utilisent le logiciel Addibru.

FIGURE 28 : Répartition (%) des nouvelles demandes de traitement selon les antécédents thérapeutiques (n=1780), Communauté française et Bruxelles, 2006



2.2.1.4/e. Affaires judiciaires et incarcérations

En 2006, plus d'un demandeur sur deux a déjà eu une affaire judiciaire ou a été entendu par un juge ou un parquet au cours de sa vie.

TABLEAU 37 : Répartition (%) des premières demandes de traitement selon les antécédents judiciaires, Communauté française et Bruxelles, 2006

	entendu par le parquet	expérience carcérale
oui	53%	42%
non	50%	58%

Non réponses = 1195 pour les affaires judiciaires et 692 pour l'incarcération (soit respectivement 32 et 18% de l'échantillon 2006 des nouvelles demandes)

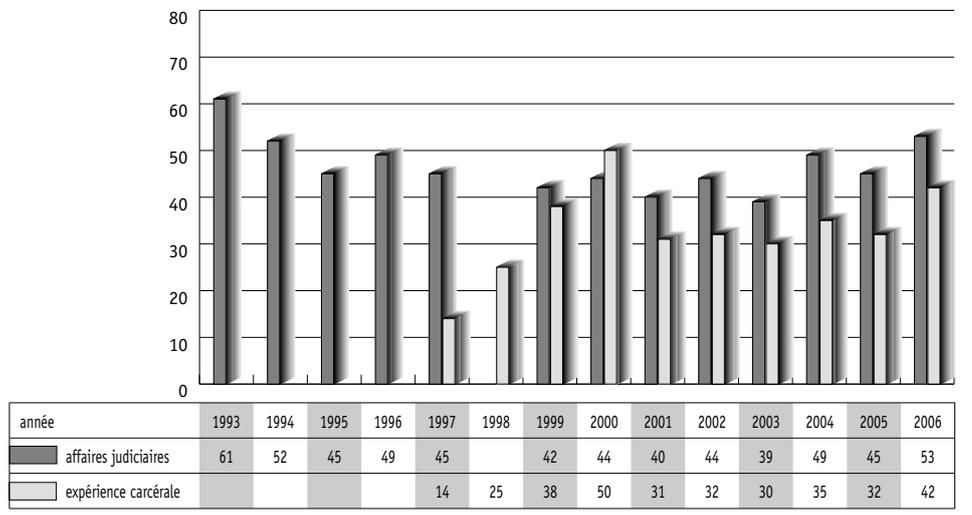
Tendances dans le groupe des premières demandes :

La proportion de primo-demandeurs entendus par un juge ou un parquet était en diminution jusqu'en 2003. Depuis, la tendance s'inverse et on observe une augmentation de 15% de 2003 à 2006.

Concernant l'expérience carcérale, nous ne récoltons les informations que depuis 1997.

En 2006, 42% des personnes qui ont fait une demande de traitement pour la première fois ont connu une expérience de prison au cours de leur vie. Ce phénomène semble s'être stabilisé depuis 2001 avec toutefois une augmentation en 2006 (voir fig. ci-dessous).

FIGURE 29 : Evolution des proportions (%) des premières demandes de traitement selon le fait d'avoir été entendu par le parquet et d'avoir eu une expérience en prison, Communauté française et Bruxelles, 1993- 2006



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 ⁶³

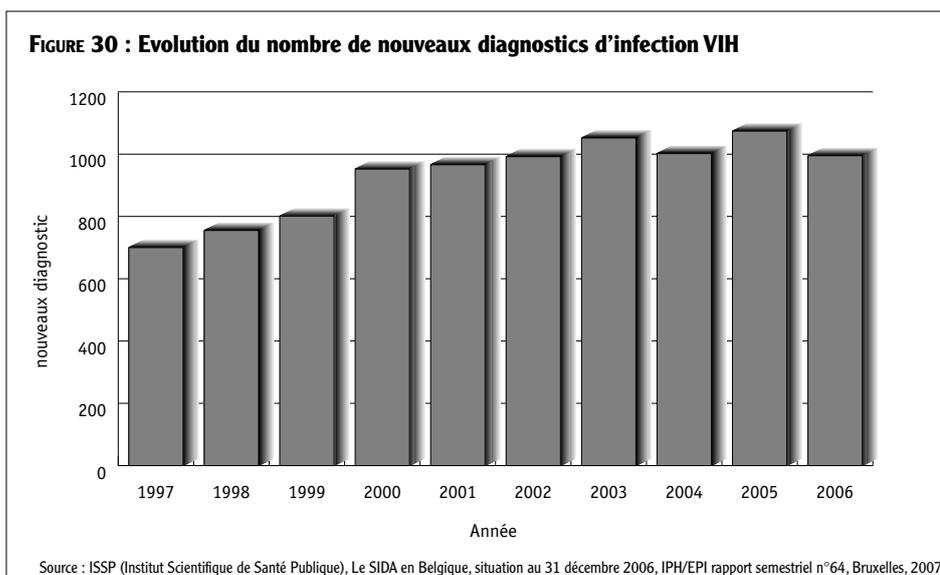
Les données suivantes ne concernent que les personnes qui ont effectué un test de dépistage du VIH.

On notera que le nombre de diagnostics de nouvelles infections au VIH, après avoir diminué régulièrement de 1992 à 1997, a fort augmenté pendant la période 1997-2000 (+ 36%), puis plus modérément de 2000 à 2003 (+ 11%). Les chiffres se sont plutôt stabilisés ensuite, de 2003 à 2006. En 2006, 995 infections nouvelles ont été diagnostiquées.

Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2006, 20.085 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 1126 cas, on ne peut donc affirmer avec certitude que ceci : entre 18.959 et 20.085 personnes ont été diagnostiquées positives au VIH depuis le début de l'épidémie.

Les chiffres absolus des diagnostics d'infection au VIH pour les sept dernières années sont de 952 (2000), 966 (2001), 992 (2002), 1052 (2003), 1002 (2004), 1074 (2005), et enfin 995 (2006).

⁶³ ISSP (Institut Scientifique de Santé Publique), *Le SIDA en Belgique, situation au 31 décembre 2006*, IPH/EPI rapport semestriel n°64, Bruxelles, 2007.



On connaît la nationalité, le sexe et la voie de transmission probable pour 12.396 personnes (63,2%), dont 4.943 Belges (39,9%).

Parmi les modes de transmission probables cités par les patients (quand ils sont connus), les contacts hétérosexuels sont prépondérants chez les femmes, qu'elles soient Belges (79,2%) ou Non-Belges (88,3%). En revanche, les contacts homosexuels sont cités par plus d'hommes belges (68%) que de Non-Belges (23,5%).

4,7% des hommes belges connaissant leur mode de transmission probable du VIH mentionnent l'injection de drogue par voie intraveineuse, contre 9% des hommes Non-Belges.

Chez les Belges, les diagnostics d'infections au VIH concernent environ 2,5 fois plus d'hommes que de femmes, alors qu'il n'y a presque pas de différence chez les Non-Belges.

En ce qui concerne l'âge des personnes infectées, les 30-34 ans sont les plus représentés chez les hommes, suivis des 25-29 ans, alors qu'on observe l'ordre inverse chez les femmes.

2) Données issues de l'indicateur de demande de traitement (TDI)

Un indicateur supplémentaire, 'maladies infectieuses liées à l'usage de drogues', est collecté sur la même fiche que l'indicateur TDI (voir 2.2.1.1.).

Les systèmes 'Sentinelles de Charleroi' et les centres utilisant 'Addibru' ne collectent pas ces données (soit 64% de l'échantillon TDI en 2006).

De plus, la participation à cet indicateur est devenue « optionnelle » en 2002. Autrement dit, les intervenants choisissent de compléter ou non les données sur le statut sérologique pour les cas enregistrés. En conséquence, les échantillons sont très faibles et limitent considérablement la représentativité des données. Cela doit nous pousser à un examen prudent des résultats.

Les personnes «séropositives» parmi l'ensemble de l'échantillon

Nous présentons ci-après, pour les nouvelles demandes et les premières demandes, les proportions des personnes qui ont fait les tests de dépistage. 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.

Nous établissons ensuite le profil des personnes dont le résultat du test s'est avéré positif. Et nous nous concentrons sur le groupe à risque que sont les usagers de drogues par injection (UDI).

	HIV	HBV	HCV
Testés (n)	322	310	310
Résultats positifs (%)	2	5	21
Séropositifs (n)	5	17	66
Age (en années)			
moyenne	34	34	37
minimum	25	21	25
maximum	41	46	58
Sexe (%)			
homme	100	71	83
femme	0	29	17
Affaires judiciaires (%)			
oui	100	76	79
Expérience en prison (%)			
oui	100	53	61
Traitement antérieur (%)			
non	40	18	11
Produit principal (%)			
héroïne	100	94	41
autre	0	6	59
Injection (%)			
non	0	47	38
oui, passée	20	47	45
oui, actuellement	0	6	16

La prévalence d'hépatite C (21%) est plus importante que celle du SIDA (2%) ou de l'hépatite B (5%). Quelle que soit la maladie, les personnes dépistées séropositives sont majoritairement des hommes, qui ont été entendu par un juge ou le parquet et qui ont eu une expérience carcérale. Le produit principalement consommé est l'héroïne et il s'agit souvent d'anciens UDI.

Les personnes «séropositives» parmi les UDI

UDI, premiers demandeurs (n=587)	HIV	HBV	HCV
Testés (%)	17	15	15
Testés (n)	98	90	89
Résultats positifs (%)	2	3	8

En 2006, parmi les personnes qui ont fait leur première demande de traitement et qui sont des usagers de drogues par injection, 17% ont fait le test de dépistage du SIDA, 15% ont fait le test de dépistage de l'hépatite B et C.

Parmi les primo-demandeurs testés, la prévalence de l'hépatite C est plus importante (8%) que celles de l'hépatite B (3%) et du SIDA (2%).

2.2.2.3. La Tuberculose

L'alcoolisme et l'infection au VIH sont des facteurs de risque favorisant le développement de la tuberculose, de même que la consommation de drogues par voie intraveineuse.

En Belgique, les facteurs de risque cités le plus fréquemment dans les registres de la tuberculose⁶⁴ sont l'alcoolisme (7,9% des cas en 2006) et la dénutrition (6,8% des cas en 2006), suivis directement par l'infection au VIH (4,9% des cas en 2006, venant de 6% en 2003). La toxicomanie (par injection) ne concerne « que » 1,8% des cas.

On notera que ces chiffres s'apparentent en fait quasi à des chiffres sur Bruxelles et la Région wallonne, les données de la Communauté flamande n'étant plus disponibles après 2005, comme l'indique le tableau suivant, sauf pour l'infection au VIH (2,9% en Région flamande comme en Région wallonne, pour 8,8% à Bruxelles).

Les trois années précédentes fournissaient des chiffres nationaux, lesquels se montaient à 1% de mentions de la toxicomanie par voie intraveineuse comme facteur de risque en Belgique. Cette proportion semble respectée à Bruxelles en 2006 (1,3%), mais largement dépassée en Wallonie (2,3%).

On parle ici des facteurs qui vont augmenter, chez les personnes infectées, le risque de développer une tuberculose.

64 Notons pour la bonne compréhension que ces registres ne reprennent que les cas de tuberculose active, ne disposant pas de données sur la prévalence d'infection tuberculeuse.

Tableau 40 : Patients avec au moins un facteur de risque favorisant le développement de la tuberculose, Belgique – 2003/2004/2005								
Facteurs favorisants * (Registre de la tuberculose, 2006)								
	Région flamande		Région de Bruxelles		Région wallonne		Royaume/ CFB	
VIH+	13	2,9%	33	8,8%	9	2,9%	55	4,9%
Traitement immunosuppresseur	-	-	7	1,9%	22	7,2%	29	4,3%
Pneumoconiose (silicose)	-	-	2	0,5%	14	4,6%	16	2,4%
Diabète	-	-	11	2,9%	18	5,9%	29	4,3%
Toxicomane IV	-	-	5	1,3%	7	2,3%	12	1,8%
Alcoolisme chronique	-	-	18	4,8%	36	11,8%	54	7,9%
Lésions fibrotiques RX thorax	-	-	7	1,9%	24	7,8%	31	4,6%
Dénutrition	-	-	12	3,2%	34	11,1%	46	6,8%
Cancer cou/tête, leucémie, lymphome Hodgkin	-	-	6	1,6%	11	3,6%	17	2,5%
Total Facteurs favorisants mentionnés	74	-	103	-	183	-	360	-
>=1 Facteur favorisant	71	15,9%	81	21,7%	123	40,2%	275	30,0%
n	447	374	306	1127				

* un même patient peut avoir plusieurs affections favorisantes
Source : FARES, voir www.fares.be, Patrick Desmet, communication personnelle.

2.2.3. LA MORTALITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION DE DROGUES

2.2.3.1. Mortalité liée à la drogue ; co-morbidité/co-mortalité

L'Institut Scientifique de Santé Publique, responsable du traitement des données sur la mortalité liée aux drogues, ne dispose plus depuis 1997 des données de la Communauté Française en la matière. En revanche des données sur Bruxelles sont disponibles, via l'« Observatoire de la Santé et du Social » (Bruxelles).

Les données concernant la Communauté française seront confiées à un sous-traitant dès 2008, ce qui devrait donner rapidement accès aux chiffres manquants depuis dix ans. Pour les données détaillées de la Communauté française jusque 1997, nous renvoyons le lecteur à notre rapport 2004-2005 (voir www.eurotox.com). Qu'il nous suffise simplement de rappeler qu'on a observé, de 1987 à 1993, une augmentation régulière du nombre de décès dans les trois régions. A partir de 1993, le nombre de décès a continué à augmenter de manière importante en Région wallonne mais est resté stable en Région bruxelloise et en Région flamande. Ainsi, en 1997, on enregistrait 70 décès en Région wallonne, 22 en Région de Bruxelles-Capitale et 31 en Région flamande.

Quant au *taux* de mortalité, il fut dès 1987 plus élevé à Bruxelles, ce qui revient à dire qu'on y recense proportionnellement plus de décès « à cause des drogues » qu'ailleurs.

Région de Bruxelles-capitale :

Des données partielles (attendant publication) nous ont été aimablement fournies par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles. Ils concernent l'ensemble des décès directement liés aux drogues, qu'il s'agisse de décès accidentels ou de suicides.

Définitions :

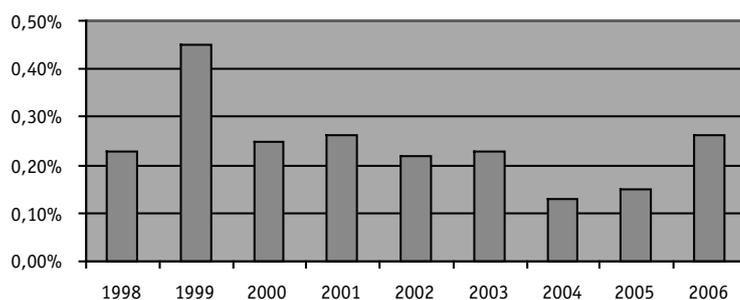
Drogues : sont pris en considération les opiacés, le cannabis, la cocaïne, les psychostimulants, les hallucinogènes et les « drogues multiples ». Ni l'alcool, ni les médicaments psychotropes ne sont pris en compte, sauf les psychostimulants présentant un risque d'abus.

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 31 : Evolution du taux de décès liés aux drogues, Bruxelles-Capitale, 1998-2006



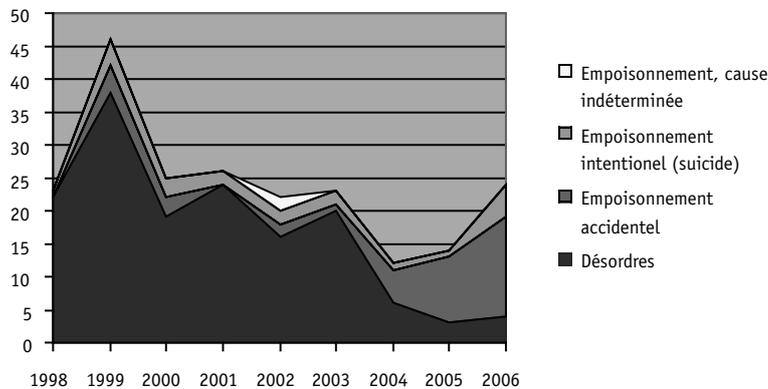
Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Myriam De Spiegelaere et Peter Verduyck, communication personnelle

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). Les chiffres sont ensuite remontés vers leur valeur moyenne de 2004 à 2006.

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 ». Enfin, l'augmentation impressionnante (x 3) de la catégorie « empoisonnements accidentels » a présidé à l'augmentation du nombre de décès liés aux drogues de 2004 à 2006 (respectivement 12 et 24 décès).

A noter que le nombre total des décès dans la région fut lui-même assez stable (autour de 10.000 décès par an) jusque 2003, avant de baisser jusqu'à environ 1100 (2006).

FIGURE 32 : Nombre de décès liés aux drogues en fonction de la cause du décès, Bruxelles-Capitale, 1998-2004



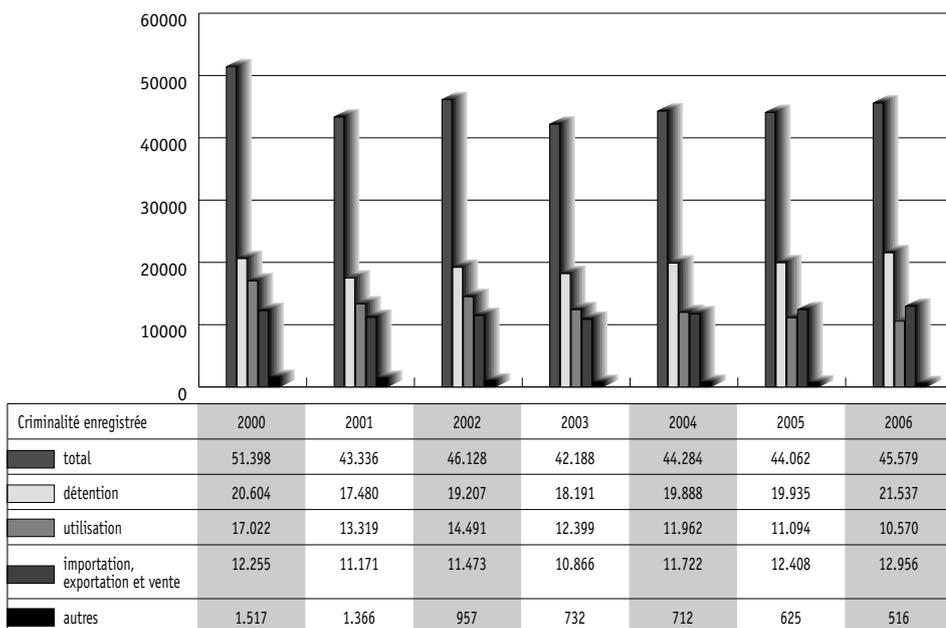
Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Myriam De Spiegelaere et Peter Verduyck, communication personnelle

2.3. LES CONSÉQUENCES SOCIALES

2.3.1 DONNÉES RECUEILLIES PAR LES FORCES DE L'ORDRE

Les figures qui sont présentées ci-dessous concernent la criminalité enregistrée (les infractions pour lesquelles un procès-verbal a été dressé, soit des infractions accomplies et des tentatives) et proviennent 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). Les chiffres concernant la période de 1996 à 2000 proviennent uniquement de la base de données SCII-SPC et ne sont pas comparables avec les données présentées dans les figures suivantes.

