

En prison⁶

Un peu moins d'un tiers (30 %) des personnes rencontrées déclarent avoir consommé de la drogue (hors alcool) en milieu carcéral. Il s'agit principalement du cannabis, de l'héroïne et des médicaments (somnifères, tranquillisants). Les injecteurs représentent 4 % des personnes rencontrées. Moins d'un tiers (29 %) ont fait le test de dépistage du sida. Notons que 9 % des personnes rencontrées se sont fait tatouer en prison.

L'indicateur de demandes de traitement⁷

En 2006, l'âge moyen des personnes ayant fait une demande est de 33 ans (min. 14 - max. 76 ans). Les demandes sont faites par une majorité d'hommes (79 %) et de belges (67 %). Environ un demandeur sur trois (28 %) ne possède pas de diplôme ou a terminé uniquement le niveau primaire. Un quart (16 %) des demandeurs déclarent ne pas avoir de source de revenu; 31 % bénéficient d'un revenu de remplacement, 26 % relèvent du chômage, 22 % dépendent d'un tiers (famille, amis) et 19 % sont autonomes. Deux tiers des demandeurs (68 %) disposent d'un logement et 34 % vivent seuls.

Les opiacés restent à l'origine de la moitié des demandes (50 %) suivis de l'alcool (19 %), du cannabis (13 %) et de la cocaïne (12 %). L'âge moyen de la première consommation du produit principal, chez les personnes qui ont fait une première demande de traitement, se situe aux alentours de 18 ans.

Prix des drogues en rue⁸

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'interpellante, 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 ». 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.

A terme, grâce à ces données, nous souhaitons affiner 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.

[6] Une enquête a été menée en 2006 dans toutes les prisons belges et a permis d'interviewer 10 % de la population carcérale. TODTS S., HARIGA F., POZZA M., LECLERCO D., MICALESSI M., Usage de drogues dans les prisons belges, monitoring des risques sanitaires 2006, Modus Vivendi, Bruxelles, 2007.

[7] Il s'agit d'un des 5 indicateurs épidémiologiques créés par l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT), constitué de 20 variables. Il permet d'avoir une estimation du nombre et du profil de personnes ayant fait une demande de traitement auprès d'un centre spécialisé en toxicomanies et donne une image du paysage des centres spécialisés. En 2006, pour la Communauté française et Bruxelles, 3754 demandes ont été enregistrées dont 587 premières demandes.

[8] Eurotox, en tant que Sous Point Focal belge, réalise chaque année une enquête sur le prix réel des drogues en rue et ce, grâce à la centralisation par les associations de première ligne de données fournies par les usagers.

Dans la mesure du possible, 10% du public des associations est interrogé.

En 2006-07, nous avons obtenu des informations pour 4 partenaires à Bruxelles, 4 dans le Hainaut, 1 à Liège, 1 à Namur. Notons que certaines limites dans l'enquête doivent nous pousser à faire un examen prudent des résultats (la petitesse des échantillons, l'estimation visuelle du poids, le manque d'information sur les conditions d'achat et le sur la qualité des produits).

eurotox

Eurotox asbl un partenariat Infor-Drogues - Modus Vivendi - Prospective Jeunesse

Avenue Emile de Béco 67 - B-1050 Bruxelles

T +32 (0) 02 644 22 00 - F +32 (0) 02 644 21 81

E-mail eurotox@skynet.be - Site www.eurotox.org

eurotox

Usages de drogues en Communauté française

Quoi de neuf depuis 2006 ?

🕒 L'ACTUALITÉ LÉGISLATIVE

Circulaire n° 1552 (19/07/2006): La prévention des assuétudes en milieu scolaire. Rêve ou réalité ?

La prévention des assuétudes à l'école a donc à présent sa circulaire, qui est une initiative commune aux ministres Arena (alors au manettes tant à la présidence qu'à l'enseignement en Communauté française) et Fonck (ministre de la santé en Communauté française).

