

Usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles

Synthèse du rapport 2012 d'Eurotox sur l'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles

LES TENDANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES MARQUANTES

L'usage de drogues dans la population générale - Enquête HIS 2008

Les résultats de l'enquête HIS 2008 montrent que 14,2 % de la population belge âgée de 15 à 64 ans a déjà *expérimenté* au moins une fois le cannabis au cours de la vie (prévalence sur la vie). En ce qui concerne l'usage actuel de cannabis, 3,1 % de la population belge en a consommé durant les 30 derniers jours précédant l'enquête. L'*expérimentation* et l'usage actuel de cannabis sont plus fréquents chez les jeunes répondants. Cette enquête relève aussi que les autres drogues illicites sont rarement consommées par la population belge âgée de 15 à 64 ans. En effet, moins de 4 % des personnes interrogées ont déclaré avoir consommé au moins une fois une drogue illicite autre que le cannabis (*expérimentation*)¹. Finalement, si on observe, depuis 2001, une nette augmentation de la prévalence d'usage de cannabis sur la vie (essentiellement chez les 25-34 ans), l'usage récent (12 derniers mois) et l'usage actuel (30 derniers jours) ont augmenté de manière moins marquée.

Tableau 1 : Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis dans la population belge âgée de 15 à 64 ans. Enquête HIS 2001-2008

	2001	2004	2008
Prévalence vie	10,7 %	13 %	14,2 %
15-24 ans	20,8 %	22,3 %	21,1 %
25-34 ans	17,6 %	24,9 %	29,9 %
35-44 ans	9,6 %	11,6 %	12,2 %
45-54 ans	4,2 %	4,6 %	6,7 %
55-64 ans	0,4 %	2,4 %	3,2 %
Prévalence 12 derniers mois	/	5,0 %	5,1 %
15-24 ans	/	11,8 %	11,8 %
25-34 ans	/	10,9 %	10,4 %
35-44 ans	/	2,3 %	3,4 %
45-54 ans	/	1,2 %	0,7 %
55-64 ans	/	0,1 %	1,0 %
Prévalence 30 derniers jours	2,7 %	2,8 %	3,1 %
15-24 ans	8,1 %	6,7 %	6,5 %
25-34 ans	3,7 %	8,3 %	7,0 %
35-44 ans	1,6 %	1,2 %	1,8 %
45-54 ans	0,5 %	0,3 %	0,6 %
55-64 ans	0,0 %	0,0 %	0,6 %

L'usage de drogues chez les jeunes - Enquête HBSC 2010

Les résultats de l'enquête HBSC 2010 montrent qu'environ 25 % des jeunes de 12-20 ans de l'enseignement secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) ont déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie (*expérimentation*), ces chiffres étant relativement stables depuis 1998. En ce qui concerne la consommation *récente* (au cours des 12 derniers mois), l'enquête montre qu'elle concerne 17 % des jeunes interrogés en 2010, et elle est en légère diminution par rapport à 2006. Enfin, en ce qui concerne la consommation *régulière*, 5 % des jeunes de 12-20 ans ont déclaré consommer du cannabis de manière hebdomadaire ou plus, et 1,7 % de manière quotidienne. Ces derniers chiffres sont en baisse progressive depuis 2002. Les résultats montrent aussi que l'*expérimentation* du cannabis est plus fréquente chez les garçons que chez les filles et, en ce qui concerne la consommation régulière, que les garçons ont trois fois plus de risques que les filles d'avoir une consommation de cannabis égale ou supérieure à 20 prises au cours du dernier mois.

Tableau 2 : Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis et d'ecstasy dans la population scolarisée en FWB âgée de 12 à 20 ans. Enquête HBSC 1998-2010

	1998	2002	2006	2010
Cannabis				
Prévalence vie	24,8 %	26,7 %	27,3 %	24,7 %
Prévalence 12 derniers mois	/	/	20,9 %	17,0 %
Prévalence 1 fois/semaine ou +	6,2 %	8,5 %	6,5 %	5,0 %
Prévalence 1 fois/jour ou +	2,7 %	4,4 %	3,1 %	1,7 %
Ecstasy				
Prévalence vie	6,4 %	5,3 %	3,7 %	2,7 %
Prévalence 12 derniers mois	/	/	2,9 %	1,9 %
Prévalence 30 derniers jours	1,6 %	/	1,7 %	1,1 %