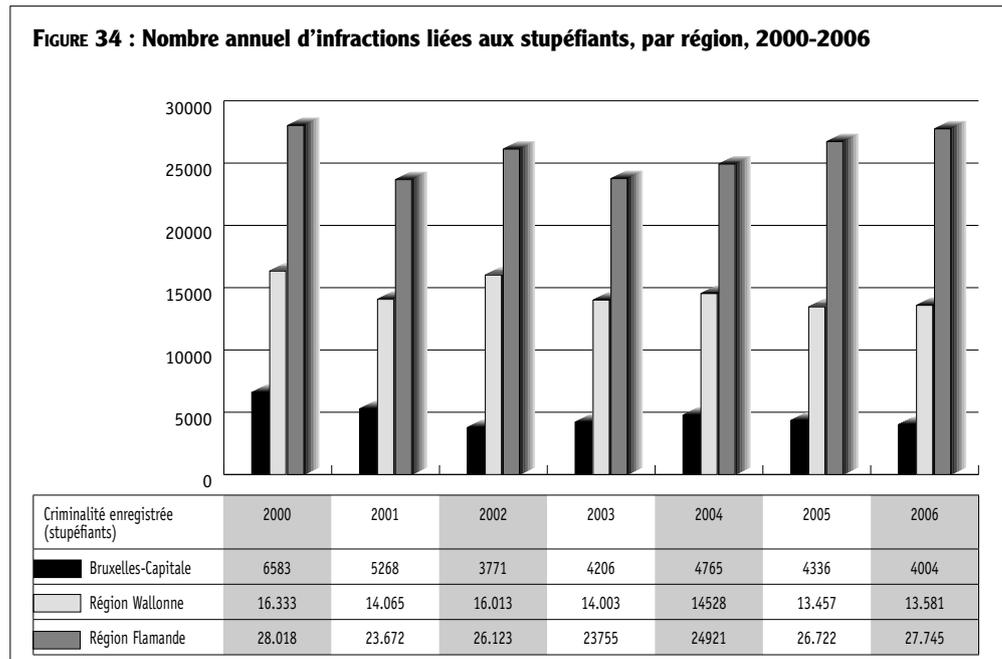
FIGURE 33 : Criminalité enregistrée, infractions liées aux stupéfiants en Belgique



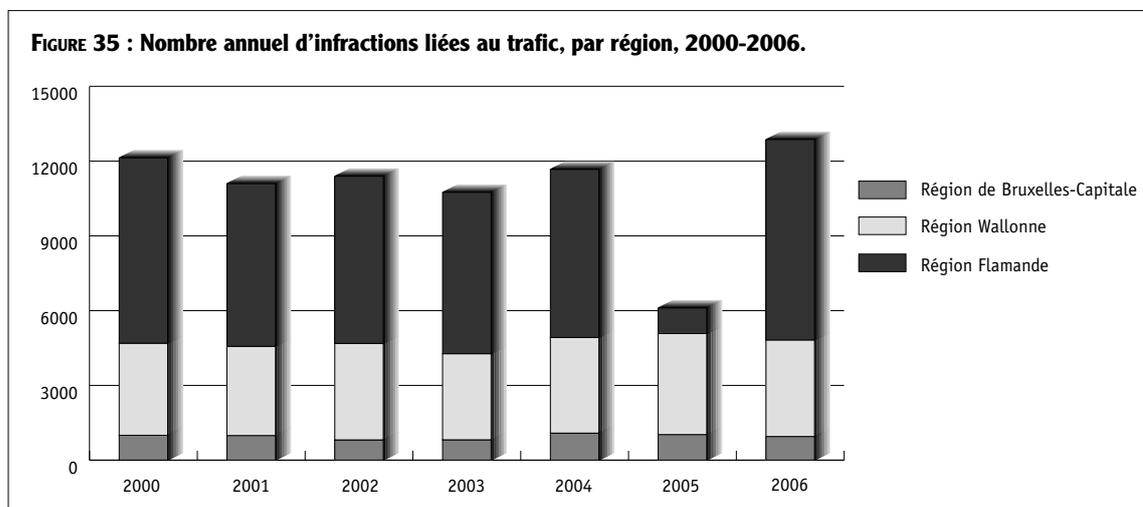
Source: Police fédérale, voir <http://statbel.fgov.be/figures/d352fr.asp>

Les statistiques des infractions liées aux stupéfiants doivent être interprétées avec prudence. Les chiffres couvrent les faits constatés et enregistrés par les services de police, ce qui veut dire qu'ils peuvent être induits par différents facteurs tels que la modification de nomenclature effectuée au fil des années, des changements dans la politique de sécurité fédérale ou locale ou bien la disposition de la population ou de la police à signaler et à enregistrer les faits.

La figure suivante actualise les chiffres par région de 2000 à 2006.



En ce qui concerne la criminalité enregistrée, on peut également présenter une comparaison par région des infractions liées uniquement au trafic (importation, exportation, fabrication, commerce). On observe une modification dans les proportions du trafic (enregistré) en 2005 par rapport aux années précédentes et à l'année 2006. La région flamande voit en effet diminuer la proportion du trafic enregistré à 20% en 2005. Elle revient aux alentours de 60% du trafic enregistré en 2006 comme dans les années 2000-2004.



2.3.2. LES ACCIDENTS DE LA ROUTE

- Sécurité routière et alcool

Tableau 41 : Nombre de conducteurs et de piétons victimes d'un accident selon le résultat du test d'alcoolémie - 2006						
Nombre de conducteurs et piétons victimes d'un accident selon le résultat du test d'alcoolémie						
	Conducteurs et piétons					
Test d'alcoolémie	Total	tués	mortellement blessés	décédés 30 jours*	blessés graves	blessés légers
Total	51.683	816	111	927	5.702	45.054
Non pratiqué	25.778	164	33	197	2.739	22.842
Refusé par le conducteur	83	-	-	-	4	79
Positif	2.312	-	-	-	166	2.147
Négatif	17.083	7	-	7	852	16.224
Inconnu	6.427	645	78	723	1.942	3.763

* Décédés 30 jours = tués sur place + mortellement blessés

Source : Ministère des Affaires Economiques, Institut National de Statistiques, R. NARDI., communication personnelle

Les proportions sont assez stables depuis quelques années. Sur un total de 51.683 personnes impliquées dans ces accidents de roulage en 2006, 25.905 se sont vues proposer le test d'alcoolémie. Sur les 25.822 qui l'ont accepté, les personnes avec un test d'alcoolémie positif représentent 4,5% des 51.683 victimes.

On rappellera toutefois que les statistiques de l'IBSR, qui ne tiennent pas compte des piétons impliqués, signalent généralement un taux de présence d'alcool dans les accidents approchant les 10%.

- Sécurité routière et drogues

Tableau 42 : Nombre de conducteurs victimes suivant leur état (ivresse, influence de médicaments...) - 2006

Etat	Nombre de conducteurs victimes			
	Total	décédés 30 jours*	blessés graves	blessés légers
Total	51.683	927	5.702	45.054
Normal	17.217	40	1.459	15.718
Ivresse manifeste	1.837	3	220	1.613
Sous l'influence de médicaments ou drogues	51	-	10	41
Malade, fatigué	432	4	95	334
Autre ou inconnu	32.147	880	3.919	27.348

* Décédés 30 jours = tués sur place + mortellement blessés

Source : Ministère des Affaires Economiques, Institut National de Statistiques, R. NARDI., communication personnelle

La catégorie « ivresse manifeste » (3,5% de l'ensemble) reste évidemment très « fournie » (beaucoup plus importante que la catégorie « médicaments ou drogues » : 0,1% de l'ensemble). Cependant, le volume de la catégorie « Autre ou inconnu » (62% du total !) interdit des conclusions radicales sur le sujet. On sait entre autres que les tests appliqués (sans prise de sang) par la police pour tenter de détecter la consommation de Marijuana ont parfois été totalement inadaptés car empruntés à une panoplie appliquée à la consommation d'alcool. Sans parler des médicaments légaux...

2.3.3. DISPONIBILITÉ ET OFFRE

2.3.3.1. Les saisies en Belgique

Le tableau suivant présente les données statistiques sur les saisies de stupéfiants réalisées au niveau national par la police. Comme il a été précisé dans les rapports précédents, les chiffres doivent être interprétés avec prudence car ils sont obtenus d'après les résultats positifs de contrôles ou d'enquêtes. Elles ne reflètent pas le nombre total des infractions liées aux drogues, et le nombre de saisies peut augmenter ou diminuer en fonction du contexte politique et des politiques de poursuites qui en découlent.

	Année	2003		2004		2005		2006	
		Unité de mesures pour les quantités	Nombre de saisies	Quantités saisies	Nombre de saisies	Quantité saisies	Nombre de saisies	Quantité saisies	Nombre de saisies
Cannabis résine	kg	4116	5655	6378	39921	4492	6394	1659	10481,262
Cannabis herbe	kg	10229	13194	16400	3854	NA	5058	4901	4563,165
Cannabis plantes	plante	296	27339	388	67814	456	83113	209	110368
Héroïne	kg	1104	51	1981	142	3505	270	619	175,515
Cocaine	kg	1825	644	2880	3522	2225	9228	935	3945,846
Amphétamines	kg	3702	209	4734	2540	3976	175	867	119,098
«Ecstasy»*	kg	N.A	58278	N.A	N.A	N.A	2547874	582	482904
LSD	dose	17	4235	34	1000	3	855	1	120

* sont incluses les substances MDMA, MDEA et MDA

Source : Table standard n°13 fournie par l'ISP

2.3.3.2. Le prix des drogues en Belgique

L'OEDT sollicite chaque année les différents points focaux dans les différents pays afin de récolter des informations sur le prix des drogues.

En Belgique, Eurotox est le seul Sous-Point Focal à donner de pareilles données grâce à la centralisation des données relatives aux prix des drogues en rue fournies par nos partenaires qui sont essentiellement les travailleurs de rue et les comptoirs dans le cadre des dispositifs d'échange de seringues mais également les intervenants en milieu festif.

Ces données, agrégées sous forme de tables standards telles que demandées par l'OEDT, sont complétées par les données de la Police Fédérale issues des saisies de drogues.

Nous sommes ainsi un des seuls pays à fournir des indications sur le prix réel des drogues en rue, soit ce qu'il y a dans la poche du consommateur. Grâce à la synthèse des deux sources d'information, nous complétons la perspective issue des saisies policières pour ainsi donner une réelle estimation du marché des drogues en Communauté française.

Année de collecte de données	depuis 1996 (données de la Police fédérale), depuis 2004 (données d'Eurotox)
Type d'étude	synthèse des prix des drogues issues des saisies policières et collecte des prix des drogues en rue auprès des usagers via les dispositifs d'échange de seringues
Objet primaire	monitoring et analyse géo-politique des tendances
Population cible	pour Eurotox : usagers de drogues en rue
Méthode d'échantillonnage	pas d'échantillonnage
Echantillon d'étude	pas d'application pour la Police, 10% des personnes rencontrées pour (les partenaires d') Eurotox
Taux de réponse	-----
Couverture	Belgique pour les données de la Police, Communauté française et Bruxelles pour Eurotox
Distribution d'âge	pas d'application
Instrument d'investigation	synthèse des informations pour la Police, interviews des usagers pour Eurotox (via ses partenaires)

Le prix des drogues issu des saisies policières

Le tableau suivant montre l'évolution sur dix des prix des drogues selon les saisies de la Police fédérale.

Produit (1 gramme ou 1 unité)	2005	2006
Cannabis (résine)	6.0 (2.5-20.0)	6.65 (2.0-18.66)
Cannabis (herbe)	5.75 (2.5-17.0)	5.38 (1.0-13.33)
Héroïne brune	24.7 (9.0-50.0)	n.a.
Cocaïne	50.3 (25.0-100.0)	48.04 (20-75)
Amphétamine	9.85 (5.0-20.0)	8.53 (3.61-20.0)
Ecstasy	4.2 (0.3-20.0)	3.31 (0.5-10.0)

Source : « National Report to the EMCDDA, 2007 (2006 data) by Reitox National Focal Point Belgium, (table 34)

En 2006, la cocaïne reste selon ces données la drogue la plus chère (48 euro/gramme), même si son prix baisse régulièrement depuis le pic de 2000 à 60.1 euro/gr. Notons que le prix de l'ecstasy baisse chaque année.

Le prix des drogues en rue

Méthodologie

Pendant près de trois mois, chaque année, les partenaires d'Eurotox sont invités à récolter des informations sur les prix des drogues et ce, auprès des usagers. Nous avons demandé à nos partenaires de demander des informations en la matière à 10% de leur population et ce, autant que faire se peut.

En 2006, nous avons obtenu des informations pour 4 partenaires à Bruxelles, 4 dans le Hainaut, 1 à Liège, 1 à Namur.

Les données, centralisées par Eurotox, sont alors harmonisées pour les présenter par produit, en euros et pour un gramme (ou une unité). Nous avons calculé les moyennes, minimums, maximums et mode comme le requiert la table standard.

Limites

Les limites de cette récolte sont de différentes natures et devront être repoussées à terme car elles nuisent à la représentativité des données :

La petitesse des échantillons

Malgré nos recommandations, le nombre d'usagers interviewés est faible.

La non harmonisation des données récoltées chez les partenaires

Malgré nos indications méthodologiques, la collecte des données est différente selon les spécificités de travail des partenaires :

1. Certains ont demandé systématiquement à tous les usagers rencontrés de participer à l'interview (essentiellement les comptoirs d'échange de seringues);
2. D'autres se sont basés sur les rumeurs (essentiellement les travailleurs de rue) ;
3. D'autres encore ont préféré demander à certaines personnes avec qui le contact était meilleur (essentiellement les équipes mobiles en milieu festif).
4. Autres méthodes.

Idéalement, nous devons développer une procédure de sélection d'une population cible, et ainsi définir un échantillon « sentinelle » (représentatif) d'usagers de drogues approprié. Notons que l'OEDT travaille actuellement à une proposition de méthodologie de récolte des données, compte tenu des spécificités de chaque réalité de terrain (récolte auprès des usagers, via les saisies, en fonction des spécificités du pays et du contexte géopolitique).

Par ailleurs, le lieu de la récolte de données peut avoir une influence sur le prix. On n'observe pas le même prix en rue ou lors d'un événement festif. Il serait dès lors intéressant de peaufiner la procédure de récolte de données pour chaque lieu de consommation.

L'estimation du poids

Il est également très important de noter que le poids des produits est estimé approximativement et rapporté par les usagers lors des interviews. Rien n'est pesé. Or, on observe que le gramme pesé n'est pas le « gramme en rue ». De plus, certains dealers, pour élargir leur clientèle, proposent de petits packagings pour certains produits (héroïne, cocaïne). A Bruxelles, nous relevons des *paksons* de 0.6 gr et à Charleroi des *paksons* de 0.5 gr (et parfois même de 0.35 gr à 0.25 gr).

Il est dès lors pertinent, lors de nos analyses, de connaître le mieux possible le poids exact du produit acheté, difficilement évaluable à l'approximation visuelle.

Qualité des produits

Il est nécessaire de corrélérer le prix des produits avec leur qualité (leur pureté) et ce, si possible, via une analyse en laboratoire. Ceci serait envisageable via un « testing » pratiqué dans certains comptoirs d'échange de seringues voire – si l'on met en place une méthodologie pertinente – via une auto estimation de la qualité par l'utilisateur lui-même.

Au travers de la littérature, il semble toutefois que la qualité des produits reste relativement stable.

Evolution historique des prix des drogues en rue

Au fil des années, on observe une augmentation générale des prix sauf pour l'héroïne. Pour ce produit, il faut tenir compte de nombreux facteurs qui peuvent influencer son prix, notamment sa qualité. Il n'est pas rare d'entendre que l'héroïne est de mauvaise qualité, fortement coupée. Il faut également tenir compte des « lois du marché » (saisie récente dans la région, arrestation d'un dealer, etc.).

Produit (1 gr ou 1 unité)	2004			2005			2006		
	Min	Max	Moyenne	Min	Max	Moyenne	Min	Max	Moyenne
Cannabis (résine)	4.0	10.0	5.1	2.8	10.0	5.5	1,5	20,0	6,8
Cannabis (herbe)	4.0	5.0	4.6	2.0	10.0	5.7	2,0	15,0	6,3
Héroïne brune	14.0	40.0	22.0	10.0	50.0	28.7	10,0	75,0	33,2
Héroïne blanche	25.0	40.0	31.0	44.0	230.0	68.0	15,0	70,0	31,4
Cocaïne	30.0	100.0	40.8	35.0	125.0	50.5	20,0	75,0	48,4
Crack*	na			3.0	45.0	24.0	5,0	60,0	30,9
Amphétamine	2.5	10.0	10.0	1.0	12.0	7.8	5,0	30,0	10,9
Ecstasy	2.5	7.0	4.9	3.0	10.0	5.2	1,0	20,0	6,2
LSD	5.0	10.0	7.5	1.5	17.5	8.8	5,0	15,0	8,9

* En Belgique, la cocaïne est rarement vendue sous forme de caillou (crack). Généralement, les usagers le confectionnent eux-mêmes à base de cocaïne et d'ammoniaque, et ce pour être fumé. C'est ce qu'on appelle le « free base ».

Notons également que le prix des pilules d'ecstasy varie beaucoup selon le nombre de pilules achetées. Il peut varier de 0.35€ l'unité si l'on achète 1000 pilules à 2.5€ pour l'achat de 50 pilules à 5€ pour l'achat d'une seule pilule. Dès lors, on constate que les usagers les achètent en grande quantité ou collectivement. A un endroit, on trouve l'ecstasy sous forme de cristal à 10€.

Le LSD est rarement consommé par l'usager de drogues « de la rue » (produit consommé sous forme de papier buvard et parfois en gélatine).

Ces produits (LSD et XTC) sont souvent connus pour un usage festif dans les mégadancings, etc.

Il serait intéressant pour les prochaines années d'inclure la méthadone illégale dans la liste des produits.

Comparaisons régionales des prix des drogues en rue

Les tableaux suivants présentent pour 2006 les prix des drogues en rue par province. Comme déjà indiqué précédemment, les prix varient d'une région à l'autre selon la présentation du produit. Autrement dit, un *pakson* n'a pas nécessairement le même poids à Bruxelles qu'à Namur. Le prix varie aussi selon la source d'achat et la disponibilité du produit (selon la présence plus ou moins dense de dealers, en réalité).

	N	Min.	Max.	Moyenne
Cannabis (résine)	53	2	20	8,3
Cannabis (herbe)	53	2	15	7,6
Héroïne brune	48	10	40	47,3
Héroïne blanche	11	20	50	40
Cocaïne	51	20	70	46,3
Crack	8	5	50	23
Amphétamine	11	5	30	12,8
Ecstasy	19	2	20	9,3
LSD	12	5	20	10,8

A Bruxelles, un « gramme » de cannabis 'résine' ou 'herbe' se présente généralement en *pakson* de 0.8 gr. L'héroïne brune a un prix qui varie selon la quantité : le *pakson* (8 €) va de 0.2 gr à 0.8 gr. La cocaïne se présente généralement en *pakson* de 0.6 gr ou d'1 gr.

	N	Min.	Max.	Moyenne
Cannabis (résine)	ND	1,5	10	5,4
Cannabis (herbe)	ND	2,5	8	4,8
Héroïne brune	ND	10	30	20
Héroïne blanche	ND			
Cocaïne	ND	40	75	52,5
Crack	ND			
Amphétamine	ND	5	10	8,8
Ecstasy	ND	1	10	3,6
LSD	ND	5	10	7,5

ND : non disponible

Comme à Bruxelles, la plupart des produits varient selon la quantité achetée, celle-ci dépendant du packaging. Le prix varie aussi selon la source d'achat. Toutefois, nous ne disposons que de peu d'informations sur le sujet en Hainaut. Le *pakson* de cocaïne pèse généralement 0.8 gr. Le crack est préparé par les usagers eux-mêmes.