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) était déjà souhaitée dans la note politique fédérale de 2001 sur l'usage de drogues. Autant dire qu'elle est la bienvenue !

Les quatre points suivants sont abordés par la circulaire :

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

Pour commencer, l'intervention d'adultes-relais auprès des élèves est préconisée (enseignants, directions, éducateurs, médiateurs, PSE et PMS), en plus des acteurs de promotion de la santé proprement dits.

On relève ce point avec d'autant plus d'attention et d'espoir qu'on est par ailleurs très inquiet : un autre document réglementaire, la « Circulaire PLP 41 » (émanant du ministère de l'Intérieur !) et ses « points de contact police-école » nous plongent en effet dans la perplexité. Comment en effet mieux discréditer les dispositifs de promotion de la santé qu'en confiant la prévention à des acteurs de la répression des crimes ou du trafic ?

Les acteurs dédiés à la prévention des assuétudes 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, éducateurs, PSE et PMS, etc.) seraient pressentis par la circulaire de mesdames Arena et Fonck pour aider à faire passer ces messages. 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 équivoque !

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 face à la consommation de drogues. Exit les messages qui prônent l'abstinence pure et simple et ont fait preuve d'inefficacité.

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

Dans l'ensemble, la circulaire semble donc inspirée par des « méthodes qui proscrivent le recours à l'émotionnel et au sensationnel, à la peur et à la menace ».

On notera avec intérêt le souci d'information des parents et des familles afin d'assurer la continuité et la cohérence du discours des adultes, d'autant que pour le moment 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.

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

MAI 2008



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

Parmi les relais associatifs proposés par la circulaire, on note la création de « points d'appui » prévus dans les CLPS², lesquels sont au nombre de 9. Les autres relais sont, outre les « associations actives dans le domaine de la prévention », les deux FEDITO, mais encore des « acteurs spécialisés » menant de « nombreuses actions préventives ». C'est entre ces « acteurs spécialisés » et les établissements scolaires (y compris les structures PMS et PSE) que le gouvernement entend renforcer la collaboration via les points d'appui. Ceux-ci auront aussi la tâche concrète de réaliser un « Guide pratique de l'intervention associative en matière de prévention des assuétudes en milieu scolaire ».

La tâche est ample, et il faut espérer que les moyens alloués seront à sa hauteur, car il n'a été prévu à la base qu'un APE/ACS (et pas toujours à plein-temps), fourni par la région pour chaque point d'appui, ce qui risque de réduire leur marge de manoeuvre.

De plus, les ministres n'ont pas tenu compte d'une disposition légale quelque peu contradictoire, elle-même imposée également par la Communauté française: le décret « formations » (11/07/2002), qui prévoit que seules seront recevables des demandes de formations agréées par l'« Institut de Formation en Cours de Carrière » (IFC). Aujourd'hui, les ministres demandent aux Points d'Appui d'organiser des formations alors que seules sont acceptées en principe les formations agréées par l'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 » compromettrait 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).

Circulaire n°1785 (18/07/2006): Equivalence et continuité des soins en prison. L'heure « H »?

L'équivalence et la continuité des soins aux personnes dépendantes, en prison, ont marqué certains progrès, mais surtout peuvent en marquer encore. A la base, deux textes: la Circulaire ministérielle n°1785 relative à la problématique de la drogue en prison, et le « rapport (du « Collège d'experts ») préalable à un plan d'intervention conjoint en matière d'assuétudes en Communauté française, en Wallonie et à Bruxelles » (juin 2005). Une des recommandations de ce dernier proposait « l'amélioration de la prise en charge des délinquants toxicomanes (spécialement les mineurs), y compris en cas d'emprisonnement ». Ce vœu pieu se solde, presque trois ans plus tard, par un: « bon début, mais peut mieux faire ». Voici l'évolution des cinq volets qui furent énoncés par le Collège sur la continuité des soins en prison, assortis d'une brève évaluation:

- **Assurer une prise en charge médicale équivalente à celle des personnes non emprisonnées:** légère plus-value. Un effort a en tout cas été fourni en 2006 au niveau de la prévention et de la réduction des risques. Mais trop timide encore: selon les associations intervenant en prison, les détenus ont encore parfois à attendre plus longtemps qu'à l'extérieur pour des soins de base comme la dentisterie,.