Attitudes des jeunes par rapport aux drogues - Youth attitudes on drugs 2011

Une enquête a été menée en 2011 à l'échelle européenne afin d'identifier les attitudes des jeunes par rapport aux drogues (disponibilité et dangerosité perçues, sources d'information, etc.). L'échantillon belge est composé de 502 interviews menées par téléphone auprès de jeunes âgés de 15 à 24 ans, desquelles il ressort notamment que

1. Bien que cette enquête s'adresse à toutes les personnes qui résident dans le pays (sans restriction de nationalité ou de statut légal), il est probable que les statistiques produites au moyen de cette enquête sous-estiment la prévalence réelle de l'usage de cannabis et des autres drogues illicites, notamment parce qu'elles ne s'appliquent pas, de par leur méthodologie, aux personnes marginalisées (incarcérées, en institutions, sans domicile fixe, etc.), qui en sont pourtant probablement les plus grands consommateurs (notamment en milieu carcéral).

les jeunes belges estiment être peu informés sur les drogues, par rapport aux autres jeunes européens. En outre, 50 % des jeunes belges interrogés sont favorables à la dépénalisation de la vente de cannabis.

L'usage de drogues chez les personnes prostituées - Enquête DRUSEB 2011²

Cette enquête montre, au niveau national, que les produits qui ont le plus souvent été expérimentés par les prostituées interrogées (n=528) sont, par ordre d'importance, l'alcool, le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, et les amphétamines. Ces indices de consommation sont nettement supérieurs à ceux observés dans la population générale. En ce qui concerne la consommation *actuelle* (30 derniers jours), les produits le plus fréquemment cités sont, par ordre d'importance, l'alcool et, dans une moindre mesure, les benzodiazépines, le cannabis, et la cocaïne. La consommation des autres produits est nettement moins courante.

On constate des différences en fonction du secteur de prostitution, tant au niveau de l'expérimentation que de l'usage actuel. Par exemple, les secteurs vitrine et bar/vitrine semblent moins touchés que les autres par l'expérimentation de drogues, et ce quel que soit le produit considéré. De même, l'usage actuel d'héroïne et de crack concerne quasi exclusive-

ment puisqu'ils varieraient environ de 30 % à 90 % parmi les usagers rencontrés dans les centres de traitement (OEDT, 2004). La recherche et l'identification des cas de double diagnostic constituent un enjeu majeur en santé mentale, car l'efficacité du traitement dépend grandement de l'intégration des troubles liés à la consommation de substances psychoactives dans l'offre de prise en charge.

Parmi les patients présentant un trouble lié à l'usage de substance(s) et pris en charge dans un service de psychiatrie belge (données du Résumé Psychiatrique Minimum), la comorbidité psychiatrique la plus fréquemment observée est le trouble de la personnalité (41 %), suivi des troubles psychotiques (17,4 %).

D'après une récente étude (De Hert et al., 2010), la prévalence du double diagnostic schizophrénie/abus ou dépendance à une substance chez les patients schizophrènes en traitement dans les services résidentiels belges de prise en charge psychiatrique (n=1420) s'élèverait à 42,4 %. Le problème de consommation le plus fréquent est l'abus⁴ (26,6 % des patients), un problème de dépendance étant rapporté pour 15,8 % des patients. Enfin, le cannabis est le produit le plus fréquemment cité comme étant à l'origine du problème d'abus ou de dépendance des patients (26,2 %), suivi par les problèmes de polyconsommation (11,2 %).

Tableau 3 : Prévalence d'usage de drogues des femmes prostituées en Belgique. Enquête DRUSEB 2011

	Alcool	Benzo-diazépines	Cannabis	Ecstasy	Amphétamines	Cocaïne	Crack	Héroïne
Prévalence sur la vie	95,1 %	/	58,5 %	33,3 %	26,7 %	45,0 %	8,0 %	15,5 %
Prévalence le dernier mois	74,4 %	25,9 %	24,8 %	1,7 %	3,8 %	16,7 %	3,4 %	7,2 %

ment les prostituées de rue, alors que l'ecstasy est généralement consommé par les prostituées qui travaillent en escort.

L'enquête révèle aussi que 18,5 % des femmes interrogées (33 % de celles qui consomment de la cocaïne et 76 % de celles qui consomment de l'héroïne) rapportent avoir parfois, souvent ou toujours des rapports sexuels non-protégés lorsqu'elles sont sous l'influence de drogues, tandis que 8,6 % en ont parfois ou souvent en cas de manque.