	N	Min.	Max.	Moyenne
Cannabis (résine)	12	2,5	10	5,8
Cannabis (herbe)	13	3	10	5,5
Héroïne brune	15	10	75	19,6
Héroïne blanche	5	15	50	38,5
Cocaïne	14	35	60	43
Crack	3	40	60	46,6
Amphétamine	5	5	20	8,6
Ecstasy	9	2	10	4,2
LSD	ND			

ND : non disponible

Il semble que les usagers rencontrés à Namur achètent préférentiellement leur cannabis (herbe et résine) dans les koffishops néerlandais, où le produit est moins cher. Le cannabis 'résine' se présente généralement sous forme de boulette de 3 gr (à 20 €). Les *paksons* d'héroïne (brune) valent 25 € pour 0.5 gr.

	N	Min.	Max.	Moyenne
Cannabis (résine)	ND	4	10	7
Cannabis (herbe)	ND	4	8	6
Héroïne	ND			25
Cocaïne	ND	45	55	50
Crack	ND			
Amphétamine	ND	10	14	12
Ecstasy	ND	5	9	7
LSD	ND	6	10	8-9

ND : non disponible

La cocaïne se vend le plus souvent par billes ou boulettes (de +/- 0.5 gr, à 25€).

Le LSD se consomme généralement en buvard.

Les partenaires observent une faible consommation d'ecstasy et de LSD parmi le public de rue. La consommation serait à vérifier dans le milieu festif.

Luxembourg/ Brabant Wallon

Non disponible

Accès aux drogues

L'enquête ESPAD de 1999 révélait que ces jeunes avaient l'impression que les drogues étaient de plus en plus accessibles.

Excepté en Irlande et au Royaume-Uni où la tendance est contraire, « 20 à 60 % des lycéens considéraient qu'il était 'très facile' ou 'assez facile' de se procurer du cannabis, 5 à 20 % donnaient cette réponse pour l'héroïne et la cocaïne, et 6 à 38 % pour les amphétamines et l'ecstasy »⁶⁵

Perspectives européennes

L'OEDT a le souhait d'intensifier son travail concernant les prix des drogues, afin d'améliorer la qualité des données européennes. Lors d'un meeting d'experts issus des différents pays partenaires, les pratiques courantes ont été passées en revue et les options potentielles pour développer et mettre en place un protocole standard de collecte des prix des drogues ont été discutées. Ces guidelines ont pour objectif d'obtenir une estimation la plus précise possible des prix des drogues.

L'enjeu est maintenant de construire une méthodologie facilement applicable et tenant compte d'une part de

⁶⁵ Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjamson, T., Kokkevi, A., et Morgan, M., Alcohol and other drug use among students in 30 European countries, rapport ESPAD 1999, p112.

l'axe purement géopolitique, d'autre part de l'axe « santé publique », afin de mieux comprendre le rôle du prix des drogues sur le comportement des usagers et en déduire ainsi l'accessibilité des drogues.

Il est primordial de compléter la récolte des données par d'autres facteurs, dont ceux que nous avons déjà pu mettre en évidence ci avant : la relation entre le prix et la qualité des produits, les conditions d'achats, etc. On pourrait ainsi examiner, par exemple, quel est l'impact des prix des drogues par rapport aux autres dépenses de l'utilisateur (nourriture, soins de santé, etc.). On pourrait vérifier et argumenter le profil de l'utilisateur en fonction du produit acheté ; faire la comparaison des prix des drogues illicites avec d'autres **drogues licites** (« un XTC coûte x alcopops » ?) ; vérifier si la diminution des prix des drogues entraîne une **surconsommation** chez certains UD et dans quel contexte, une tendance à la **poly consommation** chez certains UD, une consommation chez de **nouveaux usagers**, etc.

Autant d'indicateurs et de questions qui pourraient nous aider à mieux comprendre le phénomène des drogues et ainsi de mieux y répondre dans le travail de première ligne.



CHAPITRE 3 : PROMOTION DE LA SANTÉ, PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Au fil des ans et des rapports, Eurotox a pris l'habitude de décrire au mieux de ses possibilités les actions menées en Communauté française, à l'aide de l'information issue directement du terrain. Ainsi, les rapports d'activités des associations de terrain ont systématiquement été demandés et analysés. Une grille a même été envoyée, à l'occasion du rapport 2004-2005, à toutes les institutions subsidiées par la Communauté française pour des projets de prévention, de réduction des risques, de traitement et de réinsertion.

C'est sur ces bases qu'a été rédigé jusqu'ici le chapitre 3 de nos précédents rapports. Toutefois, cette méthodologie a montré certaines limites : manque de temps (les associations ne disposent pas toujours d'un rapport d'activités à nous faire parvenir, ou sont submergées de tâches qui font passer cet envoi au second plan) ; manque d'unité (les rapports sont rédigés par des personnes différentes sans méthodologie commune, rendant les choses parfois difficiles à comparer), etc.

Ainsi, en demande et en recherche constructive d'une information plus exhaustive, Eurotox a rencontré les associations de terrain via la Fedito wallonne, pour se rendre compte que celles-ci recherchaient... plus de visibilité de leurs actions et une vue plus exhaustive de celles-ci sur la Communauté française. Ces demandes se rejoignant, il a été décidé qu'Eurotox procéderait à l'élaboration d'un *cadastre des actions de prévention et de réduction des risques* menées en Communauté française.

De façon concrète, les objectifs poursuivis par ce cadastre sont les suivants :

La **finalité** ultime est de contribuer à l'amélioration de l'offre publique de programmes de prévention des assuétudes et de réduction des risques liés à l'usage de drogues en Communauté française.

Deux **but**s principaux sont visés :

- contribuer à l'amélioration de la visibilité des actions menées ;
- élaborer un outil descriptif qui permettra aux acteurs de terrain de situer leur(s) action(s) par rapport à l'ensemble des pratiques.

Afin d'atteindre la **finalité** et les **but**s fixés, l'**objectif général** de la recherche a été défini comme suit : identifier les actions de prévention des assuétudes et de réduction des risques subsidiés par les pouvoirs publics en Communauté française.

Concrètement, le cadastre, à travers les **objectifs opérationnels** inhérents à l'objectif général, doit permettre de mieux :

- Décrire les ressources disponibles tant financières qu'humaines (sources de financements, proportions, nombres d'acteurs qui interviennent, formations de ces acteurs...).
- Décrire les différents types d'approches ou les principes d'intervention.
- Identifier les types d'actions telles qu'elles sont réalisées.
- Identifier et décrire les populations cibles visées par les actions.
- Identifier et décrire les populations bénéficiaires des actions.
- Identifier et décrire les lieux des actions.
- Définir la couverture géographique des actions en Communauté française.

Cette élaboration est en cours de processus et ne donnera de résultats publiables qu'à l'occasion de notre prochain rapport. Toutefois, une pré-enquête a déjà permis de déterminer que la description se limitera aux actions/activités menées, et ne sera donc en aucun cas un « listing » des associations qui les mènent.

Ainsi, bien que les informations qui suivent soient pour cette fois encore issues de la lecture et de l'analyse des rapports d'activités que ces associations ont bien voulu nous faire parvenir, nous avons pour la première fois organisé ces informations en actions/activités menées, de manière transversale et sans citer les institutions qui les développent. Les exemples, d'ailleurs, ne sont pas forcément exhaustifs ni même très nombreux: il ne s'agit encore que de donner un aperçu *qualitatif* de ce qui se fait en Communauté française en matière de prévention et de réduction des risques.

Une liste des « outils » édités ou proposés en 2006 à l'appui des actions décrites est par ailleurs détaillée au point 3.3.

La classification suivante est donc provisoire, basée notamment sur les critères des questionnaires standard remplis par Eurotox pour l'OEDT, mais aussi sur les critères empiriques dégagés des expériences de terrain des promoteurs d'Eurotox (Infor-Drogues, Prospective Jeunesse et Modus Vivendi). Certains de ces critères se recouvrent partiellement, ne représentant encore qu'un patchwork imparfait de la réalité. Leur affinement progressera dans les mois à venir grâce aux résultats du cadastre.

3.1. PRÉVENTION

3.1.1. PAR PUBLIC CIBLE

Les publics-cibles que nous avons pu isoler sont les **jeunes**, le public des **écoles**, le **grand public**, les **familles**, le public de **rue** et le public des **prisons** (détenus).

Penchons-nous d'abord sur les ACTIONS VERS LES JEUNES.

Dans certaines des actions menées vers les jeunes, on trouve le reflet de la volonté affichée par les gouvernements successifs et les plans quinquennaux de travailler sur les personnes, les comportements, les représentations et l'environnement des usagers, plutôt que sur les produits, le danger et l'abstinence.

Il arrive par exemple que certaines actions subsidiées soient remplies par une structure de type AMO (Aide en Milieu Ouvert), un des dispositifs clés de l'Aide à la jeunesse. Les AMO sont axées sur le travail communautaire et visent avant tout à améliorer le cadre de vie et l'environnement de manière préventive, plutôt que de stigmatiser et de réprimer.

Les actions se déroulent notamment dans des institutions d'hébergement pour jeunes en difficultés, qui font appel à l'AMO pour redonner un cadre à des consommations normalement prohibées. L'approche proposée consiste alors en un accompagnement à la réflexion sur la consommation. Les jeunes y sont invités, mais les adultes-relais (éducateurs) également. C'est ainsi que, sans forcément lever les interdits, le discours du personnel encadrant peut s'ouvrir à ce qui entoure les consommations, et au sens que le jeune donne à celles-ci.

Le fait que les interventions ne soient pas focalisées sur les seuls produits, mais davantage sur les comportements, va amener certains jeunes à inclure dans les débats des comportements addictifs à d'autres « objets » que les drogues : les jeux vidéo, Internet, le Gsm... Les approches proposées se révèlent utiles pour ces addictions-là également.

Le même constat est posé dans un autre cadre (intervention à la demande d'une maison de jeunes). Ce type d'action permet d'intervenir en milieu de vie de manière encore plus littérale. En effet, il s'agit d'aller à la rencontre de jeunes dans les parcs publics à la période suivant les examens de fin d'année, au mois de juin.

La demande de la maison de jeunes vient du constat d'un certain désœuvrement chez des jeunes en âge scolaire, et de faits qui y sont liés (violences occasionnelles, confrontations aux drogues légales et illégales, etc.).

L'action communautaire, dans ce cas précis, a consisté à organiser de manière inventive la rencontre entre ces jeunes et le monde associatif, via des activités et stands ludiques dans les parcs mêmes (musique, dessin, photo, etc.).

Les multiples partenaires spécialisés ou généralistes impliqués dans cette action ont poursuivi et rempli les buts suivants : présenter les missions et activités de chacun ; permettre aux jeunes d'avoir un premier contact avec les services et les travailleurs de terrain de ces services ; et enfin faire passer auprès du public des informations de prévention de façon ludique et attrayante.

Public assez classique car très demandeur d'encadrements divers en matières d'assuétudes : LE PUBLIC DES ÉCOLES. Il semblerait que les demandes adressées directement aux institutions spécialisées et émanant du secteur de l'enseignement se modifient. En effet, elles évolueraient de réelles demandes de formation/sensibilisation vers des demandes individuelles d'interventions brèves et plus « pointues ». La formation/sensibilisation serait de plus en plus assurée selon le cadre fixé par le décret « Formation » (voir point 3.1.2.) via l'Institut de Formation en cours de Carrière (IFC). Ce dernier gère à présent la formation continuée des enseignants dans son aspect inter-réseaux, ce qui explique le glissement vers cette structure des demandes parfois plus globales émanant d'une équipe pédagogique.

Cela dit, de nouvelles demandes émergent du monde de l'enseignement : les demandes émanant des centres PSE (Promotion Santé à l'École), qui se situent au croisement de l'enseignement et de la santé. Ces demandes émanent ainsi souvent de personnel infirmier et requièrent donc une mise en perspective des connaissances propre à instruire/former un personnel médical.

En dehors de cela, les demandes peuvent provenir de professeurs, de directeurs, mais aussi parfois d'éducateurs, du personnel d'entretien, par exemple dans le cadre de groupes «santé» dans les écoles, voire même d'étudiants.

Des élèves du cycle inférieur secondaire de la province de Liège ont pu bénéficier depuis 1999 d'une initiative de prévention originale sous la forme d'un bus itinérant (renforcé depuis 2006 par un second bus). Il s'agit d'une exposition interactive itinérante décrivant le parcours d'un jeune et sa rencontre (ainsi que son positionnement) par rapport à divers produits psychotropes. Cette approche suscite par la suite le développement de projets de prévention institutionnels personnalisés. Le dispositif du second bus est modulable pour pouvoir être utilisé dans les écoles primaires.

Passons ensuite au « GRAND PUBLIC », auquel s'adressent des **actions de portée générale**.

Parmi ces actions, on peut citer deux types d'action non pas adressées au grand public, mais auxquelles le grand public peut s'adresser : une ligne téléphonique permanente et une permanence Internet (e-permanence).

Tout un chacun peut téléphoner ou se connecter à une permanence, ce sont donc bien des actions qui s'adressent au grand public. Parmi les interlocuteurs, on trouve d'ailleurs aussi bien des usagers que leur « entourage », des professionnels, ou d'« autres » demandeurs.

Par ailleurs, les demandes formulées sont elles-mêmes larges (information, conseil, aide, écoute, etc.). L'« entourage » est d'ailleurs la catégorie d'interlocuteurs téléphonique la plus volumineuse (près de 50% des coups de fil).

L'e-permanence quant à elle, permet d'offrir un échange encore plus anonyme, puisque les questions-réponses peuvent être échangées grâce à un code, dans une boîte virtuelle où elles sont déposées (délai de réponse maximum : 72 heures). De plus, la pudeur par rapport à une relation d' « aide » est désamorcée par le fait que sur Internet on « recherche » plutôt que de demander. Par ailleurs, les différentes expériences européennes de « l'e-mail counselling » révèlent qu'Internet permet de toucher un nouveau public, essentiellement jeune et impulsif (qui serait notamment frustré d'attendre au téléphone).

Dans le même ordre d'idées, on peut signaler aussi comme outils adressés au grand public les sites Internet dédiés à l'information et à la prévention des usages problématiques de drogues. Ils permettent des mises à jour/mises au point sur les dispositions légales en vigueur et leurs subtilités (ou au contraire sur les flous existants), les produits ou encore les services actifs dans le secteur (aide, prévention, information, soins,...), les actualités et leur commentaire (exemple : circulaire ministérielle sur la prévention des assuétudes en milieu scolaire) ou encore des FAQ (questions fréquentes, pré-traitées par des professionnels) et un moteur de recherche (bon moyen de mettre à disposition en une fois toute la matière ayant trait à un seul sujet – par exemple, le cannabis).

Plus classiques, les centres de documentation permettent également de répondre aux demandes formulées par un public large et varié : collectif (demande au nom d'une association, d'une organisation) ; élève d'humanités générales ; enseignant (ou tout professionnels de l'éducation) ; étudiant (études supérieures) ; famille (ou proches) ; individuel (demande privée) ; journaliste ; justice (police) ; politique (demande d'un ministère) ; professionnel de la santé ou encore usager de drogues.

On peut encore citer les FAMILLES (parfois dites « à risques », bien que cette classification soit plutôt « européenne », voire anglo-saxonne, que typiquement belge). Certaines actions s'adressent aux parents consommateurs, voire aux femmes enceintes consommatrices, ou encore aux parents d'enfants consommateurs. Elles proposent un encadrement de ces familles, et notamment des groupes de parole pour mères ou futures mères consommatrices, et tentent d'éviter entre autres que les mères consommatrices et leurs enfants ne soient finalement séparés par des mesures judiciaires.

Les autres publics-cibles/lieux d'intervention qu'on relèvera ici sont les PRISONS (détenus mais aussi libérés sous conditionnelle et personnes sous bracelet électronique), le PUBLIC DE RUE et les professionnels/équipes appartenant aux secteurs social, sanitaire, culturel et des loisirs.

3.1.2. PAR TYPE D' ACTIONS

Les types d'actions menées se déclinent en missions de **formation**, d'**information**, d'**accompagnement**, de **recherche**, de **réinsertion** et de **liaison**.

On citera pour commencer les FORMATIONS.

Des formations en Communauté française sont proposées dans le cadre du « décret de formation en cours de carrière » (11/07/2002) pour les enseignants de l'enseignement secondaire, de l'enseignement spécialisé et des centres PMS.

Ce renouvellement de la réglementation a amené à envisager la formation des enseignants comme un processus obligatoire, organisé en trois niveaux : inter réseaux (enseignement libre, enseignement des communes et des provinces et enseignement de la Communauté française rassemblés), réseaux (plusieurs établissements d'un même réseau rassemblés pour une formation) et établissements (l'ensemble d'une équipe d'un établissement).

Le nombre de jours obligatoires est déterminé par niveau. Pour la formation inter réseaux, un organisme administratif a été créé, l'IFC (Institut de Formation en cours de carrière). Il sélectionne les thématiques à

aborder et les opérateurs des formations, planifie et évalue les formations.

Ces formations sont données soit à des enseignants ou membres de CPMS inscrits individuellement, soit dans le cadre de formations collectives, ouvertes au personnel de différentes écoles d'une même région qui ferment leur établissement aux élèves pendant deux jours afin de réunir des groupes de professionnels de l'enseignement autour de divers thèmes. Ces formations collectives sont également ouvertes aux éducateurs et au personnel administratif.

La mission de formation peut aussi se décliner par un « détachement » de travailleurs du secteur spécialisé vers une école supérieure. Retenons le cas d'un cours sur les assuétudes de 25 heures donné à une classe dans une école d'éducateurs, comprenant notamment l'actualisation d'un syllabus, la participation aux examens et aux délibérations et même l'encadrement d'étudiants Erasmus.

Citons aussi la formation d'adultes-relais choisis dans la communauté de vie des jeunes, qui sont dans ce cas le public-cible final. On trouve parmi ces adultes du personnel de mouvements ou de maisons de jeunes mais aussi de l'aide spécialisée à la jeunesse. Les tendances des services qui proposent ces actions sous l'égide de la Communauté française vont vers un travail sur les représentations et la communication plutôt que sur l'interdit et les produits.

Proche de la précédente, viennent ensuite les actions correspondant à une mission d'INFORMATION.

Il faut signaler pour commencer l'existence de réseaux de documentation importants, qui visent à apporter un soutien documentaire tant au public qu'aux intervenants de terrain en matière de prévention. Ces réseaux regroupent et coordonnent de nombreux centres de documentation et/ou d'études.

Mais en dehors des réseaux également, l'envoi de documentation constitue une source fréquente d'information assumée par de nombreux projets. Les personnes informées peuvent aussi bien faire partie du monde académique (étudiants, chercheurs...) qu'être des particuliers ou des journalistes. Les thèmes balayés sont vastes et englobent des choses aussi diverses que la description des produits, la dépendance aux jeux virtuels, la cyberdépendance, la parentalité dans sa confrontation avec les toxicomanies, la prévention du tabagisme, etc.

Notons en outre que la province de Liège, en collaboration avec la Communauté française, organisa en 2006 le 1^{er} congrès international de la francophonie en prévention des assuétudes, brassant des sujets variés et rassemblant de nombreux experts.