- **Assurer l'accès aux prisons, dans de bonnes conditions, aux acteurs de la santé extérieurs:** légère plus value. Ainsi, 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. Mais pour d'autres types d'interventions (suivis psycho-sociaux...), les « bonnes conditions » se font encore attendre (pas de local, consultations au vu de tous...).

- **Généraliser le vaccin contre l'hépatite B en milieu carcéral:** totalement insuffisant. La vaccination n'est pas systématiquement proposée aux détenus. Le coût du vaccin serait un facteur.

- **Améliorer l'accès à l'information (opérations « boule de neige » en réduction des risques...) et au matériel (échange de seringues...):** amélioration. Signe des temps, le SPF Justice a été le partenaire financier de la relance des opérations Boule-de-neige en prison. Sérieux bémol, toutefois: les limites dues à la méfiance (restriction des déplacements, non-transmission de l'info, etc.).

- **Mise à disposition de traitements de substitution:** amélioration. Les traitements entamés à l'extérieur se prolongent mieux qu'avant intra muros. Un bémol parmi d'autres: ce sont le plus souvent des traitements de sevrage, ce qui n'est pas forcément le cas hors prison.

- **Extension de ces mesures aux IPPJ (centres de détention pour mineurs), lesquels devraient offrir la possibilité d'un suivi psychologique:** aucune trace de cette extension n'a été rapportée.

Conclusion: bon début, mais peut mieux faire.

🕒 LES TENDANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES MARQUANTES

L'usage des drogues dans des groupes spécifiques

En milieu festif³

De 2003 à 2006, parmi les personnes rencontrées à l'occasion d'actions de réductions de risques en milieu festif de la Communauté française et à Bruxelles, on constate une augmentation de 9% d'usagers de drogues (en ce compris l'alcool)⁴. A l'analyse de l'évolution des produits, on constate une diminution de la consommation (au cours de l'événement) du cannabis et de l'ecstasy et une augmentation de la consommation du speed, des amphétamines et de l'alcool.

En 2006, hormis l'alcool et le tabac, le produit le plus consommé est le cannabis (28% des personnes rencontrées). Les usagers de drogues par injection représentent moins de 3% des personnes rencontrées. Plus de la moitié des personnes rencontrées (56%) déclarent n'avoir jamais fait le test de dépistage du sida.

En rue⁵

Parmi les personnes rencontrées lors des opérations Boule-de-Neige, on constate une très légère diminution d'usagers de drogues (en ce compris l'alcool) de 2003 à 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 tend à diminuer.

En 2006, le produit le plus consommé est le cannabis (75% des personnes rencontrées). Les injecteurs représentent 53% des personnes rencontrées. Plus de la moitié des personnes rencontrées (58%) déclarent avoir fait le test de dépistage du sida.

[2] Centres Locaux de Promotion de la Santé

[3] Le milieu festif correspond aux différents événements couverts par les acteurs de réduction des risques liés à l'usage de drogues. En 2006, des données ont été récoltées auprès de 2313 personnes lors de 76 événements et ce, grâce à 12 associations.

[4] Attention: il s'agit des personnes qui ont eu un contact direct avec l'une des associations de Réduction des risques, et non pas de l'ensemble des personnes présentes dans le milieu festif

[5] La rue correspond aux opérations Boule-de-Neige dites « classiques » coordonnées par l'asbl Modus Vivendi. En 2006, 3 opérations ont été menées et ont permis de rencontrer 357 personnes.