Double diagnostic dans les unités de soins psychiatriques belges³

La notion de double diagnostic désigne la coexistence, chez une même personne, d'un trouble psychiatrique et d'un trouble dû à l'usage d'une ou plusieurs substances psychoactives (OMS, 1995). Il semblerait que les cas de double diagnostic soient très fréquents chez les usagers de drogues,

L'indicateur de demandes de traitement⁵

Les analyses relatives à l'indicateur de demandes de traitement montrent que l'âge moyen des patients admis sur la période 2006-2011 est d'environ 34 ans (min. 12 - max. 77). Les patients sont majoritairement de sexe masculin (80 %) et d'origine belge (76 %). Parmi les 24 % de patients d'origine étrangère, 14 % proviennent de pays hors Union Européenne. Une importante proportion de l'ensemble des demandeurs est peu ou pas scolarisée (65 %) et à faibles (voire sans) revenus (16 % sans revenus, 24 % au chômage et 35 % avec revenus de remplacement)⁶. Les patients vivent généralement seuls (39 %), en couple (23 %), ou avec leur(s) parent(s) (17 %). Mais on notera que 17 % des demandeurs ne possédaient pas de logement fixe, et que 15 % vivaient en institution ou en prison dans la période de 30 jours précédant l'introduction de la demande de traitement.

2. La prévalence de l'usage de drogues chez les personnes prostituées est peu connu au niveau européen, et ce y compris en Belgique (Roelands, 2010). Dans ce contexte, une étude a récemment été réalisée au niveau fédéral de manière à quantifier l'usage de drogues légales et illégales ainsi que les problèmes de santé associés chez les femmes prostituées en Belgique.

3. Nous ne disposons pas actuellement d'informations sur la prévalence des diagnostics psychiatriques chez les patients en traitement pour un problème de drogues en Belgique. En revanche, nous disposons de données de prévalence du double diagnostic chez les patients pris en charge dans un service psychiatrique (grâce au «Résumé Psychiatrique Minimum») ainsi qu'une estimation «one shot» de la prévalence des problèmes de drogues chez les patients schizophrènes traités dans les unités de soins, issue d'une étude récente.

4. L'abus d'une substance, selon le DSM-IV, renvoie à une consommation inadaptée ayant des conséquences négatives importantes sur le plan social, interpersonnel, professionnel ou juridique. Contrairement à la dépendance, les critères d'évaluation de l'abus n'incluent pas l'accoutumance, le sevrage, ni l'utilisation compulsive et hors de contrôle du produit.

5. Il s'agit d'un des 5 indicateurs épidémiologiques-clés créés par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT). Il est constitué d'environ 20 variables et permet d'offrir une estimation du nombre et du profil des personnes ayant fait une demande de traitement auprès d'un centre spécialisé en toxicomanies. Sur la période 2006-2011, 20841 demandes ont été enregistrées en FWB, dont 5589 premières demandes (patients sans antécédents thérapeutiques).

6. Cette surreprésentation des demandeurs à faibles revenus et peu scolarisés est probablement due au fait que les personnes en situation d'abus ou de dépendance à une substance qui ont de meilleurs revenus auraient davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans des cabinets privés. Or, ceux-ci ne participent pas à l'enregistrement des demandes de traitement.

Au niveau de la consommation, les produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement enregistrées sur la période 2006-2011 sont, par ordre d'importance, les opiacés (50 %), l'alcool (22 %), la cocaïne/crack (12 %) et le cannabis (11 %). Le mode de consommation le plus fréquemment rapporté est l'inhalation/fumette (53 %), suivi de l'absorption par voie orale (34 %). Néanmoins, environ 9 % des demandeurs ont déclaré avoir eu récemment recours à des comportements d'injection. L'âge moyen de la première consommation du produit à l'origine de la demande (tous produits confondus) est d'environ 20 ans, mais il varie grandement en fonction du produit. On notera finalement que plus de la moitié des patients ayant introduit une demande de traitement sur la période 2006-2011 présentent des antécédents judiciaires.

Prix des drogues en rue - Enquête Eurotox 2011⁷

Les résultats de cette enquête montrent que le prix du cannabis (résine et herbe) a fortement augmenté jusqu'en 2008, puis il a légèrement diminué avant de trouver une certaine stabilité ces trois dernières années (environ 8 euros par gramme). Le prix de l'héroïne relevé en 2011 est légèrement supérieur à celui observé en 2010. En ce qui concerne les psychostimulants, le prix de la cocaïne est particulièrement stable depuis 2005 et il est situé aux alentours de 50 euros le gramme. En revanche, le prix des amphétamines est en baisse depuis 2009. On constate également certaines différences régionales au niveau des prix pratiqués.