Une autre organisation regroupant des intervenants psycho-médico-sociaux a également proposé au cours de 2006 un congrès résidentiel sur la prévention des assuétudes.

Citons également comme exemple d'autres activités d'information, pour mémoire, une campagne de sensibilisation aux dangers de l'alcool au volant auprès des jeunes, et la duplication et la diffusion d'un outil pédagogique destiné à la lutte contre le tabagisme

Passons à la mission d'ACCOMPAGNEMENT

La mission de prévention en Communauté française se décline à l'occasion en « accompagnement » (bien que ce type d'actions relève plutôt du volet curatif), soit : des entretiens de soutien psychologique ; des entretiens ponctuels visant à aider le consommateur ou ses proches à faire le point sur la situation problématique et à envisager des esquisses de solutions ; des entretiens d'orientation ; une aide psychosociale ; des consultations thérapeutiques centrées sur les problèmes liés à la dépendance (que ce soit l'alcool, le tabac, le cannabis, les drogues illégales ou encore le jeu pathologique) ou encore la préparation à une cure, à l'hospitalisation.

Autre mission assumée par des projets/actions en Communauté française : la RECHERCHE.

On citera dans ce domaine une action de recherche de pistes de prévention du tabagisme dans les milieux de vie des jeunes, une recherche participative sur les conduites à risques auprès des jeunes en milieu populaire ou encore la mission d'Observatoire socio-épidémiologique Alcool-Drogues en Communauté française.

Les projets menés en prévention des assuétudes en Communauté française se déclinent encore en actions de RÉINSERTION et de LIAISON.

3.2. PROMOTION DE LA SANTÉ ET 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. Cela se fait soit en ville, en rue ; soit en milieu festif ou en ciblant un public festif. Les usagers de drogues et leur entourage ont également accès à l'information et au matériel de réduction des risques via les services d'information, la permanence téléphonique et l'e-permanence.

3.2.1. LES DISPOSITIFS D'ÉCHANGES DE SERINGUES

Cette partie comportant des données de type épidémiologique, elle est développée dans le chapitre 2, paragraphe 2.1.3.4.

3.2.2. LA VENTE DE KITS D'INJECTION EN PHARMACIE

Cette partie comportant des données de type épidémiologique, elle est développée dans le chapitre 2, paragraphe 2.1.3.4.

3.2.3. LES OPÉRATIONS " BOULE DE NEIGE "

On connaît bien désormais ces opérations, actions de prévention de l'infection par le VIH ou les maladies infectieuses à mode de transmission analogue auprès des usagers de drogues, par d'autres usagers de drogues (les « pairs », formés, payés comme jobistes et munis d'un questionnaire). Elles visent un public particulièrement marginalisé.

En 2006, 7 opérations ont été menées : 3 opérations dites « classiques » (voir 2.1.3.2.), 2 opérations en « prison », et 2 opérations « pilotes » : une opération centrée sur l'hépatite C et son dépistage et une opération avec un public migrant bulgare turcophone dans le milieu de la prostitution masculine. Cinquante et un usagers de drogues ont participé comme jobiste à une de ces opérations. Par leur intermédiaire, 374 personnes ont été directement contactées et ont répondu au questionnaire sur leurs pratiques actuelles de consommation.

3.2.4. LE TRAVAIL DE RUE

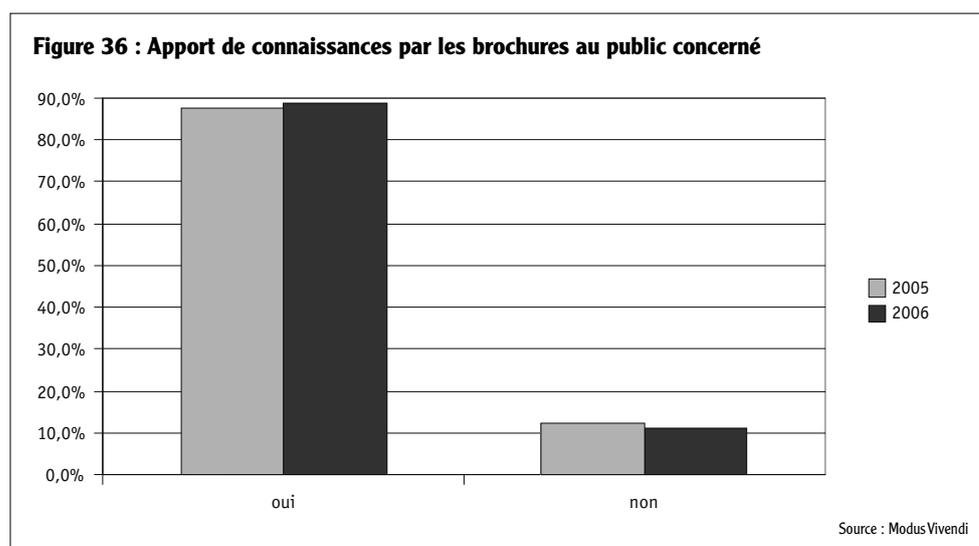
Aucun grand changement n'a marqué 2006 en ce qui concerne le travail de rue, on rappellera simplement que le travail des éducateurs de rue s'inscrit dans une prévention sociale au sens large. Il s'agit de permettre aux différents protagonistes de l'espace public, par un travail de médiation, de devenir acteurs dans la gestion des problèmes rencontrés pour en diminuer les nuisances les plus dommageables. On entend par là les publics-cibles habituels de la rue mais aussi ceux qui empruntent la rue comme espace public.

3.2.5. LES INTERVENTIONS EN MILIEU FESTIF

L'usage de produits psychotropes comporte des risques qui sont fonction des produits réellement consommés mais aussi de leurs mélanges, du mode de consommation et du contexte de consommation. Voici une description du contexte de ces consommations et des risques qu'il génère.

- *Les usagers de drogues sont mal informés de ces risques*

Cette population, jeune et généralement en bonne santé, a peu de contacts avec les services de santé. Elle a donc peu accès à une information fiable. Ce niveau de connaissance bas au moment des contacts avec des acteurs de la RDR est illustré par la figure suivante.



- *La consommation de drogues de synthèse et autres produits illicites est un comportement illégal, les consommateurs ont donc tendance à ne pas en parler et à entretenir la méfiance qu'ils éprouvent de manière générale par rapport à la parole de l'adulte.*
- *L'état des connaissances sur les drogues de synthèse est en constante évolution.*
- *Des pilules vendues sous le nom d'XTC peuvent contenir d'autres substances.*

- *La consommation en milieu festif engendre des risques spécifiques tels que :*
- - La déshydratation et les hyperthermies qui sont les risques les plus fréquemment liés à la consommation d'ecstasy.
 - Sous l'influence d'ecstasy, de même que sous celle de nombreuses substances psychotropes, les personnes peuvent s'exposer à des risques sexuels : contamination par le VIH, hépatites ou autres maladies sexuellement transmissibles ainsi qu'à des risques de grossesse non désirée lors de rapports non protégés, ou être victimes d'acte de violence ou de rapport sexuel non désiré.
 - Sous l'influence de produits psychotropes, des usagers sont à l'origine de trop nombreux accidents de la route.
 - Des risques d'overdoses (OD) existent avec les stimulants et ceux-ci sont accrus lorsque, comme c'est souvent le cas, ils sont consommés en mélange avec d'autres produits.
 - Consommation en injection : 2 à 3 % des usagers rencontrés en milieu festif sont des injecteurs qui éprouvent de grandes difficultés à se procurer des seringues et du matériel stérile d'injection. Il existe donc des risques de transmission du SIDA et des hépatites B et C par l'échange de seringues. En outre, des seringues usagées peuvent être abandonnées sur les sites de festivals.
 - Des usagers de NDS (nouvelles drogues de synthèse) rencontrent des problèmes liés à leur consommation. Ces problèmes sont de type physique, psychique, relationnels ou judiciaires. Ces consommateurs ne s'identifient pas au public des centres spécialisés. Il est donc nécessaire de créer une passerelle entre les services de prise en charge, spécialisés ou non, et les consommateurs à qui leur consommation pose problème

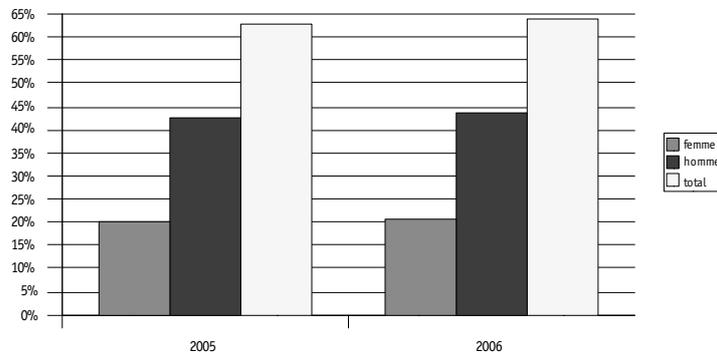
Tableau 50: Problèmes rapportés par les usagers rencontrés dans le cadre de l'équipe mobile (2002-2006).

Types de problèmes rencontrés en lien avec consommation (Eq. M)					
	2002	2003	2004	2005	2006
judiciaires	18%	14%	18%	8	9
psychologiques	20	15	18	12	10
professionnels	19	18	18	11	11
sexuels	13	10	11	7	6
relationnels	26	20	27	14	13
pshysique	22	19	25	12	14
économiques	17	14	15	9	8
au moins un problème	42	46	54	28	28

Source : Modus Vivendi

- Des risques de contamination par les hépatites existent via le partage des pailles de sniff mais aussi par le tatouage et le piercing. Que ce soit pour consommer des amphétamines ou de la cocaïne, le sniff est fréquent. Les usagers méconnaissent les risques liés au partage des pailles. De même on trouve sur de nombreux sites de festivals des tatoueurs qui pratiquent de manière peu professionnelle avec des risques d'infection locale mais aussi de transmission d'hépatites.
- Les filles sont généralement moins informées et plus vulnérables. On a constaté que les filles ont moins accès à l'information sur les drogues, moins accès aux préservatifs, et en outre encourent des risques de grossesse non désirée.

Figure 37 : Possession d'un préservatif en fonction du sexe, par année (questionnaire festif 2006).

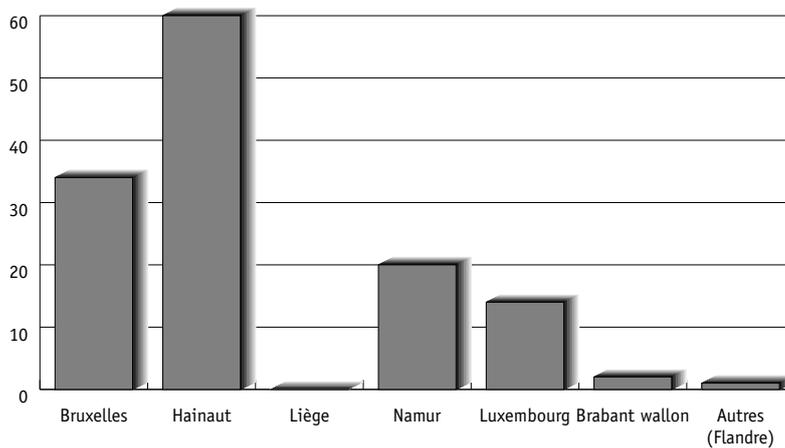


Source : ModusVivendi

3.2.5.1. 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. Entre le 1^{er} mars 2006 et le 28 février 2007, 134 événements ont été couverts en Communauté française par 31 partenaires différents.

Figure 38 : Nombre d'interventions par province. 1^{er} mars 06 - 28 février 07



Source : ModusVivendi

3.2.5.2. 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 :

- stand d'information sur les produits et les risques avec distribution de préservatifs
- équipe mobile de réduction des risques qui circule sur l'ensemble des sites de l'évènement
- comptoir d'échange de seringues
- testing de pilule d'XTC
- tente Relax Zone
- distribution d'eau dans les raves

Nées en 1998, et après avoir été suspendues en septembre 2002 suite aux interventions du Ministre de la Justice, les analyses de pilules sur site et en laboratoire ont repris en 2005.

3.2.5.3 Testing

Qu'est ce que le testing ?

Les actions de réduction des risques avec analyse de pilules sont des stratégies de santé publique et plus particulièrement de promotion de la santé. Celles-ci ne se limitent pas au testing mais proposent un ensemble d'activités : information, accueil, relais, etc. **Le testing constitue une réelle plus-value dans les activités de réduction des risques** : meilleurs contacts avec les usagers, meilleure qualité de l'information, plus grande responsabilisation des consommateurs. En outre, à travers sa contribution au système d'alerte précoce (early warning system, voir 4.1.1.4.) il prévient la consommation de produits particulièrement dangereux. Enfin, ces actions permettent un monitoring des nouvelles substances et des nouveaux usages (tendances émergentes).

Dans la pratique :

Sur le terrain, les usagers se rendent dans les différents points de prévention où ils peuvent tester leur pilule. La pilule est pesée, photographiée, son lieu d'achat et son logo identifiés. Un test Marquis est réalisé. Pour cela, on gratte une petite partie de la pilule et on y verse quelques gouttes de réactif. Celui-ci se colore suivant la présence de certains principes actifs dans la pilule. Par exemple: si le réactif prend une couleur brun orangé, la pilule contient des amphétamines. Ensuite, on vérifie dans la base de données si une analyse en laboratoire a déjà été effectuée sur une pilule similaire. Si c'est le cas, le résultat du test Marquis est confronté aux informations contenues dans la base de données afin de s'assurer qu'il s'agit bien du même type de pilule. Si la correspondance est bonne, le résultat est donné au consommateur accompagné de conseils de réduction des risques. Si le test Marquis ne confirme pas le résultat ou que le résultat du laboratoire date de plus d'un mois⁶⁶, la pilule est envoyée au laboratoire pour une analyse complète. Le consommateur a ensuite la possibilité de revenir chercher les résultats de cette analyse plus poussée.

Lorsqu'une pilule est reconnue comme très dangereuse, des campagnes de sensibilisation sur ce type de pilule sont organisées dans les lieux de sortie, diffusées auprès des intervenants et sur Internet. L'ensemble des résultats n'est pas diffusé sur Internet afin de ne pas permettre de confusion entre deux pilules au même logo. Au niveau européen, le testing de pilules est pratiqué dans différents pays depuis plus de dix ans. L'exemple le plus illustratif est le réseau DIMS (Drug information and monitoring system) aux Pays-Bas qui compte 22 sites de testing répartis dans l'ensemble du pays.

⁶⁶ Le marché des pilules est régi par des techniques de marketing identiques à celles du secteur commercial : dès qu'une pilule avec le logo x a du succès, elle est immédiatement copiée. Il est donc important de ne pas donner un résultat d'analyse vieux de plus de 15 jours.

Une récente évaluation de projets Autrichiens, Hollandais et Allemands, financée par la DG Santé de la Commission Européenne, a montré les apports et l'absence d'effet pervers ou négatif de ce type de projet.⁶⁷

En Communauté française, deux types de projets utilisent l'analyse de pilules de manière spécifique et complémentaire : en milieux festifs et hors milieux festifs.

L'avantage envisagé du projet fixe - hors milieu festif - est d'une part d'atteindre les usagers qui ne fréquentent pas ces endroits et d'autre part d'ouvrir un espace plus propice à la discussion et de garantir une analyse avant consommation. Ce lieu d'accueil peut également être lieu de relais vers le secteur de la prise en charge thérapeutique, pour les consommateurs qui en feraient la demande.

Le testing mobile en milieu festif, de son côté, donne un meilleur accès aux populations plus jeunes qui se fournissent sur le lieu de la fête.

3.2.5.4 Charte de bien être en milieu festif

Cette charte vise à garantir la santé et la sécurité des personnes dans les lieux de fêtes de la capitale. La charte n'est pas imposée, mais a été conçue sur base volontaire, en étroite collaboration avec les responsables d'établissements et les organisateurs de soirées. Elle est également soutenue par les autorités politiques. Elle n'est pas encore opérationnelle en 2006 mais destinée à l'être en 2007. Par contre, les critères d'adhésion à ce label ont déjà été fixés et sont les suivants :

1. mise à disposition de brochures santé sur des thématiques telles que les IST, la contraception, les relations homosexuelles masculines, la conduite automobile sous influence, les nuisances sonores, les produits psychotropes...
2. mise à disposition de préservatifs
3. mise à disposition de bouchons d'oreilles
4. accès à de l'eau potable gratuite
5. participation aux campagnes d'alerte précoces dans le cadre de l'Early Warning System / Système d'Alerte Précoce
6. formation spécifique du personnel

3.2.5.5 Lieux d'accueil et de réduction des risques liés à l'usage de drogues en milieu festif

Il existe à ce jour un projet d'accueil communautaire et d'information sur les drogues liées au milieu festif. C'est également un lieu de relais vers les institutions spécialisées. Ce projet est développé à Bruxelles. Les permanences sont assurées par un travailleur et un jobiste usager de NDS. Ces jobistes reçoivent tous une formation à la réduction des risques et à l'accueil.

3.2.6. LES INTERVENTIONS DE RÉDUCTION DES RISQUES EN PRISON

Les interventions en prison ont connu une certaine évolution, même si beaucoup de chemin reste à parcourir, comme indiqué au point 1.4.3. du chapitre 1.

⁶⁷ Benschop, A., Rabes, M. et Korf, D. Pill testing – ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities, Rozenberg Publishers, 2002, Amsterdam.

3.3. LISTE DES OUTILS 2006

3.3.1. COLLOQUES, SÉMINAIRES, CONFÉRENCES

Ce relevé n'est pas exhaustif, il correspond à la somme des informations qui nous sont parvenues.

DATE	INITIATEUR	INTITULE
27/11	CLPS de Mons-Soignies	L'ordinateur : une dépendance ? Internet et les jeux en ligne : quelle prévention pour ces nouvelles addictions ?
24/11	Liaison Antiprohibitionniste	Substitution : Enjeux sans frontière
26/11	ZoneT	Internet et les jeunes. Et si on parlait des conséquences
14/11	Enaden	Epidémiologie des addictions et de leurs conséquences
21, 22/10	Fédération des Maisons médicales	L'Université ouverte en santé
03/10	Enaden	Connaissances actuelles sur les circuits du plaisir, de la récompense. Impact des drogues et des médicaments sur ces circuits
14, 21 et 28/09	CLPS de Bruxelles	Prévention du tabac et adolescence. Y a-t-il un mode d'emploi ?
31/05	La ville de Gembloux et la Maison de l'Enfance "Les Tarpans"	Le tabac et la femme enceinte
31/05	Unité "Clinique des Assuétudes" du Centre Chappelle-aux-Champs Enaden	Les toxicomanies sans drogues
10, 11 et 12/05	Maison du social de la Province de Liège	Premier Congrès International de la Francophonie en Prévention des Assuétudes
09/05	Projet Lama	Traitement de la douleur chez les patients usagers de drogues
04/05	Association des Parents d'élèves du Lycée Martin V de Louvain-la-Neuve	Drogues et adolescents : liaisons dangereuses ?

3.3.2. FORMATIONS, ATELIERS, MODULES

Ce relevé n'est pas exhaustif, il correspond à la somme des informations qui nous sont parvenues.

DATE	INITIATEUR	INTITULE
6, 21/02	Fares, Modus Vivendi, Prospective Jeunesse, Centre verviétois de Promotion de la Santé et Réseau verviétois des partenaires	Module d'échange d'expériences : Autour de la violence, des assuétudes et de la réduction des risques
22, 23 et 24/05	Sept asbl	Formation Repères en tabacologie : La fumée s'envole, et reste (ou revient) la parole
30/03, 20/04, 4 et 18/05, 01/06	Nadja	Module d'une journée : Communication et assuétudes
25/04, 9 et 23/05	Nadja	Séances d'exercices
02, 04, 09/10 et 20, 21, 27/11	Prospective Jeunesse	Module interdisciplinaire : Prévention des assuétudes
	Fares	Atelier de sensibilisation : Jeunes et tabac : quelle prévention dans notre institution

3.3.3. REVUES, LIVRES, ARTICLES

Ce relevé n'est pas exhaustif, il correspond à la somme des informations qui nous sont parvenues.

- **Les Cahiers de Prospective Jeunesse**

N° 38 – Enjeux des lois

N° 39 – Dépendances : Assuétudes, addictions, toxicomanies ... ?

N° 40 – Quand la prison s'ouvre ... aux partenariats

N° 41 – Soigner les usagers de drogues : 1970-2006

- **Revue de presse bimensuelles Toxicomanie et SIDA, Prospective Jeunesse**

- **CDPJ Biblio ; revue bibliographique trimestrielle, Prospective Jeunesse**

- **Prospective Jeunesse, articles publiés dans Le Ligueur :**

- Education et santé
- Jeunes et alcool : des constats pour inquiéter ?
- Vente d'alcool aux ados
- Jeunes et cannabis : quelle prévention ?
- Cannabis : que du plaisir ?
- Dépendance aux jeux virtuels

- **Arrêt du tabagisme : découvrez les secrets de la réussite !**

Brochure réalisée par Les Mutualités Libres

- **Les médicaments génériques. Ne loupez pas les médicaments moins chers !**

Brochure réalisée par les Mutualités Chrétiennes

- **Tabac, et si j'arrêtais ? Pourquoi ? Quand ? Comment ?**
Brochure réalisée par l'Observatoire de la Santé du Hainaut, 2^{ème} édition
- **Prévention des assuétudes**
L'Observatoire, Revue d'action sociale & médico-sociale, n° 51/52
- **Education pour la Santé**
Catalogue de La Médiathèque
- **Histoires sans clope ...**
Outils audiovisuels et pédagogiques pour une prévention du tabagisme avec les jeunes
Catalogue de La Médiathèque
- **Education Santé :**
- Janvier
 - Aide au sevrage tabagique chez la femme enceinte et son partenaire
 - Quand Philip Morris manipule
 - Tabac : dénormalisation musclée
 - Pub antitabac sur les produits de tabac
- Avril :
 - Tabac : une campagne pour l'aide à l'arrêt
 - Lutte contre le tabac à l'école
 - Des «buddies» aident leurs amis à arrêter de fumer
- Mai :
 - La prévention du tabagisme chez les jeunes : nouvelles du Québec
- Juin :
 - Help, pour une vie sans tabac
- Août :
 - Tous les moyens sont bons pour ne pas vendre des médicaments
 - Grossesse et boissons alcoolisées : quelles recommandations ?
- Septembre :
 - 35 ans d'Infor-Drogues ! Faites sauter les pétards !
 - Cannabis : attention aux équations simplistes
 - La consommation de tabac chez les jeunes diminue
- Octobre :
 - Le tabac totalement banni des écoles
 - Décret relatif à la prévention du tabagisme et l'interdiction de fumer à l'école
- **Drogues en chiffres II**
Etude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes. Etude de suivi
B. De Ruyver, I. Pelc, D. De Graeve, A. Bucquoye, L. Cornelis, P. Nicaise
Editeurs Federaal wetenschapsbeleid, Academia Press

3.3.4. OUTILS PÉDAGOGIQUES, SITES, ...

Ce relevé n'est pas exhaustif, il correspond à la somme des informations qui nous sont parvenues.

- **Fumée bleue ... Je vois rouge !**
Théâtre forum
- **Campagne antitabac «Buddies»**
Campagne réalisée par le Fares et la VRGT
- **Outils proposés à l'occasion des 35 ans d'Infor-Drogues**
- Un site web et 4 séries de 4 autocollants ludiques.
- Une série de cartes dites « boomerang », tout aussi ludiques, à disposer dans des présentoirs, qui parlent des difficultés et des spécificités liées au dialogue sur les drogues, et de la manière dont Infor-Drogues aborde le dialogue avec ses usagers, en tenant compte de ces spécificités.
- Un « mini-livre » qui décortique 35 idées reçues qui obscurcissent le dialogue sur les drogues.
- Analyse et commentaire de 3 émissions de télévision (RTBF et RTL) sur les drogues, « Pour comprendre nos représentations sur les drogues et le regard porté (sur elles) par une grande partie du public » (disponibles sur DVD).
- Les interviews d'administrateurs et d'un fondateur d'Infor-Drogues (Serge Zombek, psychiatre au CHU Saint-Pierre ; Patrick Trefois, directeur de Question santé ; Thierry Poucet, journaliste médical et Claude Bloch, membre fondateur).



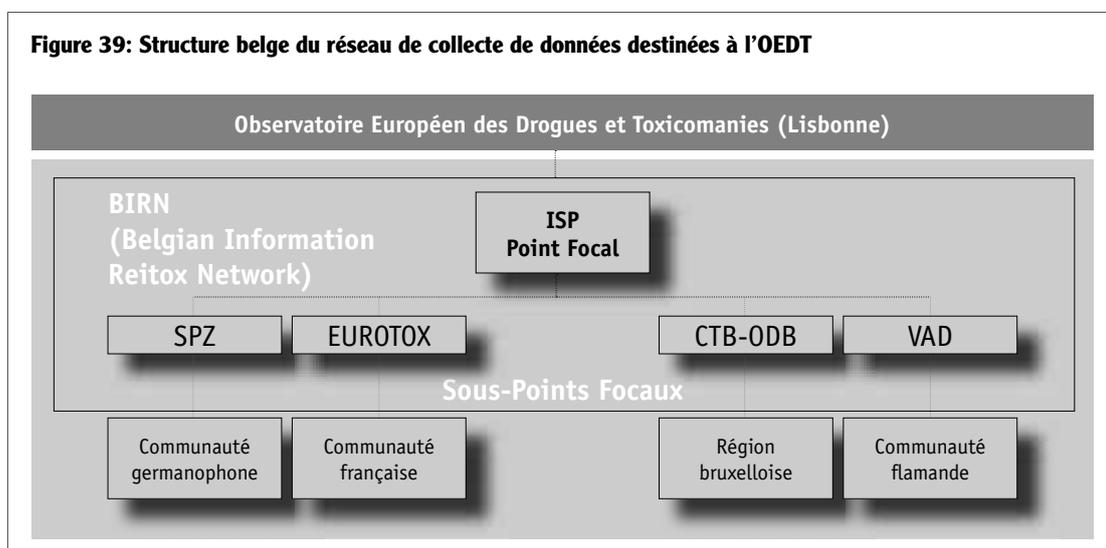
CHAPITRE 4 : CADRE ET MISSIONS D'EUROTOX

Introduction

Ici encore, pour l'historique complet et la description exhaustive de la structure Eurotox, nous renvoyons le lecteur au site web d'Eurotox, mais aussi aux rapports précédents, et notamment au rapport 2004-2005 sur l'usage de drogues en Communauté française, téléchargeable à l'url suivant : www.eurotox.org

Qu'il nous suffise de rappeler qu'Eurotox remplit des missions en tant que Sous-Point Focal de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT) couvrant le territoire de la Communauté française de Belgique mais aussi en tant qu'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Communauté française. L'asbl poursuit en outre ses activités propres, distinctes de ces missions, telles que la recherche. Celles-ci peuvent faire l'objet d'un financement spécifique.

Figure 39: Structure belge du réseau de collecte de données destinées à l'OEDT



4.1. SOUS-POINT FOCAL DE L'OEDT

4.1.1. MISSIONS DU SOUS-POINT FOCAL EUROTOX :

4.1.1.1. Le Rapport national belge sur les drogues

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.

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

Eurotox participe à la mise en oeuvre de 4 des 5 indicateurs épidémiologiques clés européens déterminés par l'OEDT⁶⁸. Les cinq indicateurs sont : Indicateur de demande de traitement (TDI) ; prévalence d'usage dans la population générale ; prévalence de l'usage problématique ; maladies infectieuses et enfin mortalité.

68 Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

4.1.1.2. A. Indicateur Demande de Traitement (TDI)

Evolution :

- Développement de partenariats et couverture

Tableau 51 : Couverture des systèmes de recueil Eurotox, Coordination Drogue de Charleroi (Sentinelles), Citadelle et CTB-ODB, 2001-2006							
Couverture 2001-2006	total	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Services subsidiés par la Région wallonne							
Services spécialisés toxicomanie	18	14	14	14	12	14	13
SSM* à mission toxicomanie privés - INAMI	7	4	5	4	4	3	4
Services enregistrés via la CTD-ODB	20**	-	-	-	NC	17	18
Centres de réadaptation fonctionnelle INAMI							
MASS	3	2	2	2	2	2	3
Communautés thérapeutiques	4	1	1	1	1	2	2
Centres de crise	2	1	1	1	1	1	1
Centres de jour	1	1	1	1	1	0	0
Autres centres							
Hôpitaux		2	2	2	2	2	1
Ministère de l'Intérieur		1	1	1	1	1	1
Réseau de médecins généralistes***		0	0	1	1	1	0
* Service de santé mentale							
** Comprenant notamment 1 Mass, 3 centres de jour, 1 centre de crise, 3 programmes thérapeutiques							
*** Nous avons reçu quelques fiches mais le taux de participation reste faible. (voir le point 4.5 « Réseau de médecins généralistes ALTO »).							

En 2006, le secteur ambulatoire est bien couvert (68% de couverture). Nous notons toutefois, une petite baisse de participation, liée au fait que certains partenaires, pour des raisons logistiques (par exemples : incendie, réorganisation des centres, en attente d'une proposition de logiciel informatique pour effectuer la collecte) ou de ressources humaines (par ex. : personnel en congé de maternité), n'ont pas pu participer à la récolte des données chaque année.

Un effort doit être fait notamment au niveau des SSM ayant une mission spécifique toxicomanie.

Le secteur de la réadaptation fonctionnelle est couvert à 60 %. Toutes les maisons d'accueil socio- sanitaires (MASS) sont couvertes. Prochainement, des contacts seront établis avec les structures ne participant pas encore à la récolte de données pour notamment estimer leurs besoins pour assumer ce recueil.

Le secteur résidentiel est couvert en 2006 quant à lui à 66.6%.

Pour les autres structures, le nombre total n'étant pas connu, il n'est pas possible de calculer le taux de couverture.

Géographiquement parlant, les provinces de Brabant wallon et de Luxembourg ne sont pas couvertes.

Notre objectif à moyen terme est l'amélioration de la couverture externe avec l'actualisation de l'inventaire des structures (en collaboration avec l'INAMI et l'ISP notamment) mais surtout de la couverture interne, autrement dit de la qualité de remplissage des fiches (est-ce que tous les partenaires remplissent bien les fiches ; taux de réponses).

- *Participation à des groupes de travail*

Eurotox a participé aux réunions du groupe de travail TDI⁶⁹. Il est à noter que la cellule, du moins sa présidence, changera début 2008.

- *Nouvelle perspective : la prévalence*

Jusqu'à présent, l'indicateur TDI ne comporte que les cas de nouvelles demandes de traitement par an (incidence). Cette année, l'OEDT a demandé aux différents points focaux d'étudier la faisabilité de récolter des données pour toutes les demandes de traitements (prévalence). Le groupe de travail TDI a mené cette étude de faisabilité de l'estimation de la prévalence, via l'estimation financière des besoins des centres d'enregistrement, tant en termes logistiques que de ressources humaines.

En ce sens, un calcul des moyens pour les adaptations nécessaires à la mise en place de cette estimation de prévalence (et de l'anonymisation des données par la même occasion), c'est-à-dire les frais d'informatisation des centres, des connexions Internet, de la création d'un nouveau logiciel, de l'engagement éventuel de personnel supplémentaire, a été fait sous l'égide du groupe de travail TDI.

- *Le code d'anonymisation*

Le groupe de travail TDI s'est penché sur la question de l'anonymisation des données via l'informatisation du recueil. En effet, la récolte des données doit répondre aux modalités du contrat supervisé et garanti par la Convention de la vie privée et ce, selon le protocole d'accord signé par l'ensemble des ministres belges de la santé publique (Moniteur belge : 3 mai 2006).

Dès lors, plusieurs chantiers ont été mis en place tels que la rédaction d'une note à l'attention de la commission de la vie privée. Le groupe de travail planche également sur la mise en place d'un nouveau système pour créer le code d'anonymisation sur les fiches TDI (nommé le code ATI – Anonymized TDI Identification). Ce code permet d'une part l'élimination des doublons, d'autre part l'anonymisation des personnes. Toutefois, les Sous-Points Focaux doivent s'assurer d'un point de vue pratique que les différentes structures puissent facilement générer le code ATI à l'aide d'un algorithme fonctionnel dans leur environnement. Il faudra aussi tenir compte du matériel informatique dont chacun dispose.

- *Identification des doublons*

Selon les définitions relatives à la récolte des données TDI établies par l'OEDT, la base de données TDI ne doit comporter que la dernière demande de traitement par une personne sur une année civile. Dès lors, un important travail de nettoyage est à faire pour n'identifier au sein de la base de données qu'une seule demande par personne même si la personne a, à plusieurs reprises, fait une demande d'aide ou de traitement, quel que soit le centre d'enregistrement.

⁶⁹ Ce groupe de travail est constitué par le SPF Santé, la Communauté flamande, l'ISP et les sous points focaux : CTB, De Sleutel, VVBV, Eurotox et aussi la Coordination Drogue de Charleroi. Sa mission est de vérifier la méthodologie utilisée par les différents systèmes d'enregistrement. Notons qu'en janvier 2008, ce groupe de travail deviendra le comité de coordination du registre, dont l'ISP aura la présidence. Les missions du comité seront : garantir le bon fonctionnement de l'ensemble du processus selon les règles de la convention de la vie privée ; veiller au respect des conventions par les différentes parties ; garantir la qualité des données et proposer des adaptations à l'enregistrement TDI.

Le code ATI devrait permettre cette suppression de doublons.

- *Inventaire des besoins des partenaires*

Sur initiative du groupe de travail TDI, une évaluation des coûts pour le recueil des données TDI a été réalisée cette année : Eurotox y a participé. L'enjeu était de tenir compte de toutes les ressources humaines et matérielles d'implémentation et de maintien du système actuel.

- *Traitement et analyse des données*

Chaque année, les données récoltées sont centralisées chez Eurotox, puis nettoyées afin de pouvoir être analysées. Les résultats des analyses sont synthétisés dans les tables standard de l'OEDT (envoyées à l'ISP dans le cadre des missions de Sous-Point Focal de l'OEDT). Ces résultats sont également utilisés par le BIRN (Belgian Information Reitox Network) et dans le présent rapport.

4.1.1.2. B. Indicateur Maladies Infectieuses en lien avec les drogues

Evolution :

Depuis mi-2002, la fiche de recueil d'Eurotox comporte des questions actualisées sur les statuts sérologiques du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C.

Toutefois, le taux de réponses à ces questions est faible. De ce fait, la participation à cet indicateur est optionnelle. Autrement dit, les centres de récolte qui prennent cette option, tentent d'avoir un taux de participation le plus satisfaisant possible. Malgré cela, les partenaires nous témoignent de leurs difficultés à remplir cette partie (question par nature intrusive, fiche encodée lors du second rendez-vous, fiche remplie par un autre professionnel que le médecin).

4.1.1.2. C. Mortalité

La récolte de cet indicateur n'a pas connu de changement notable depuis le précédent rapport d'Eurotox (voir : www.eurotox.org).

4.1.1.2. D. Prévalence de l'usage problématique

Evolution :

Grâce à l'étroite collaboration de travail avec l'asbl ModusVivendi, Eurotox réalise le monitoring de la prévalence de consommation et de polyconsommation dans les sous-groupes suivants :

- Usagers de drogues en prison
- Opérations Boule de neige
- Milieu festif
- Programme d'échanges de seringues
- Autres sous-groupes (ponctuellement selon les 'recherches-action' des partenaires).

4.1.1.2. E. Prévalence de l'usage dans la population générale : Statu quo

4.1.1.3. Base de donnée européenne “EDDRA” (Exchange on drug demand reduction actions)

Evolution :

Les progrès dans l'alimentation par Eurotox de la base de données européenne EDDRA⁷⁰ ont été plus qualitatifs que quantitatifs. En effet, d'un point de vue quantitatif nous devons constater un statu quo (un nouveau projet encodé par an en moyenne), l'adhésion des responsables de projets étant très difficile à emporter (malgré un large appel à projets assorti d'une présentation d'EDDRA dans la newsletter électronique de Modus Vivendi : « Brèves de comptoir etc. », mais aussi de comptes-rendus de projets dans la même newsletter en cas d'inscription de projets oeuvrant en réduction des risques). Nous attribuons ce manque de popularité ici aussi à la lourdeur de l'investissement en temps et réflexion, spécialement quant à l'obligation de ne présenter que des projets évalués ou à la rigueur en cours d'évaluation. Comme les budgets consacrés à l'évaluation des projets en Communauté française sont souvent très maigres, les évaluations ne sont réalisées en général qu'au moment des demandes d'agrément (ou de reconduction d'agrément) par les institutions elles-mêmes, et ne sont pas systématisées sous forme d'une grille d'évaluation commune. Il s'agit par ailleurs surtout d'évaluations de processus (et non de résultats).

Toutefois, un progrès nous semble pouvoir être signalé : dans l'ancien questionnaire, bien que la place soit laissée en théorie pour des éléments qualitatifs dans l'évaluation, les résultats attendus (et souvent explicitement demandés) étaient systématiquement mesurables. Il était difficile d'expliquer à l'OEDT que certaines choses échappent à la stricte « mesure » car elles sont plus de l'ordre du qualitatif (par exemple, l'évolution de l'« ambiance » dans un groupe de mères consommatrices de drogues – projet Kangourou par Trempoline).

Les faiblesses de ce questionnaire ont été systématiquement rapportées sous forme de communications personnelles à monsieur Guy Jossels, correspondant EDDRA de l'ISP (Point Focal belge de l'OEDT).

Il est résulté de ces processus (qui ont cours dans l'ensemble des pays collecteurs européens) une simplification et un perfectionnement du questionnaire. En particulier pour ce qui est de l'évaluation, une sous-question a été rajoutée :

« Qualitative data collection instruments (specify which type of data collection method was used e.g. structured interviews, semi-structured interviews, focus-groups, observation) »

Ainsi des outils tels la simple « observation », qui ne se résument pas à une stricte mesure (en termes de nombres, par exemple – nombre de mères qui cessent de consommer ; nombre de sans-abri toxicomanes accueillis, etc.) ont été introduits pour la première fois de manière explicite suite au feed-back entre les différents points focaux nationaux et l'OEDT.

Cela dit et pour mémoire, depuis ces changements les ambitions de l'OEDT sont descendues à deux nouveaux projets nationaux annuels, ce qui place la Belgique dans la stricte normalité (un projet néerlandophone, un projet francophone).

4.1.1.4 Système d'alerte précoce, ou « Early Warning System » (EWS)

La récolte de cet indicateur n'a pas connu de changement notable depuis le précédent rapport d'Eurotox (voir : www.eurotox.org). Un exemple de message d'alerte précoce est fourni en annexe n°3 du présent rapport.

70 «Exchange on Drug Demand Reduction Actions », base de données européenne de projets de prévention, de réduction des risques, de traitement, de réhabilitation et d'activités de réduction de la demande dans les milieux judiciaires. Disponible sur le site de l'OEDT à : www.reitox.emcdda.org/eddra

4.2. OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE 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 et d'alcool en Communauté française ainsi qu'à y développer le recueil des données nécessaires à sa réalisation.

4.2.1. RAPPORT SUR L'USAGE DE DROGUES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Les cinq indicateurs épidémiologiques cités ci-dessus (point 4.1.1.2.), servent également à la rédaction du présent rapport (chapitre 2).

Les aspects plus proprement sociologiques sont développés dans les chapitres 1 et 3, consacrés respectivement au cadre législatif et organisationnel et aux projets et tendances en matière de promotion de la santé, prévention et réduction des risques. 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. Dès l'année prochaine, le cadastre sur les actions de prévention et de réduction des risques menées en Communauté française (voir chapitre 3) y figurera.

De la même manière que le rapport 2004-2005 fut l'occasion de développer un thème particulier (l'alcool), un sujet spécifique sera désormais développé de manière bisannuelle (prochaine levée : rapport sur l'usage de drogues, données 2007). Exemple de thèmes possibles : prix des drogues en rue ; parentalité et toxicomanies ; etc.

4.2.2. DÉVELOPPEMENT DU RECUEIL DE DONNÉES (SYSTÈME DE MONITORING) EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Les points développés en rubrique 4.1.1.2., particulièrement sur le TDI, sont évidemment en grande partie valables dans le cadre du recueil en Communauté française. Celui-ci doit en effet, pour des raisons de convergence scientifique mais aussi d'économies d'échelle, converger au mieux vers les critères européens.

4.2.2.1. Statut juridique et base légale

Actuellement, l'enregistrement TDI ne jouit d'aucun statut juridique et ce, malgré le fait qu'il soit inscrit dans le Plan drogues 2005-2008 et dans le protocole d'accord interministériel sur le TDI. Cet enregistrement ne constitue pas une obligation d'un point de vue juridique (ainsi, l'enregistrement TDI se fait sur base volontaire). Pour pallier cela et pour chaque niveau de pouvoir, il serait souhaitable, selon le groupe de travail TDI, qu'une base légale soit rédigée, notamment pour circonscrire les enjeux en termes de protection de la vie privée des consommateurs dont la demande de traitement est enregistrée.

4.2.2.2. Diffusion des résultats

Eurotox assure la diffusion des données à plusieurs niveaux (local, communautaire, fédéral, européen). Depuis 2005, plusieurs journées de présentation des résultats ont été organisées sur demande auprès des centres d'enregistrement partenaires.

Par ailleurs, les cabinets et administrations en charge de la santé font appel à Eurotox pour obtenir des informations sur des sujets spécifiques (drogues et prisons, milieu festif, dopage, réduction des risques, etc.). Les informations pertinentes sont alors transmises aux demandeurs.

Enfin, l'information compilée par Eurotox est mise à disposition en cas de rédaction de mémoires, travaux de fins d'études, etc., consacrés aux drogues et assuétudes.

Le site web d'Eurotox est quant à lui déjà en ligne, mais ne propose encore qu'une courte présentation ainsi que le précédent rapport (2004-2005) en téléchargement, et ce pour raisons techniques. Il sera cependant rapidement opérationnel pour l'ensemble de son contenu, afin de prolonger (enfin) le retour et la diffusion des données par cet outil simple, moderne et démocratique.

Par ailleurs, pour la première fois en 2006-2007, des articles de presse ont été écrits par l'équipe d'Eurotox et publiés dans la presse spécialisée (santé publique). Il s'agissait ainsi de faire sortir le « savoir » des volumineux syllabus que sont les « rapports sur l'usage de drogues en Communauté française », et de le rendre accessible au lecteur lambda, parfois par thèmes particulier (dopage, alcool...). L'autre but recherché était de présenter clairement et brièvement un échantillon des données récoltées notamment en termes d'épidémiologie (TDI – Indicateur de demande de traitement), pour que le lecteur puisse capter en quelques paragraphes à quoi sert la collecte de données orchestrée par Eurotox.

Les revues qui publièrent ces articles furent jusqu'ici : Les Cahiers de Prospective-Jeunesse, Santé conjugulée, Education Santé et Bruxelles Santé. (un exemple est fourni en annexe n°4)

Enfin, une « fiche générale » présentant les principaux résultats et les principales données du rapport 2004-2005 sur l'usage de drogues (et d'alcool) en Communauté française a été éditée par Eurotox et a fait l'objet d'une large diffusion. Elle aborde, en un double A4 recto verso, l'actualité législative, les grandes tendances épidémiologiques, le « focus » réalisé sur l'alcool et enfin les recommandations d'Eurotox en termes de politique des drogues. (Voir annexe n°5).

4.3. Autres activités de l'asbl Eurotox

4.3.1. 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

4.3.2. ACTION SPÉCIFIQUE

Tendances émergentes (“Emerging trends-E.T.”)

Evolution :

Le Yahoo Group sur les tendances émergentes annoncé dans nos rapports précédents⁷¹, véritable forum Internet d'échange de savoirs entre professionnels des assuétudes, est aujourd'hui une réalité. Des institutions « coupoles » (coordonnant ou coiffant plusieurs autres institutions) ont d'abord été choisies, pour leur position au carrefour de l'information. Ensuite, après un an de fonctionnement, le « membership » a été étendu à toutes les institutions de terrain qui le souhaitent, notamment via un appel à candidatures dans la newsletter électronique « Brèves de comptoir etc. » diffusée par l'asbl Modus Vivendi. Aujourd'hui, le groupe compte 44 membres qui ont déjà échangé un total de 66 messages sur des sujets aussi divers que le cannabis frelaté, la caféine comme produit de coupe de l'héroïne, le sniff de méthadone ou le speed en buvard. Des intervenants étrangers (notamment le dispositif Trend-Sintes à Lille, responsable local du relevé des tendances émergentes pour l'OFDT⁷²) participent à ce recueil.

Le « filtre » d'entrée des messages est volontairement large, sans être bien sûr un forum comme les forums d'utilisateurs. Mais même s'il est réservé aux professionnels de terrain, les informations peuvent aller du plus formel (un produit analysé) au plus informel (une rumeur sur un nouveau produit, une nouvelle combinaison, une nouvelle concentration ou un nouveau mode de consommation d'un produit connu). Ainsi, en partant du plus informel (la rumeur) et en le recoupant avec les informations et les sources de multiples intervenants de terrain, on peut en venir à construire une information de plus en plus solide, qui constituera la tendance émergente. Ce fut le cas par exemple pour le cannabis frelaté par divers produits de coupe, dont la composition et les effets possibles se sont dégagés peu à peu des débats, avant que des raisons politiques à un tel phénomène puissent même être avancées.

La fiche sur les tendances émergentes proposée par Eurotox à ses partenaires auparavant a quant à elle été mise de côté pour le moment. En effet, son usage s'est révélé beaucoup moins souple que le forum Internet actuel, et même les acteurs les mieux placés pour ce genre d'observations (Modus Vivendi) peinaient à trouver le temps (ou simplement à se rappeler) de remplir une fiche chaque fois qu'une tendance émergente survenait. Le système actuel suscite beaucoup plus de réactions spontanées, là où l'ancien demandait une communication permanente de la part d'Eurotox, peu efficace au demeurant.

Un exemple de message de tendance émergente est fourni en annexe n°6 du présent rapport.

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

72 Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

**ANNEXE 1: LISTE DES « PLANS DROGUES » ET DES « VOILETS DROGUES DES CONTRATS DE SÉCURITÉ »**

BUDGETTOX CONTRATS DE SECURITE ET DE PREVENTION 2005-2006 REGION BXL				
Villes	Problématique TOX			Total
	Personnel	Moyens		
		Fonctionnement	Investissement	
ANDERLECHT	61.973,38 €	23.262,60 €	0,00 €	85.235,98 €
AUDERGHEM	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
BRUXELLES	1.039.913,30 €	226.252,45 €	0,00 €	1.266.165,75 €
ETTERBEEK	0,00 €	5.583,78 €	0,00 €	5.583,78 €
EVERE	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
FOREST	79.325,92 €	14.371,26 €	0,00 €	93.697,18 €
IXELLES	0,00 €	6.908,17 €	0,00 €	6.908,17 €
KOEKELBERG	0,00 €	7.137,47 €	0,00 €	7.137,47 €
MOLENBEEK	111.552,08 €	18.958,78 €	0,00 €	130.510,86 €
SAINT-GILLES	0,00 €	13.171,85 €	0,00 €	13.171,85 €
SAINT-JOSSE	0,00 €	13.219,37 €	0,00 €	13.219,37 €
SCHAERBEEK	106.594,21 €	27.447,47 €	0,00 €	134.041,68 €
UCCLE	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTAL	1.399.358,89 €	356.313,20 €	0,00 €	1.755.672,09 €

Source : SPP

BUDGETTOX CONTRATS DE SECURITE ET DE PREVENTION 2005-2006 - Région W				
Villes	Problématique TOX			
	Personnel	Moyens		Total
		Fonctionnement	Investissement	
ANDERLUES	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
BOUSSU0,00	0,00 €	0,0 € 0	0,00 €	0,00 €
CHARLEROI*	594.926,75 €	188.711,48 €	2.100,00 €	785.738,23 €
CHATELET	78.706,20 €	3.000,00 €	0,00 €	81.706,20 €
COLFONTAINE	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
COUVIN	69.410,18 €	15.096,30 €	1.500,00 €	86.006,48 €
DINANT	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
DOUR	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
FARCIENNES	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
FLERON	39.662,96 €	5.837,88 €	1.500,00 €	47.000,84 €
FONTAINE-L'EVÊQUE	61.973,38 €	4.026,55 €	0,00 €	65.999,93 €
FRAMERIES	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
HUY	112.791,55 €	2.235,54 €	1.239,47 €	116.266,56 €
LA LOUVIERE	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
LIEGE*	183.441,20 €	458.121,93 €	2.000,00 €	643.563,13 €
MONS	501.984,40 €	89.100,59 €	2.000,00 €	593.084,99 €
MORLANWELZ	27.268,29 €	0,00 €	0,00 €	27.268,29
NAMUR	61.973,38 €	0,00 €	0,00 €	61.973,38
NIVELLES	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
OTTIGNIES-LOUVAIN-LA NEUVE	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
PERUWELZ	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
QUAREGNON	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
SERAING	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOURNAI	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
VERVIERS	104.115,28 €	5.314,58 €	0,00 €	109.429,86 €
TOTAL	1.836.253,57 €	771.444,85 €	10.339,47 €	2.618.037,89 €

BEGROTING TOXVEILIGHEIDS- EN PREVENTIECONTACT 2005-2006 VI Gewest				
Steden	Aanpak van het drugprobleem			
	Personeel	Middelen		Totaal
		Werkingsmiddelen	Investerings	
AALST	164.849,19 €	34.085,39 €	0,00 €	198.934,58 €
ANTWERPEN	560.239,40 €	73.013,79 €	4.800,00 €	638.053,19 €
BLANKENBERGE	0,00 €	6.200,00 €	0,00 €	6.200,00 €
BOOM	50.818,17 €	500,00 €	0,00 €	51.318,17 €
BRUGGE	213.960,00 €	17.350,00 €	0,00 €	231.310,00 €
DE HAAN	0,00 €	800,00 €	0,00 €	800,00 €
DE PANNE	1.500,00 €	4.233,15 €	0,00 €	5.733,15 €
DIEST	0,00 €	10.000,00 €	0,00 €	10.000,00 €
DROGENBOS	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
EEKLO	0,00 €	8.676,27 €	0,00 €	8.676,27 €
GENK	330.937,87 €	14.129,93 €	0,00 €	345.067,80 €
GENT	536.069,77 €	44.902,41 €	0,00 €	580.972,18 €
HASSELT	142.538,78 €	3.718,40 €		146.257,18 €
HERENTALS	32.226,16 €	0,00 €	0,00 €	32.226,16 €
HOUTHALEN- HELCHTEREN	78.118,67 €	4.000,00 €	0,00 €	82.118,67 €
KNOKKE-HEIST	45.880,00 €	5.000,00 €	0,00 €	50.880,00 €
KOKSIJDE	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
KORTRIJK	81.804,87 €	9.915,74 €	0,00 €	91.720,61 €
LEUVEN	208.230,56 €	16.113,08 €	0,00 €	224.343,64 €
LIER	34.705,09 €	6.197,34 €	0,00 €	40.902,43 €
LOKEREN	27.268,29 €	3.718,40 €	0,00 €	30.986,69 €
MACHELEN	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
MECHELEN	61.973,38 €	11.155,22 €	0,00 €	73.128,60 €
MENEN	74.277,25 €	3.718,41 €	0,00 €	77.995,66 €
MIDDELKERKE	13.634,34 €	0,00 €	0,00 €	13.634,34 €
MORTSEL	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
NIEUWPOORT	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
OOSTENDE	171.914,15 €	59.015,54 €	0,00 €	230.929,69 €
RONSE	0,00 €	2.000,00 €	0,00 €	2.000,00 €
ST-NIKLAAS	89.241,67 €	15.103,23 €	0,00 €	104.344,90 €
ST-TRUIDEN	0,00 €	6.098,67 €	0,00 €	6.098,67 €
TURNHOUT	54.536,58 €	2.936,81 €	0,00 €	57.473,39 €
VILVOORDE	0,00 €	1.634,67 €	0,00 €	1.634,67 €
WIJNEGEM	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
ZAVENTEM	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTAAL	2.974.724,19 €	364.216,45 €	4.800,00 €	3.343.740,64 €

Budget des Plans Drogue					
2005 (1 286 024,74 e)					
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					
2006 (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 2 : LISTE DES CENTRES D'ENREGISTREMENT TDI

Liste des centres d'enregistrement participant au recueil TDI											
Nom du centre	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Alva	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Avat	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Clean	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							
Repeat											x
Destination		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Dianova								x	x	x	x
Ellipse CAAT	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
FlyTox	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Le Répît						x	x	x		x	
Les lieux dits	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Nadja	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Parenthèse						x	x	x	x	x	x
Phénix	x	x	x			x	x	x	x	-	x
Revers	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
Sesame	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
SSMG Alto				x				x	x	x	-
Volière CHP	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	
Zéphir Sambreville	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Start											x
Zone T						x	x				
Citadelle	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Le Phare									x	x	x
Ambulatoire du Solbosch	x							via CTB	x	x	x
Addictions	x	x	x			via CTB	x	x	x	x	x
Le(s) Groupes du) Pélican	x	x	x	x	x	via CTB		x		x	x
Projet Lama										via CTB	x
Babel					via CTB	x	x	x	x	x	x

Cap iti					via CTB	x	x	x	x	x	x
Enaden					via CTB	x	x	x	x	x	x
Infor-Drogues					via CTB	x	x	x	x	x	x
Interstices						via CTB	x	x	x	x	x
La Pièce					via CTB		x	x	x	x	x
Le Rat						via CTB	x	x	x	x	x
L'Orée	x	x	x	x			via CTB	x	x	x	x
MASS Bruxelles								via CTB	x	x	x
Centre d'Accueil Trait d'Union					via Sent.	x	x	x	x	x	x
Diapason					via Sent.	x	x	x	x	x	x
Hôpital Van Gogh					via Sent.	x	x	x	x	x	x
MASS Charleroi					via Sent.	x	x	x	x	x	x
Trempline	x	x	x		via Sent.	x	x	x	x	x	x
Unisson					via Sent.	x	x	x	x	x	x
total											
Citadelle: Le réseau Citadelle comprend la Maison Médicale Tournais, la maison médicale Degay, le Service de santé mentale Tournais et le centre provincial de guidance du Toumai via Sent.: via Sentienlles, la Coordination Drogues Charleroi											

ANNEXE 3: EXEMPLE DE MESSAGE D'ALERTE PRÉCOCE (30/10/2006)

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

CANNABIS FRELATE : POSSIBLE PRESENCE DE POUDRE DE VERRE.

Un usager de cannabis d'une vingtaine d'année a contacté la ligne téléphonique d'Infor-Drogues après avoir fumé du cannabis qui l'a blessé de diverses manières, selon lui à cause de verre pilé mélangé à l'herbe. Ce « verre » n'a cependant pas été analysé. Dans un premier temps l'utilisateur a constaté qu'il avait des fines blessures au doigt mais aussi sur le bout de la langue. Plus tard, ce qui semblait être des petites particules de verres est sorti au niveau de ses yeux, ce qui les a fait saigner ! C'est à ce moment qu'il a pris peur et contacté Infor-Drogues pour demander conseil. Il a alors été réorienté vers un service d'urgences hospitalières.

Les saignements au niveau de l'œil ont peut être été provoqués par l'inhalation accidentelle de ces petites particules, ou peut être le consommateur s'est-il frotté l'œil avec les doigts après avoir manipulé le cannabis.

L'utilisateur n'habite pas la région bruxelloise mais affirmait que l'herbe venait de Bruxelles.

C'est le premier témoignage de blessure due à de l'herbe coupée reçue *via* cette ligne téléphonique. Cependant, d'après Infor-Drogues, cette herbe coupée aux micros billes évoquant le verre continue à être revendue en rue dans la région bruxelloise.

COMMENTAIRES

Plusieurs occurrences de ces pratiques de « coupage » ont été relevées récemment dans le Nord de la France, notamment sur des sites Internet d'utilisateurs. Elles arrivent également depuis peu à Bruxelles. Apparemment, elles viseraient à alourdir le produit afin d'en tirer un plus grand profit. La ou les poudres de « coupage » sont mélangées aux fleurs de la plante (herbe). Elles n'ont révélé aucun effet récréatif. Les analyses réalisées par le canal de Modus Vivendi (Modus Fiesta) ont même montré qu'aucun des produits de coupe analysés n'étaient psychotropes.

Ces mélanges seraient non pas un gage de qualité, mais le contraire, et il deviendrait difficile de trouver une plante saine dans le nord. Le phénomène aurait dérivé vers le Nord-Est, ce qui pourrait expliquer son émergence récente à Bruxelles.

**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.**

CONSEILS DE REDUCTION DES RISQUES POUR LES CONSOMMATEURS:

1. **Si vous fumez de l'herbe**, préférez la plantation « maison » à l'herbe achetée à un revendeur.
 2. **Si vous fumez de l'herbe achetée à un revendeur**, préférez le filtre à cigarette au filtre « carton » pour confectionner votre joint, ou encore utilisez une pipe à eau.
 3. **Si l'herbe achetée présente une poudre suspecte**, vous pouvez éventuellement songer à changer de revendeur.
 4. **Si vous décidez de fumer mais vous méfiez de l'herbe en général**, vous pouvez aussi préférer la résine, dont les éventuels produits de coupe n'ont pas, jusqu'ici, présenté de micro-billes de verre.
- Que faire en cas d'urgence?
 - En cas de blessures, saignements (des voies respiratoires, des yeux...), sensations de brûlures des bronches ou de la bouche :
 - Appelez les secours: formez le n°100 ou le 112 (service médical d'urgence - appel gratuit).
 - Décrivez les symptômes rencontrés et demandez conseil.
 - Si vous vous rendez dans un service d'urgences, évitez de conduire un véhicule puisque des saignements des yeux peuvent éventuellement se manifester.

Si vous avez d'autres questions vous pouvez appeler Infor-Drogues au 02/227 52 52 (24h/24).

Annexe 4 : EXEMPLE D'ARTICLE PUBLIÉ PAR EUROTOX



[accueil](#) [contacts](#) [plan du site](#) [Se connecter](#)

Vous êtes ici : [Documentation](#) → [Santé conjugquée](#) → [Spiritualité et santé](#) → [Les pages 'actualités' de ce numéro](#)

Drogues

L'alcool, drogue oubliée...

janvier 2007, Flament Marianne, Rwubusisi Miguel

Le rapport 2005 sur l'usage de drogues en Communauté française est une mine de précieux renseignements. Il développe en particulier une problématique passée à tort au second plan des préoccupations depuis l'explosion des drogues dures et du cannabis mais qui fait actuellement un retour en force, notamment chez les jeunes : l'alcool.

Le troisième rapport sur l'usage de drogues en Communauté française

Eurotox, observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Communauté française, vient de publier son troisième *Rapport sur l'usage de drogues en Communauté française*. Les deux premiers de ces rapports couvraient les périodes 1999-2000 et 2001-2003. Cette fois, c'est la situation des années 2004-2005 qui est brossée.

Ce recueil de données contextuelles et sociologiques, mais aussi épidémiologiques, n'est pas à lire de bout en bout, mais à aborder comme un outil auquel on peut revenir pour chercher une information précise. Sont abordés, entre autres choses : les compétences des différents niveaux politiques en matières d'assuétudes ; les stratégies des différentes instances politiques ; le financement public du secteur toxicomanies – en ce compris les « plans drogues » et les « volets drogues » des contrats de sécurité et de prévention ; les développements légaux et leur analyse - y compris en matière de détention de cannabis ; l'évolution de la prévention du dopage ; la place de la réduction des risques dans les politiques de santé en matière de drogues ; les chiffres de la consommation de drogues dans la population générale, chez les jeunes ou dans des groupes spécifiques - milieu festif, prostituées, usagers rencontrés en rue, usagers en prison - ; l'indicateur de demande de traitement ; la mortalité et la morbidité en lien avec les drogues ; des informations relatives aux confrontations à la justice, au prix des drogues en Belgique ou encore aux saisies effectuées par les forces de l'ordre...

On y parle également d'autres missions d'Eurotox, telles que répertorier les tendances émergentes en matière de consommation de drogues, la participation au système d'alerte précoce/*Early Warning System* ou l'alimentation d'une base de données européennes de projets de prévention. Enfin on développe un thème particulier (premier thème : l'alcool), abordé en un chapitre spécial selon tous les aspects développés par ailleurs dans le rapport (cadre légal et organisationnel, données épidémiologiques, etc.).

La lutte contre l'abus d'alcool chez les jeunes : une bouteille à moitié vide ?

Ce coup de projecteur sur un sujet particulier dresse un constat inquiétant : 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. Une fois gratté le vernis du discours officiel, on ne peut que s'étonner devant le nombre étonnant de vides, de manques, de désintérets.

La première chose à relever, et non des moindres, est un vide juridique certain. Après avoir glané des renseignements sur la délivrance d'alcool aux mineurs, surtout dans la loi sur la patente des débits de boissons et la loi de répression de l'ivresse, en l'absence de loi spécifiquement consacrée à ce sujet, il apparaît que rien n'interdit clairement de délivrer de l'alcool aux mineurs dans les commerces, magasins, night-shops ou autres. Par ailleurs, entre 16 ans et 18 ans, ils ne sont même pas interdits de « boissons enivrantes » (vins et bières en tout cas) dans les débits de boissons. Ce n'est évidemment pas dans ces établissements que l'initiation à la boisson peut se faire dans les mêmes conditions qu'au cours d'un « apprentissage » familial.

Les plans quinquennaux de promotion de la santé du Gouvernement de la Communauté française peinent à enfoncer le clou, c'est-à-dire à faire valoir l'importance de prendre en compte avec la même attention les drogues licites et illicites (expression aujourd'hui consacrée suite aux plans 1998-2003 et 2004-2008). Il faut signaler aussi le peu de sollicitation dont fait l'objet le Gouvernement de la Communauté française pour des projets de prévention exclusivement dédiés à l'alcool, comme si cette substance ne jouissait pas de la même « popularité » que les drogues illicites auprès du secteur de la prévention des assuétudes. Peut-on parler de « tolérance » à l'égard de ce produit ? Oui, selon la Coordination toxicomanies Bruxelles, qui pointe la tolérance parfois injustifiée de l'appareil répressif (policiers) envers l'abus d'alcool consommé en rue, en regard de l'appréhension des drogues illicites.

Croit-on vraiment qu'il suffit d'un peu de discipline ?

On assiste à une conquête agressive du marché des « jeunes », mal protégés comme on l'a vu, via des produits présentés comme des limonades : les « alcopops ». Ceci a amené la chambre des représentants à déposer une résolution pour réclamer la rédaction d'une loi qui réglemente strictement la publicité pour les boissons alcoolisées, rendre obligatoire la mention claire sur les alcopops du fait qu'ils contiennent de l'alcool, imposer le respect et le contrôle de la législation existante visant les mineurs, interdire de présenter des boissons alcoolisées ailleurs que dans le « rayon alcools » des magasins et enfin instituer une campagne médiatique de prévention de la consommation d'alcool, adressée aux jeunes.

On s'étonnera de ce que ces inquiétudes n'aient, semble-t-il, débouché que sur un appel surréaliste à l'autodiscipline des alcooliers et des publicistes. En effet, le ministre a fait signer le 12 mai 2005 une convention qui se veut 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 ; les associations de consommateurs (Test-Achats et CRIOC) et le Jury d'éthique publicitaire (JEP). Cette convention enjoint les publicistes à ne pas diffuser de messages ciblant spécifiquement les mineurs (mais où est la limite du message adressé aux mineurs ?) ; à ne pas associer la consommation d'alcool à la réussite sexuelle ou sociale ; à accompagner tout spot publicitaire de la mention « Notre savoir-faire se déguste avec sagesse » et à ne pas diffuser ces messages dans des media ou à des heures d'écoute consacrées aux mineurs. 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.

Hélas, en l'attente d'une loi (promise mais non rédigée) qui rendrait effective ces contraintes, ces mesures font largement appel à l'autodiscipline d'acteurs dont la vente est la raison d'être. Elles restent donc globalement lettre morte. Ceci d'autant plus que les réactions de la société civile (via les plaintes déposées devant le Jury d'éthique publicitaire en l'attente d'une loi), sont non seulement rarissimes mais systématiquement déboutées. Encore ne concernent-elles pas les aspects que couvre la convention.

Enfin, on ne peut taire l'absence d'initiatives en termes d'un rééquilibrage de ces messages publicitaires via des campagnes de promotion de la santé. En effet, les organismes de radiodiffusion (radio, télévision) doivent légalement mettre à disposition de la Communauté française des espaces de diffusion gratuits, équivalents à ceux consacrés aux publicités pour de l'alcool ou pour des médicaments. Ce rééquilibrage ne se fait pas, faute d'initiatives dans ce sens. Faut-il rappeler les 4000 morts (sur 100.000 annuels en Belgique) à attribuer aux conséquences de la consommation d'alcool, qui continuent à émailler les statistiques ?

Des actions sont pourtant possibles dans ce domaine. Elles sont largement exposées dans le rapport, 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.

Pour obtenir le *Rapport de l'asbl Eurotox, Observatoire Alcool-Drogues en Communauté française : L'usage de drogues en Communauté française. Rapport Communauté française 2004-2005*, contactez eurotox ou www.eurotox.org (peut-être encore en construction, mais rapport téléchargeable) ou encore téléphonez au 02/644.22.00.

SANTÉ
CONJUGUÉE Les pages 'actualités' de ce numéro

© Copyright Fédération des maisons médicales 2007 | Mentions légales | réalisation : Média Animation | Ce site respecte les standards du web CSS et XHTML 1.0



Usage de drogues en Communauté française: les dernières données

L'actualité législative

Le changement de cadre légal le plus marquant des deux années écoulées est la parution de la Directive de la Ministre de la Justice et du Collège des procureurs généraux concernant le cannabis. Elle 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*, à cause des notions trop vagues de consommation "problématique" et de "nuisance publique" ¹. La nouvelle directive, si elle maintient « l'assouplissement » des poursuites, affiche cependant les changements suivants :

1. Bien que la « consommation problématique » ait disparu, l'assouplissement des poursuites ne vaut pas s'il y a « circonstance aggravante » (ex. : si un jeune mineur est incité/impliqué par le consommateur), ou de « trouble à l'ordre public ».

2. Si la quantité de 3 grammes est toujours considérée comme relevant d'un usage personnel, un autre « indice » d'une consommation strictement personnelle apparaît : (*la quantité détenue*) sera de *3 grammes maximum ou d'une plante cultivée*(...).

Cette tentative de clarification n'empêche pas des notions dangereuses d'un point de vue citoyen et juridique, et inefficaces en matière de Santé publique, de persister dans d'autres textes de loi, tels que l'Arrêté royal : « quantité pour usage personnel », « usage problématique » et « nuisances publiques ». Ces textes ont une valeur légale supérieure à une circulaire ministérielle. L'insécurité juridique et le flou subsistent donc, et on attend toujours la loi promise « dans les mois suivant la circulaire » afin de clarifier durablement la situation...

Les grandes tendances²

- **La prévalence de l'usage expérimental de cannabis dans la population générale³** est en augmentation dans toutes les tranches d'âges. Globalement, elle était de 10,8% en 2001 et est passée à 13,0% en 2004. Cette augmentation est la plus marquée dans la tranche des 25-34 ans (+7,4% de 2001 à 2004). Les tranches d'âge qui déclarent le plus avoir expérimenté le cannabis sont celles de 15-24 ans et de 25-34 ans, la seconde présentant, en 2004, une proportion plus élevée de déclarations (25%) que la première (22%).

L'usage dit « actuel » (dans les 30 derniers jours) est également en augmentation (en 2004, il est de 5,4% en Région bruxelloise et de 3,2% en Région wallonne).

En 2001 comme en 2004, l'usage expérimental et l'usage actuel diminuent avec l'âge.

- **La prévalence d'expérimentation des drogues chez les étudiants de 15-16 ans⁴** (toutes drogues illicites confondues) est de 32,6%. Cette prévalence chute à 7,9% si on exclut le cannabis. Comme toujours, les garçons (37,2%) sont plus représentés que les filles (28,3%). Par ordre décroissant de prévalence d'expérimentation au cours de l'année, on trouve le cannabis, suivi des inhalants, des champignons hallucinogènes, de l'ecstasy, des tranquillisants ou sédatifs non prescrits, puis du LSD ou autres hallucinogènes, des amphétamines et enfin, de la cocaïne.

¹ En effet, malgré une attitude légale et répressive « assouplie », les consommateurs qui avaient une consommation considérée comme « problématique » ou accusés de « nuisances publiques » restaient davantage passibles de poursuites que les autres.

² Extraits du rapport Communauté française sur «L'usage de drogues en Communauté française», 2004-2005, juin 2006, EUROTOX asbl.

³ Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004, Institut Scientifique de Santé Publique, Service d'Epidémiologie, Bruxelles, 2006

⁴ Lambrecht & al., Cit in Sleiman S et al., Belgian National Report on drugs 2004, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, 2004

- **La prévalence d'usage dans les groupes spécifiques a été étudiée pour les milieux festifs, la rue et la prison :**

Le public d'usagers de drogues rencontré en milieu festif⁵ est relativement jeune (âge moyen : 22 ans) et est composé d'environ 1/3 de femmes. La consommation au cours du dernier mois y présente une forte prévalence : en 2004, 51% ont consommé du cannabis au cours du dernier mois, 21% de l'ecstasy, 17% des amphétamines, 12% de la cocaïne, et 11% des champignons hallucinogènes. Les usagers rencontrés dans ce milieu sont essentiellement des poly-usagers. Les modes de consommation sont surtout le sniff, l'inhalation ou l'ingestion. On y rencontre une faible proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse (1-2%).

Parmi les usagers de drogues rencontrés en rue⁶ en 2004 (âge moyen : 25 ans), on observe une consommation élevée de cocaïne (59%), d'héroïne (67%) et de benzodiazépines (40%). Il s'agit essentiellement de poly-consommateurs consommant depuis plus de deux ans. Enfin, environ ¼ des personnes rencontrées ont consommé de la méthadone qui ne leur avait pas été prescrite. L'injection de méthadone est rapportée par une proportion grandissante des personnes rencontrées. L'injection est aussi le mode de consommation de la cocaïne dans la moitié des cas.

La proportion de détenus déclarant consommer une drogue illégale en prison est d'environ 40%⁷. 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. Plusieurs enquêtes montrent que la prison constitue un lieu d'initiation aux drogues. Dans l'enquête menée en 2003, 1/5 des participants (soit près de la moitié des usagers de drogue en prison) rapportent que la première consommation d'un produit illicite a eu lieu en milieu carcéral. En 2003, 10% des participants rapportent avoir été initiés à l'héroïne en prison.

- **L'Indicateur de Demande de Traitement** montre que le public qui a débuté un traitement en 2004 est âgé en moyenne de 29 ans, comporte 4/5 de femmes, est belge dans 3/5 des cas, et possède un diplôme secondaire dans près de 60% des cas ; une fois sur trois, il dépend du CPAS ou de la mutuelle ; il vit seul dans 35% des cas et est sans logis dans 12% des cas.

Toujours en 2004, les opiacés sont à l'origine de la moitié des demandes de traitement (55%) suivis de l'alcool (18%), du cannabis (11%) et de la cocaïne (10%). En 2004, on a vu pour la première fois apparaître des demandes pour l'addiction aux jeux et paris (2004).

Pour les premières demandes de traitement (aucun traitement antérieur), les opiacés connaissent une forte baisse, passant de 74% en 1993 à 38% en 2004 : ils sont remplacés par les demandes de traitement liées à l'alcool, au cannabis et à la cocaïne. L'injection actuelle, facteur de risque majeur de transmission du VIH et des hépatites, est en constante diminution : en 2004, elle ne constitue plus que 10% des premières demandes, contre 95% en 1993. L'âge médian de la première consommation du produit à l'origine de la demande de traitement est de 17 ans en 2004, contre 19 ans en 1993.

- **Parmi les maladies infectieuses liées aux drogues**, si les infections au VIH et l'hépatite B étaient en baisse jusqu'en 2002, leur prévalence augmente en 2004 : celle de l'hépatite B est de 29% de 2001 à 2003 et de 32% en 2004⁶. Elle est par ailleurs de 35% en 2004 parmi les usagers de drogues par injection (UDI) qui sont en demande de traitement et qui ont été testés (données TDI).

Il est frappant de constater que la prévalence de l'infection au VIH est systématiquement deux fois plus élevée chez les nouveaux UDI (<2ans) que parmi les UDI plus anciens⁸.

⁵ Données collectées annuellement dans différents événements à travers des actions de réduction des risques menées en milieu festif en Communauté française, Modus Vivendi

⁶ Données issues des «opérations boules de neige», Modus-Vivendi

⁷ Hariga F, Todts S, Doulou M, coll. Drug use in prisons: monitoring of health risks: a survey in 10 prisons in Belgium, Brussels, 2003

⁸ Source: Prévalence de l'infection par le VIH rapportée par les UDI, Boule-de-neige, Communauté française, 2001-2004

La prévalence de l'hépatite C chez les UDI varie selon les sources de 25% (usagers en prison, 2003) à 61%. Ce dernier chiffre provient des opérations « Boule de Neige » de 2004 (il s'agit d'actions de réduction des risques effectuées par les « pairs »). Chez ces usagers, le taux de dépistage est en recul, et les comportements à risque restent fréquents. En 2004⁹, 59% d'entre eux disent avoir pratiqué l'injection au cours de la vie, et 43% disent la pratiquer actuellement. Le partage du matériel concerne quatre usagers sur dix pour la seringue, et presque un sur deux pour d'autres parties du matériel.

L'alcool

Pour la première fois, un thème particulier a été développé dans le « Rapport sur l'usage de drogues en Communauté française » publié par Eurotox : le thème développé dans cette édition 2006 est l'alcool. Ce premier « focus » 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 apparaît, une fois gratté le vernis du discours officiel ; et on ne peut que s'étonner devant le nombre étonnant de vides, de manques et de désintérets.

La première chose à relever est un vide juridique certain. En effet, si on exclut certaines restrictions de la délivrance d'alcool aux mineurs (p.ex. dans la loi sur la patente des débits de boissons et la loi de répression de l'ivresse), rien n'interdit clairement de délivrer de l'alcool à ces derniers dans les commerces (magasins, night-shops ou autres). A partir de 16 ans, ils ne sont mêmes pas interdits de « boissons enivrantes » tels que vins et bières dans les « débits de boissons ».

Ensuite, on relèvera avec quelle peine le Ministère de la santé du gouvernement de la Communauté française, via ses plans quinquennaux, cherche à faire appréhender avec la même attention les drogues « licites et illicites » (expression aujourd'hui consacrée suite aux plans 1998-2003 et 2004-2008). Il faut signaler aussi le peu de sollicitation dont fait l'objet ce gouvernement pour des projets de prévention qui seraient exclusivement dédiés à l'alcool.

Peut-on pour autant parler de « tolérance » à l'égard de ce produit ? Oui, selon la CTB (Coordination Toxicomanies Bruxelles), qui pointe la tolérance parfois injustifiée de l'appareil répressif (policiers) envers l'abus d'alcool consommé en rue, en regard des drogues illicites.

Par ailleurs, on assiste à une conquête agressive du marché des « jeunes », mal protégés comme on l'a vu, via des produits présentés comme des limonades (les « alcopops »). Ceci a amené la chambre des représentants à déposer une résolution visant la rédaction d'une loi qui réglemente strictement la publicité pour les boissons alcoolisées ; qui rende obligatoire la mention claire, sur les alcopops, du fait qu'ils contiennent de l'alcool ; qui impose le respect et le contrôle de la législation existante visant les mineurs ; qui interdise également de présenter des boissons alcoolisées ailleurs que dans le « rayon alcools » des magasins ; et enfin, qui institue à l'intention des jeunes une campagne médiatique de prévention de la consommation d'alcool.

Ces inquiétudes n'ont débouché, semble-t-il, que sur un appel (surréaliste !) à l'auto-discipline de la part des alcooliers et des publicistes. En effet, le Ministre de la santé a fait signer une convention qui se veut contraignante aux acteurs concernés : producteurs de bières, vins et spiritueux ; secteur de la distribution ; secteur Horeca ; mais aussi associations de consommateurs comme Test-Achats et le CRIOC ; et enfin, le Jury d'Éthique Publicitaire (JEP). Cette convention enjoint les publicistes à ne pas diffuser de messages ciblant spécifiquement les mineurs (mais comment

délimiter le message adressé aux mineurs ?) ; à ne pas associer la consommation d'alcool à la réussite sexuelle ou sociale ; à accompagner tout spot publicitaire de la mention « Notre savoir-faire se déguste avec sagesse » ; et à ne pas diffuser ces messages dans des médias ou à des heures d'écoute consacrées aux mineurs. La

⁹ Source: partage de matériel et accessibilité aux tests de dépistage dans une population d'UDI, Opérations Boule de neige, 1994-2004

distribution est également réglementée : la vente de boissons alcoolisées dans les écoles ou leur voisinage est interdite, tout comme la présentation d'alcopops au rayon limonades des magasins.

En l'attente d'une loi (promise mais non encore rédigée) qui rendrait effective ces contraintes, ces mesures font largement appel à l'auto-discipline d'acteurs dont la vente est la raison d'être. Elles restent donc globalement lettre morte. Ceci d'autant plus que les réactions de la société civile (via les plaintes déposées devant le JEP en l'attente d'une loi), sont non seulement très rares, mais encore systématiquement déboutées. Notons d'ailleurs que ces plaintes ne concernent même pas les aspects spécifiquement couverts par la convention !

Enfin, on s'étonne de l'absence d'initiatives du terrain visant à équilibrer ces messages publicitaires par des campagnes de promotion de la santé. Pourtant, un décret de la Communauté française oblige les organismes de radio-télé-diffusion à mettre à sa disposition des espaces de diffusion gratuits pour de telles campagnes. Ces espaces qui doivent être exactement équivalents à ceux consacrés aux publicités pour de l'alcool ou pour des médicaments.

Rappelons pour terminer les 4000 morts (sur 100.000 annuels en Belgique) à attribuer aux conséquences de la consommation d'alcool, qui continuent à émailler les statistiques...

Des actions sont pourtant possibles dans ce domaine. Elles sont largement exposées dans le dossier « alcool » du rapport Eurotox, 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.

RECOMMANDATIONS POLITIQUES ET ÉPIDÉMIOLOGIQUES

En termes politiques, il faut avant tout rappeler l'indigence des moyens de la prévention en Communauté française. On se rappellera à cette occasion que l'étude « La politique des drogues en chiffres »¹⁰, montre que les budgets belges consacrés aux drogues se répartissent pour 54% aux différentes formes de maintien de la « sécurité », et pour seulement 4% à la « prévention » (en ce compris, paradoxalement, les « volets drogues » des contrats de sécurité ainsi que les « plans drogues » - dont une des conditions d'attribution est de « lutter contre le sentiment d'insécurité »).

Sur le plan épidémiologique, des recommandations sont à faire tant au niveau des outils de mesure que des actions que requièrent les résultats observés:

- concernant les enquêtes de prévalence dans la population générale et dans les écoles, l'effort doit être soutenu et les collaborations entre niveau communautaire et provincial/régional développées ;
- pour certains groupes spécifiques, les données sont manquantes, par exemple pour les femmes enceintes, la thématique « parentalité et toxicomanie », les minorités ethniques. Or, il existe des intervenants qui s'occupent de ces populations. Un effort pourrait être réalisé pour valoriser les sources potentielles de données pour ces groupes d'usagers.
- Concernant les indicateurs épidémiologiques clés, une volonté politique plus ferme est nécessaire et des moyens financiers supplémentaires sont sans doute requis pour améliorer leur mise en œuvre, leur utilité et leur qualité.

¹⁰ 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.

ANNEXE 6 : EXEMPLE DE MESSAGE DU « YAHOO GROUP » SUR LES TENDANCES EMERGENTES.

Bonjour à tous,

Voici un résumé d'un article sur la raréfaction du cannabis, la hausse de prix qui en résulte et les pratiques de coupage (cannabis frelaté) en Hollande, en rapport avec les actions accrues de la police hollandaise pour coincer et faire cesser les plantations privées.

Sous mon résumé, vous trouverez l'article complet en néerlandais, pour ceux qui le parlent. Il a été publié par un journal hollandais régional («BN De Stem», voir : www.bndestem.nl, sud des Pays-Bas, 140.000 abonnés) ce 2 novembre 2006. Il m'a été transmis par Florian Ruymen (Modus Vivendi), que je remercie.

N'hésitez pas à réagir à propos de ces tendances.

Bien cordialement à vous.

Miguel Rwubusisi
Eurotox asbl
Observatoire Socio-Epidémiologique Alcool-Drogues
Communauté française de Belgique
tél: 02/639 47 08
fax: 02/644 21 81
courriel: miguel.rwubusisi@eurotox.org

« Le cannabis presque introuvable »

Par Cyril Rosman

BN De Stem, 2 novembre 2006

RESUME MIGUEL RWUBUSISI (Eurotox)

La police hollandaise s'est mise à démanteler les productions privées de cannabis. Comme c'est à ce genre de fournisseurs que s'adressent les koffieshops, ces derniers ont de plus en plus de mal à s'approvisionner.

Deux patrons de koffieshops interviewés (Breda, Roosendaal), déclarent devoir chercher de nouveaux fournisseurs à cause de ce problème, car les particuliers n'osent plus produire.

A Terneuzen, un koffieshop parmi les plus gros de Hollande doit même « rationner » ses clients à cause de cette raréfaction de l'offre : 3 grammes maximum par client au lieu des 5 grammes quotidiens qu'on peut légalement acheter.

Cela se répercute également sur les prix: ces établissements doivent parfois payer jusqu'à 1000 eur de plus le kilo (4.300 EUR au lieu de 3.300 selon le propriétaire des koffieshops de Breda et Roosendaal). Le prix « client » montre lui aussi une augmentation. Celle-ci va de 0,5 à parfois 1,5 euro.

Le crime organisé s'en porte mieux, puisque les patrons voient débarquer chez eux des truands qui leur proposent de les fournir malgré tout.

De plus, ça favorise les pratiques de coupage: le cannabis est ainsi coupé avec de la farine, du sable ou des brindilles moulues. Le patron du koffieshop de Terneuzen déclare ainsi que les fournisseurs qui subsistent à la disparition des cultures privées sont bien plus intéressés aux profits (par rapport aux planteurs privés, qui souvent consomment leur propre production), et coupent ainsi leur cannabis pour faire 2kg à partir d'1 kg.

Le problème serait étendu à toute la Hollande, où les mêmes difficultés d'approvisionnement se manifestent.

La "chasse" aux plantations privées s'est réellement intensifiée. Il faut rappeler que si la vente est légale, la culture reste paradoxalement illégale (mais traditionnellement tolérée dans le système hollandais actuel). Les cultivateurs privés ainsi pris par les forces de l'ordre seraient même expulsés de leur logement.

Le Ministère Public en Zélande a même signalé un phénomène de criminalisation plus inquiétant encore : certaines personnes seraient forcées, par des organisations criminelles, à travailler à des plantations destinées à les fournir. Une femme bulgare dans une telle situation a ainsi été découverte à Rotterdam, ainsi que 14 autres Bulgares illégaux à Drenthe. Ceux-ci avaient été amenés en Hollande par une bande criminelle organisée.



LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 :	Aperçu des dépenses publiques en matière de drogues (2004)	15
Figure 2:	Budgets plans drogues et volets drogues des contrats de sécurité, par région, 2003-2006	17
Figure 3 :	Budget global dédié à la prévention des nuisances liées aux drogues, 2002-2006	18
Figure 4 :	Budget global « santé » (dit « programme 2 – médecine préventive -) de la Communauté française, 1998-2006	19
Figure 5 :	Evolution du budget « assuétudes » en Région wallonne	20
Figure 6 :	Age et sexe des appelants	41
Figure 7 :	Âge et sexe des personnes évoquées	42
Figure 8 :	Association entre le fait d'avoir été ivre plus d'une fois et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (mesure d'association OR).	44
Figure 9 :	Évolution du nombre de seringues distribuées aux usagers de drogues injecteurs via les dispositifs d'échange de seringues, Communauté française, 1996-2006.	67
Figure 10 :	Usage de drogues IV ou non IV chez les personne prostituées	
Figure 11 :	Evolution des nouvelles demandes de traitement par système de collecte, Communauté française et Bruxelles, 1993-2006	80
Figure 12 :	Evolution du total des premières demandes de traitement, Communauté française et Bruxelles, 1993-2006	81
Figure 13 :	Evolution de la moyenne d'âge (min. - max.) des premières demandes de traitement, Communauté française et Bruxelles, 1993-2006	81
Figure 14 :	Répartition (%) des premières demandes de traitement selon le sexe, Communauté française et Bruxelles, 1993-2006	82
Figure 15 :	Répartition (%) des premières demandes de traitement selon la nationalité, Communauté française et Bruxelles, 1993-2006	83
Figure 16 :	Répartition (%) des nouvelles demandes de traitement selon leur niveau de scolarité (n=2817), Communauté française et Bruxelles, 2006	83
Figure 17 :	Répartition (%) des premières demandes de traitement selon leur niveau de scolarité, Communauté française et Bruxelles, 1993- 2006	84
Figure 18 :	Répartition (%) des nouvelles demandes de traitement selon les origines des revenus (n=3244), Communauté française et Bruxelles, 2006	84
Figure 19 :	Répartition (%) des premières demandes de traitement selon les sources principales de revenus, Communauté française et Bruxelles, 1993- 2006	85
Figure 20 :	Répartition (%) des nouvelles demandes de traitement selon le mode de vie (n=3314), Communauté française et Bruxelles, 2006	86
Figure 21 :	Evolution des proportions (%) des premières demandes de traitement selon le mode de vie, Communauté française et Bruxelles, 1993- 2006	86
Figure 22 :	Evolution de la proportion (%) des premières demandes de traitement en fonction de la vie avec un (des) enfant(s), Communauté française et Bruxelles, 1993- 2006	87
Figure 23 :	Répartition (%) des nouvelles demandes de traitement selon les lieux de vie (n=2918), Communauté française et Bruxelles, 2006	87
Figure 24 :	Evolution de la proportion (%) des premières demandes de traitement selon le lieu de vie, Communauté française et Bruxelles, 2003- 2006	88
Figure 25 :	Répartition (%) des nouvelles demandes de traitement selon le produit principal « consommé » (n=3258), Communauté française et Bruxelles, 2006	89
Figure 26 :	Evolution des proportions (%) des premières demandes de traitement selon le produit principal consommé, Communauté française et Bruxelles, 1993- 2006	89
Figure 27 :	Evolution de la médiane de l'âge pour le premier usage du produit principal, 1ères demandes, Communauté française et Bruxelles, 1993-2006	92

Figure 28 :	Répartition (%) des nouvelles demandes de traitement selon les antécédents thérapeutiques (n=1780), Communauté française et Bruxelles, 2006	93
Figure 29 :	Evolution des proportions (%) des premières demandes de traitement selon le fait d'avoir été entendu par le parquet et d'avoir eu une expérience en prison, Communauté française et Bruxelles, 1993- 2006	94
Figure 30 :	Evolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection VIH	95
Figure 31 :	Evolution du taux de décès liés aux drogues, Bruxelles-Capitale, 1998-2006	
Figure 32 :	Nombre de décès liés aux drogues en fonction de la cause du décès, Bruxelles-Capitale, 1998-2004	
Figure 33 :	Criminalité enregistrée, infractions liées aux stupéfiants en Belgique	100
Figure 34 :	Nombre annuel d'infractions liées aux stupéfiants, par région, 2000-2006	101
Figure 35 :	Nombre annuel d'infractions liées au trafic, par région, 2000-2006.	101
Figure 36 :	apport de connaissances par les brochures au public concerné	118
Figure 37 :	Possession d'un préservatif en fonction du sexe, par année (questionnaire festif 2006). Source : Modus Vivendi	
Figure 38 :	Nombre d'interventions par province. Source : Modus Vivendi	120
Figure 39:	Structure belge du réseau de collecte de données destinées à l'OEDT	
Tableau 1 :	Dépenses consacrées aux politiques des drogues par niveau de pouvoir (2004)	14
Tableau 2 :	Dépenses annuelles du Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique - soins ambulatoires ou hospitaliers aux personnes toxico-dépendantes ; 2003-2006	16
Tableau 3 :	Budget annuel « nuisances liées aux drogues », SPP 2002, budgets annuels «plans drogues» et «volets drogues des contrats de sécurité», SPP, 2003-2006	17
Tableau 4 :	En Communauté française, postes budgétaires liés aux assuétudes et pourcentage du budget santé global qu'ils représentent	19
Tableau 5:	Produits évoqués lors des contacts avec Infor-Drogues	40
Tableau 6 :	Age et sexe des appelants*	41
Tableau 7 :	Age et sexe des personnes évoquées	42
Tableau 8 :	Pourcentage d'étudiants de secondaire ayant déjà consommé du cannabis en fonction du sexe et de l'orientation des études.	45
Tableau 9:	Pourcentages de l'usage de produits au cours de l'événement chez les personnes rencontrées en milieu festif, Communauté française, 2002-2006.	47
Tableau 10:	Nombre et répartition en % des personnes rencontrées en milieu festif en fonction du nombre de produits consommés au cours de l'événement, Communauté française, 2002 - 2006.	48
Tableau 11:	Nombre et répartition en % des usagers de drogues par injection rencontrés en milieu festif et leur profil démographique, Communauté française, 2003 - 2006.	49
Tableau 12:	Pourcentage d'usagers de drogues au cours du dernier mois et des UDI rencontrés à un festival, Communauté française, 1996 - 2006.	50
Tableau 13:	Répartition en % des problèmes rencontrés par le public festif et leur profil démographique, Communauté française, 2003- 2006.	51
Tableau 14:	Répartition des personnes rencontrées en milieu festif selon la date de leur dernier test "SIDA", Communauté française, 2003-2006.	52
Tableau 15:	Répartition des réponses « risques liés au tatouage/piercing » par les personnes rencontrées en milieu festif, Communauté française, 2003-2006.	53
Tableau 16:	Répartition en % du retour après l'événement des personnes rencontrées en milieu festif, Communauté française, 2003- 2006.	54
Tableau 17:	Pourcentages de l'usage de produits au cours du dernier mois chez les personnes rencontrées en rue (EuroBdN), Communauté française, 2000-2006.	55

Tableau 18: Nombre et répartition en % des personnes rencontrées en rue (EuroBdN) en fonction du nombre de produits consommés au cours du dernier mois, Communauté française, 2000-2006.	56
Tableau 19: Répartition en % des usagers de drogues par injection rencontrés en rue (EuroBdN) et leur profil démographique, Communauté française, 2000 - 2006.	57
Tableau 20: Répartition en % des produits consommés par les usagers de drogues par injection rencontrés en rue (EuroBdN), Communauté française, 2000 - 2006.	58
Tableau 21: Répartition en % des usagers de drogues par injection rencontrés en rue (EuroBdN) ayant empruntés ou partagés des seringues ou du matériel d'injection usagés, Communauté française, 2000 - 2006.	58
Tableau 22: Répartition en % des usagers de drogues par injection rencontrés en rue (EuroBdN) ayant connaissance d'un comptoir d'échange de seringues dans leur région, Communauté française, 2000 - 2006.	59
Tableau 23 : Répartition en % personnes rencontrés en rue (EuroBdN) ayant fait ou non le dépistage SIDA – Hépatites, le vaccin Hépatites et leur statut sérologique, Communauté française, 2001 - 2006.	59
Tableau 24: Consommations de drogues illégales au cours de la vie par type de détention, Modus Vivendi, Belgique, 2006	61
Tableau 25: Initiation à la consommation de drogues illégales en prison, Modus Vivendi, Belgique, 2006	62
Tableau 26: Consommation de drogues illégales en prison, Modus Vivendi, Belgique, 2006	63
Tableau 27 : Injection de drogues illégales en prison, Modus Vivendi, Belgique, 2006	64
Tableau 28 : Résultats des tests pour les hépatites B et C parmi les personnes testées en prison (n=464), Modus Vivendi, Belgique, 2006	64
Tableau 29 : Résultats pour le HIV parmi les personnes interviewées en prison, Modus Vivendi, Belgique, 2006	65
Tableau 30 : Évolution du taux d'échange de seringues, Communauté française, 1996-2006.	67
Tableau 31 : Évolution du nombre de seringues vendues en pharmacie via Stérifix, Communauté française, 1996-2006.	69
Tableau 32 : Présentation de la moyenne d'âge (minimum – maximum) par sexe, des personnes rencontrées lors des campagnes de dépistage Réseau Hépatite C, 2005-2006, Réseau Hépatite C (Bruxelles)	71
Tableau 33 : Présentation des résultats au test, par sexe et par mode de consommation de drogues, chez les personnes rencontrées lors des campagnes de dépistage Réseau Hépatite C, 2005-2006, Réseau Hépatite C (Bruxelles)	72
Tableau 34 : Usage de drogues chez les personnes prostituées	74
Tableau 35 : Risque de contamination chez les prostituées par le virus de l'hépatite C	75
Tableau 36 : Présentation des caractéristiques socio-démographiques, du passé carcéral et de l'âge de la première consommation selon le produit principal consommé, Communauté française et Bruxelles, 2006	91
Tableau 37 : Répartition (%) des premières demandes de traitement selon les antécédents judiciaires, Communauté française et Bruxelles, 2006	93
Tableau 38 : Comparaison des profils des personnes séropositives HIV, HBV et HCV, Communauté française et Bruxelles, 2006	96
Tableau 39 : Présentation des proportions des UDI «premiers demandeurs» séropositives HIV, HBV et HCV, Communauté française et Bruxelles, 2006	97
Tableau 40 : Patients avec au moins un facteur de risque favorisant le développement de la tuberculose, Belgique 2003/2004/2005	98
Tableau 41 : Nombre de conducteurs et de piétons victimes d'un accident selon le résultat du test d'alcoolémie - 2006	102

Tableau 42 : Nombre de conducteurs victimes suivant leur état (ivresse, influence de médicaments) - 2006	103
Tableau 43 : Nombre et quantités des saisies en Belgique : 2003-2006	104
Tableau 44 : Evolution historique des prix moyens (min. – max.) en euros des drogues suite aux saisies policières, Police fédérale, 2005 – 2006	105
Tableau 45 : Evolution historique des prix des drogues en rue, Eurotox, 2004, 2005, 2006	107
Tableau 46 : Prix des drogues à Bruxelles, Eurotox, 2006	108
Tableau 47 : Prix des drogues en Hainaut, Eurotox, 2006	109
Tableau 48 : Prix des drogues à Namur, Eurotox, 2006	109
Tableau 49 : Prix des drogues à Liège, Eurotox, 2006	110
Tableau 50: Problèmes rapportés par les usagers rencontrés dans le cadre de l'équipe mobile (2002-2006). Source : ModusVivendi	119
Tableau 51 : Couverture des systèmes de recueil Eurotox, Coordination Drogue de Charleroi (Sentinelles), Citadelle et CTB-ODB, 2001-2006	129



BIBLIOGRAPHIE

D.Piette, D. Favresse, G. Houioux, P. De Smet. «Santé et bien-être des jeunes» (Communauté française 2006), protocole de l'enquête internationale «Health Behaviour of School-aged Children» (HBSC). Université Libre de Bruxelles, ULB-Promes, 2006, sous presse.

Todts S., Hariga F., Pozza M., Leclercq D., Glibert P., Micalessi M.-I., « Preliminary report, Report Europrison 2006 », Modus Vivendi, Bruxelles, 2007.

Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B (Espace P, 1998-2006), Document Espace P, 2007.

ISSP (Institut Scientifique de Santé Publique), Le SIDA en Belgique, situation au 31 décembre 2006, IPH/EPI rapport semestriel n°64, Bruxelles, 2007.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnson, T., Kokkevi, A., et Morgan, M., Alcohol and other drug use among students in 30 European countries, rapport ESPAD 1999, p112.

Benschop, A., Rabes, M. et Korf, D. *Pill testing – ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities*, Rozenberg Publishers, 2002, Amsterdam.

Lamkaddem B., Roelands M., & Al., Belgian National Report on Drugs 2007, rapport annuel, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, sous presse.

Caulkins JP, "Price and purity analysis for illicit drug: data and conceptual issues", Drug Alcohol Depend., 2007 Sept; 90 Suppl 1:S61-8. Epub 2006 Sep 12.

Darke S, Topp I, Kaye H., Hall W., "Heroin use in New South Wales, Australia, 1996-2000: 5 year monitoring of trends in price, purity, availability and use from the Illicit Drug Reporting System (IDRS), Addiction. 2002 Feb;97(2):179-86

Pozza M., « Drug Price in Street in Belgium », Meeting EMCDDA, Lisbon 18 – 19 oct. 2007, doc. Eurotox.

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., ORBANT., 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.