Tableau 4 : Évolution du prix (en euros) des drogues en rue en FWB. Eurotox 2004-2011

	2004	2005	2006-07	2008	2009	2010	2011
Cannabis résine (1 g)	5,1	5,5	6,8	8,7	8,2	7,7	8,0
Cannabis herbe (1 g)	4,6	5,7	6,3	9,2	8,1	8,2	8,1
Héroïne brune (1 g)	22,0	28,7	33,2	24,6	26,4	23,4	24,5
Cocaïne (1 g)	40,8	50,5	48,4	49,9	53,0	49,7	49,9
Amphétamines (1 g)	10,0	7,8	10,9	9,5	11,6	9,6	8,2
Ecstasy (1 dose)	4,9	5,2	6,2	6,1	6,2	4,7	5,1
LSD (1 dose)	7,5	8,8	8,9	10,5	9,5	9,6	8,0

🕒 L'ACTUALITÉ LÉGISLATIVE

Réforme du secteur de promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles

La ministre en charge de la santé en FWB, Fadila Laanan, a fait réaliser en 2010, par un consortium de consultance privé, une étude d'évaluation du dispositif public de promotion de la santé en FWB. Le rapport d'évaluation fut publié en mars 2011. Il pointa surtout l'absence d'une réelle planification de la politique de santé et de son implémentation, mais aussi d'une réelle évaluation des effets de la politique et des programmes de promotion de la santé. Sur cette base, la ministre a présenté en juin 2011 les orientations des réformes qui en résulteraient. Deux mesures principales ont émergé : la rédaction d'un nouveau Code de la Santé visant à clarifier le cadre légal et à le rendre plus transparent, qui remplacera le code de 1997 ; et la création d'un organisme public qui pilotera la politique de santé en FWB. Les principales compétences transférées à l'OIP⁸ seraient : la recherche, la récolte de données, l'évaluation, l'observation, la documentation, la communication, le conseil, le pilotage de programmes, le dépistage et la vaccination. Ces tâches sont confiées, à l'heure actuelle, à des opérateurs variés (Centres Communautaires de Promotion de la Santé ; Centres de référence pour le dépistage ;

Observatoires thématiques ; et certaines ONGs). Celles-ci sont censées disparaître partiellement ou totalement tandis que leurs tâches seraient progressivement intégrées à l'OIP. Toutefois, selon le cabinet, le volume de travail serait préservé, et les travailleurs s'acquittant de ces missions à ce jour seraient invités à les poursuivre au sein de l'OIP.

Par la suite, des auditions sur cette évaluation ont été organisées par le parlement de la FWB. En effet, des parlementaires avaient été interrogés par des ONGs de promotion de la santé, regroupés dans le «Collectif des acteurs de promotion de la santé» sur la méthodologie de l'évaluation, sur le fait qu'elle avait porté sur la forme plutôt que sur le contenu et sur le fait que, selon le collectif, trop peu d'acteurs clés avaient été consultés (et essentiellement par écrit). Le collectif a également adressé entre autres à la ministre un «Plaidoyer pour une politique de promotion de la santé ambitieuse», publié dans la revue «Éducation santé»⁹. Une des préoccupations qu'il y exprimait concernait le glissement de la Promotion de la santé vers une définition de plus en plus médicale, au détriment des «déterminants fondamentaux de la santé» décrits dans la «Charte d'Ottawa», adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé, et déterminant fondateur du concept de Promotion de la santé¹⁰.

7. En tant que Sous Point Focal belge de l'OEEDT, Eurotox réalise annuellement en FWB une enquête sur le prix des drogues en rue et ce, grâce à la centralisation de données fournies par différents partenaires de première ligne chargés d'interroger des usagers rencontrés (travailleurs de rue, comptoirs d'échange de seringues, intervenants en milieu festif, etc.). En 2011, nous avons compilé des informations en provenance de 161 usagers.

8. Nous utiliserons ici le terme «OIP», pour Organisme d'Intérêt Public, même si la forme juridique définitive de l'organisme à venir est encore à l'étude. Ce terme est celui que l'on trouve dans le rapport d'évaluation du consortium de consultance qui a réalisé l'étude.

9. Le Collectif des acteurs de promotion de la santé de la FWB. La santé partout et pour tous. Plaidoyer pour une politique exigeante. Education Santé, n° 274, janvier 2012 ; see : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1444> (2012/07/03)

10. Voir : <http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion-1986> (2012/07/03)

Deux auditions ont eu lieu au parlement de la FWB. Des questions y furent posées aux auteurs du rapport, à la présidence du CSPS et au directeur général de l'Administration de la Santé en FWB. Quatre représentants du terrain¹¹ rencontrèrent ensuite les élus, répondirent à des questions et affirmèrent la position du terrain. Il apparut que les acteurs de terrain ne rejetaient pas l'ensemble du rapport, mais plaidaient pour une évaluation contradictoire et un large débat pour la guider, afin d'éviter une réforme de type «top-down». Ils pointèrent également certains désaccords, notamment sur le recul de la promotion de la santé en tant que fondement de la santé publique.

La ministre a par la suite créé un groupe de travail avec 4 membres du CSPS, un représentant des services PSE et des membres du cabinet. Ce groupe accompagne la rédaction du nouveau Code de la santé. La version définitive devra être approuvée par le CSPS lui-même. Le texte final devrait être soumis au gouvernement de la FWB fin 2012, et au parlement au cours du premier semestre 2013.

Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles

Un processus de concertation a été mis en place par Eurotox, subsidié par le cabinet de la Ministre Fadila Laanan, depuis 2011, en vue d'élaborer collectivement des stratégies d'action en prévention et en réduction des risques liés à l'usage de drogues en FWB.

La concertation a mobilisé une soixantaine d'intervenants, essentiellement issus du secteur de la promotion de la santé. Cinq groupes de travail ont été constitués : les milieux «familial», «scolaire», «de la rue», «festif», et «carcéral». Ce choix se justifie à la fois par le cadre stratégique préexistant et par la durée limitée du projet. Les thématiques retenues ne couvrent évidemment pas la totalité des champs d'intervention des professionnels.

L'élaboration du cadre d'action s'est effectuée au sein de chaque groupe de travail, en phases successives : échanges de pratiques en sous-groupes, formulation de constats, iden-

tification d'actions prioritaires et d'objectifs stratégiques à atteindre. La réflexion collective était alimentée par des données de la littérature. Après chaque journée de concertation, une synthèse était transmise aux participants pour révision. Leurs commentaires étaient ensuite intégrés dans une nouvelle synthèse provisoire, renvoyée aux intervenants. Une ou plusieurs séances de concertation ont été organisées par groupe de travail, et une journée de concertation générale a clôturé le processus.

Sur la base de leurs pratiques professionnelles, les intervenants ont formulé une série d'objectifs et d'actions prioritaires à développer : a) par le secteur de la promotion de la santé en collaboration avec divers partenaires institutionnels, et b) par les pouvoirs subsidiaires. Ce sont ces constats et recommandations qui sont exposés dans le document final. Celui-ci peut être téléchargé à l'URL <http://www.eurotox.org/documents/documents.html>.

Dossier : les salles d'injection supervisées

Les «Salles d'Injection Supervisée» sont des lieux créés dans le cadre de politiques de santé afin qu'un public d'injecteurs vivant dans une extrême précarité ait la possibilité de consommer dans un cadre sécurisé, voire médicalisé, plutôt que dans l'espace public. La drogue est d'abord acquise de manière illégale par le consommateur à l'extérieur de la salle d'injection supervisée. Le nombre de ces salles a dépassé les 90 à ce jour, sises dans de nombreux pays dont la Suisse, l'Allemagne, le Canada ou l'Espagne. Le but en est tout à la fois de contacter et de proposer prévention et réduction des risques à des publics très précarisés et restés inaccessibles aux moyens de prévention traditionnels ; de faire baisser les coûts médicaux et sociaux de consommations qui grèvent les budgets publics (notamment par les traitements liés aux maladies infectieuses contractées dans ces conditions de consommation) ; et enfin de faire baisser les nuisances sociales liées à ce contexte.

Ces dispositifs ont fait l'objet d'évaluations très encourageantes, notamment par l'OEDT, par l'INSEE et par l'INSPQ¹², comme nous le détaillons dans notre rapport sur l'usage de drogues et dans un «tiré à part» téléchargeable (<http://www.eurotox.org/documents/documents.html>).

11. (Infor-Drogues, l'APES, un médecin d'un service PSE)

12. OEDT : Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies. INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec.