eurotox

L'USAGE DE DROGUES EN WALLONIE ET À BRUXELLES

RAPPORT 2015

CLÉMENTINE STÉVENOT, ELÉONORE CARAËL
& MICHAËL HOGGE

EUROTOX ASBL
OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE
ALCOOL-DROGUES

AVEC LE SOUTIEN
DE LA WALLONIE ET DE LA COCOF

Wallonie

Francophones Bruxelles

L'USAGE DE DROGUES EN WALLONIE ET À BRUXELLES

RAPPORT 2015

AUTEURS : CLÉMENTINE STÉVENOT, ELÉONORE CARAËL & MICHAËL HOGGE

SOUS LA COORDINATION DE LUCIA CASERO

RELECTURE : LUCIA CASERO, MARTINE DAL & CATHERINE VAN HUYCK

DATE DE PUBLICATION : FÉVRIER 2016

EUROTOX ASBL
OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE
ALCOOL-DROGUES

AVEC LE SOUTIEN
DE LA WALLONIE ET DE LA COCOF

Wallonie

Francophones Bruxelles

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **4**

REMERCIEMENTS **9**

1 CADRE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL **10**

1.1. LES COMPÉTENCES FÉDÉRALES 10

1.1.1. INAMI 10

1.1.2. Office de la naissance et de l'enfance (ONE) 10

1.1.3. Les Plans stratégiques de sécurité et de prévention 2014-2017 11

1.1.4. Le plan national alcool 11

1.1.5. La Réunion Thématique Drogues et la CIM Santé publique 12

1.2. RÉGION BRUXELLOISE 12

1.2.1. Les priorités politiques de 2015 en matière de promotion de la santé, prévention et aide aux toxicomanes 13

1.2.2. La création de l'OIP bruxellois «Iriscare» 14

1.2.3. Le futur cadre législatif de la promotion de la santé et de médecine préventive 16

1.2.4. La Cellule politique francophone «santé-assuétudes» 21

1.2.5. La Politique Drogues et le Plan Drogues bruxellois 2016-2019 22

1.2.6. Le Plan de Santé bruxellois 22

1.2.7. La révision du décret ambulatoire de 2009 23

1.2.8. Le Fonds de lutte contre les assuétudes 25

1.2.9. La création de «Bruxelles Prévention & Sécurité» 25

1.2.10. Le futur Plan bruxellois de Prévention et de Sécurité 26

1.2.11. Les enjeux pour le secteur 26

1.3. RÉGION WALLONNE 27

1.3.1. L'héritage de la 6ème Réforme et des accords de la «Sainte-Émilie» 28

1.3.2. La Déclaration de Politique Régionale du Gouvernement wallon 2014-2019 29

1.3.3. Création du nouvel Organisme d'Intérêt Public santé wallon : l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) 32

1.3.4. Les modifications du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé 40

1.3.5. Le cadre de la promotion de la santé 41

1.3.6. De nouvelles logiques de financement ? 42

1.3.7. Les priorités en Réduction des Risques 43

1.3.8. Lutte anti-tabac 43

1.3.9. Les projets en cours et à venir 44

1.4. DÉBATS ET ÉVOLUTIONS DE LA SITUATION 45

1.4.1. Le cadre légal des pratiques de réduction des risques (RdR) 45

1.4.2. Descente de police dans les écoles 47

1.4.3. Le débat sur la légalisation du cannabis 49

1.4.4. Les systèmes judiciaires alternatifs pour les usagers de drogues 54

1.4.5. Transfert de compétences : Prison et soins de santé 57

1.4.6. Réforme des soins en santé mentale et assuétudes 58

1.4.7. Union Européenne : les standards minimums pour une réduction de la demande de drogues (2015) 62

1.4.8. INPUD «Consensus Statement on Drug Use Under Prohibition» (2015) 63

1.4.9. La Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations-Unies sur les politiques drogues 66

2. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET TENDANCES 67
2.1. LA PRÉVALENCE DE L'USAGE DE DROGUES 67
2.1.1. L'usage de drogues dans la population générale 68
2.1.2. L'usage de drogues chez les jeunes 73
2.1.3. L'usage de drogues chez les personnes prostituées 79
2.1.4. L'usage de drogues en prison 80
2.1.5. Le registre des traitements de substitution aux opiacés 80
2.2. LA PRÉVALENCE DES USAGES D'ALCOOL 81
2.2.1. L'usage d'alcool dans la population générale 81
2.2.2. L'usage d'alcool chez les jeunes du secondaire (enquête HBSC) 85
2.2.3. Conclusions 86
2.3. LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ 87
2.3.1. Demande de traitement auprès des services spécialisés en assuétudes : données issues de l'indicateur de la demande de traitement (TDI) 87
2.3.2. La morbidité en rapport avec la consommation de drogues 93
2.3.3. La mortalité en rapport avec la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes 106
2.4. LES CONSÉQUENCES SOCIALES 108
2.4.1. Données recueillies par les forces de l'ordre 108
2.4.2. Conduite sous l'influence de drogues 111
2.4.3. Conduite sous l'influence d'alcool 113
2.4.4. Accidents de la circulation sous l'influence d'alcool 114
2.4.5. Disponibilité et offre 116

3. DONNÉES INDICATIVES SUR L'USAGE DE DROGUES DANS DES GROUPES SPÉCIFIQUES 126
3.1. LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET AUTRES CONTACTS ENREGISTRÉS PAR INFOR-DROGUES 126
3.2. LES APPELS TÉLÉPHONIQUES DU CENTRE ANTIPOISONS 128
3.3. L'USAGE DE DROGUES EN MILIEU FESTIF 129
3.4. L'USAGE DE DROGUES «EN RUE» 133
3.5. DONNÉES ISSUES DU DISPOSITIF D'ACCESSIBILITÉ AU MATÉRIEL D'INJECTION 136

4. LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE 141
4.1. LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU EUROPÉEN 141
4.2. LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU BELGE 141
4.2.1. Cadre légal 141
4.2.2. Mode de fonctionnement 142
4.3. LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE EN QUELQUES CHIFFRES 144
4.3.1. Les NDS détectées en Belgique et en Europe de 2005 à 2014 144
4.3.2. Les services de testing de produits à destination des usagers 145
4.3.3. Les alertes précoces diffusées par Eurotox de 2001 à 2014 148
4.4. EXEMPLES D'ALERTES PRÉCOCES DIFFUSÉES PAR EUROTOX EN 2014 150

BIBLIOGRAPHIE 154

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES 162

INTRODUCTION

L'asbl Eurotox remplit, depuis septembre 2000, les missions d'Observatoire Socio-Epidémiologique Alcool-Drogues en régions wallonne et bruxelloise et de Sous-Point Focal de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies. Il s'agit du huitième rapport socio-épidémiologique produit par Eurotox sur l'usage de drogues. Il couvre les données épidémiologiques de l'année 2013-2014 (ou antérieures, lorsqu'elles n'étaient pas disponibles). Il arrive aussi que des années antérieures soient prises en compte, de manière à dégager des tendances sur un long terme. Pour ce qui est des données sociologiques et de cadre légal ou réglementaire, le rapport est plus souple, notamment dans un souci de recontextualisation sociohistorique.

Le rapport est composé de quatre chapitres, suivis de la bibliographie et 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 (chapitres 2 et 3).

Le **PREMIER CHAPITRE** décrit le **cadre légal et organisationnel** qui fait suite à la 6ème Réforme de l'État et au transfert de compétences aux régions wallonne et bruxelloise. Il aborde la question des compétences des différents niveaux de pouvoir concernés, tant fédérés que fédéral, et fait état de l'avancement des développements législatifs et des stratégies politiques récents.

Dans la première partie, l'on s'intéresse aux compétences restées aux mains du fédéral. Nous faisons le point sur les compétences de l'INAMI et celles de l'Office de la naissance et de l'enfance dont les nouvelles missions en promotion de la santé à l'école laissent un vide juridique concernant la promotion de la santé des moins de 18 ans en dehors de la promotion de la santé à l'école (PSE).

L'avenir des plans stratégiques de sécurité et de prévention reste incertain ; ils sont prolongés jusqu'en 2017. Et le plan national alcool, quant à lui, est à nouveau en cours de négociation entre les représentants des ministres compétents. Enfin, nous détaillons la composition de la Conférence Interministérielle Santé publique qui réunira tant des membres du Gouvernement fédéral que des entités fédérées.

Étant donné le transfert de compétences du fédéral aux Régions, nous avons décidé, dans un esprit de clarté, de modifier notre structure habituelle et de dédier respectivement un chapitre à la Région bruxelloise et un chapitre à la Région wallonne. Chaque entité fédérée devant se réapproprier de nouvelles compétences, dont certaines – comme la santé – sont conséquentes, l'état d'avancement et les modalités de réappropriation tendent à différer d'un territoire à l'autre.

La deuxième partie du chapitre concerne les nouveaux cadres stratégiques, textes de loi et dispositifs de coordination prévus en **région bruxelloise** en matière de santé, de promotion de la santé, de prévention, et d'aide aux toxicomanes.

Cette partie débute par un rappel des priorités d'action sociale et de santé figurant dans les déclarations politiques du Collège de la Commission communautaire française (COCOF) et du Collège réuni de la Commission Communautaire Commune (COCOM) en 2014.
Nous présentons ensuite les caractéristiques du futur organisme bruxellois «Iriscare». Institué au sein de la COCOM, celui-ci sera chargé de la mise en œuvre de la politique bicommunautaire en matière de santé et d'aide aux personnes. L'ordonnance nécessaire à sa mise en place sera bientôt présentée au Parlement.

Le contenu de l'avant-projet de décret de promotion de la santé et de médecine préventive est également synthétisé. Cet avant-projet sera discuté au sein de plusieurs commissions parlementaires d'ici décembre 2015. Il a suscité des commentaires et des recommandations de divers acteurs, notamment de la Plateforme bruxelloise du secteur de la promotion de la santé, du Conseil supérieur de promotion de la santé, et du Bureau du Conseil consultatif COCOF.

Une autre section du chapitre a trait aux activités de la cellule politique «santé-assuétudes» mise en place en 2013. Ce dispositif visait notamment à produire un plan concerté pour la prévention, la réduction des risques et le traitement des assuétudes, en concertation avec les acteurs de terrain.

Nous présentons également le Plan Drogues 2016-2019, élaboré en juin 2015 par les membres de la Plateforme FEDITO-FEIAT-CLDB. Ce plan définit, à travers 100 actions mesurables, l'offre adaptée aux besoins des publics. Il s'accompagne d'un document stratégique définissant les principes d'une politique Drogues en Région de Bruxelles-Capitale.

Les objectifs et les étapes nécessaires à l'élaboration du futur Plan de santé bruxellois sont ensuite synthétisés. Présenté lors d'une séance publique en mai 2015, ce Plan sera rédigé dans les mois à venir, sur la base d'une concertation et des données de l'Observatoire de la Santé et du Social.

Nous abordons ensuite deux aspects de la révision du décret ambulatoire de 2009 : la mise en place d'un recueil de données permettant d'orienter les décisions relatives à la création de nouvelles structures ambulatoires, et l'évaluation de la mise en œuvre du décret présentée aux secteurs en 2015.

Nous faisons le point sur la mise en place de l'OIP «Bruxelles Prévention & Sécurité» et sur le plan d'action qu'il sera chargé de mettre en œuvre. Ce Plan pourrait comporter un volet consacré aux drogues qui intégrerait la prévention, le soin/accompagnement, la réduction des risques et la répression.

En conclusion du chapitre figurent divers questionnements au sujet du fonctionnement et de la cohérence de ces futurs dispositifs.

Une troisième partie s'intéresse à la **Région wallonne**. Nous parcourons les effets législatifs et structurels de la 6ème Réforme de l'État et des accords de la «Sainte-Émilie». L'accord de coopération-cadre du 27 février 2014, d'abord, institue plusieurs grands principes autour desquels se rassemblent les 4 grands partis traditionnels francophones. L'accord engage la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), la Région wallonne (RW) et la Commission communautaire française (COCOF) à respecter un socle de principes communs, à conclure un «pacte de simplification» de la vie des citoyen.ne.s et à coopérer via une structure de concertation permanente. Nous reprenons ensuite la Déclaration de politique régionale (DPR) 2014-2019 dont nous dégageons les points les plus pertinents pour le secteur de la santé et des assuétudes. Le Gouvernement s'engage notamment à veiller à la bonne mise en œuvre de la charte associative et à soutenir le milieu associatif, d'une part en n'en diminuant pas les budgets, d'autre part en travaillant à la simplification administrative. Il est également intéressant de noter que le Gouvernement souhaite approcher les problématiques drogues depuis le prisme des déterminants de la santé et examiner, par exemple, le recours aux traitements à la diacétylmorphine.

Nous présentons ensuite le nouvel OIP santé wallon, l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles, baptisée AViQ. Nous en détaillons les missions, les compétences et l'organisation. Nous attirons également l'attention du lecteur sur les différents enjeux qui entourent la nouvelle Agence : la garantie de la liberté de choix et de circulation des individus, la gestion des conflits d'intérêts et de compétences, la représentativité équilibrée des membres des différents organes de l'Agence, et la place que les assuétudes auront au sein de l'Agence.

Nous exposons aussi les modifications du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, notamment les dispositions liées aux accords «non-marchands» et à la plateforme d'échange électronique des données de santé. Nous nous penchons ensuite sur les recommandations du secteur concernant le futur cadre wallon de la promotion de la santé et les nouvelles logiques de financement par appels à projet. Avec le transfert de compétences, encore, le secteur s'interroge sur la place de la réduction des risques dans les priorités du Gouvernement. Par ailleurs, celui-ci devra également investir ses nouvelles compétences en matière de lutte contre les assuétudes, dont fait partie la lutte anti-tabac. Pour finir, nous ferons le point sur les différents chantiers législatifs et institutionnels en cours et à venir qui dépendent notamment de l'édification des nouveaux OIP santé wallon et bruxellois.

Dans une dernière partie, enfin, nous exposons et développons différents **débats et évolutions récents**. D'abord, une question subsiste quant au cadre légal des pratiques de réduction des risques (RdR). En effet, les **activités de RdR** s'insèrent dans un cadre législatif prohibitionniste qui punit toute facilitation de

l'usage de drogues. Et si la loi «drogues» de 1921 est nuancée par un arrêté royal de juin 2000 permettant l'échange de seringues, force est de constater que les avancées se comptent au goutte à goutte. Les propositions de modification de la loi de 1921 de Demeyer ont notamment été rejetées le 31 mars 2015. Parmi ses propositions, Demeyer invitait à la reconnaissance légale des lieux d'usage supervisés, c'est-à-dire les salles de consommation à moindre risque dont nous détaillerons le fonctionnement.

Et puisque nous abordons les questions de cadre légal, il est pertinent de se poser celle de la légalité et de l'efficacité de certaines méthodes répressives, notamment des **descentes de police dans les écoles**. Et si nous pointons l'inefficacité de ces méthodes, le même constat peut s'étendre à l'ensemble du système prohibitionniste. En effet, de nombreuses figures politiques et études scientifiques en arrivent à cette même conclusion que la prohibition échoue à atteindre ses propres objectifs et qu'il est dès lors nécessaire de repenser le système actuel. C'est pourquoi nous faisons le point sur les développements législatifs récents en matière de **légalisation du cannabis** dans le monde et nous interrogeons le contexte belge.

Si l'on reste dans le carcan prohibitionniste, les **tribunaux de traitement de la toxicomanie** (TTT), en tant qu'alternative au traitement carcéral, semblent présenter quelques résultats notamment en termes de récidive. Le modèle portugais des commissions de dissuasion de la toxicodépendance est précurseur en la matière. En Belgique, le projet-pilote de TTT a été lancé à Gand en 2008. Et si ces deux projets s'accompagnent d'une diminution des dépenses publiques et du taux de récidive, nous pensons pertinent de pointer leur ancrage paradigmatique et la confusion que les TTT peuvent induire entre les critères juridiques et diagnostiques.

Par ailleurs, en prolongation de notre précédent rapport, notre interrogeons la pertinence de laisser les **soins aux détenus** aux mains de la Justice. En l'état des choses, les acteurs de terrain exigent deux réformes essentielles : le transfert de la compétence «soins de santé en prison» du ministère de la Justice vers celui de la Santé et l'allocation d'un budget adéquat aux missions des différentes asbl actives.

La **réforme 107** invite les hôpitaux à allouer une partie des fonds destinés à financer des lits psychiatriques vers des projets ambulatoires. Tout l'enjeu de cette réforme pour le secteur «assuétudes» est le recouvrement des réseaux qu'il a déjà établi par les projets 107. Or, le cadre des interventions des acteurs «assuétudes» dépasse largement le champ d'intervention de la santé mentale. Dès lors, les défis de la Réforme 107 sont, d'une part, de conserver la plasticité des soins et des parcours des usagers et, d'autre part, d'établir une relation équilibrée et convergente entre les réseaux «assuétudes» et santé mentale.

Le **Conseil de l'Union Européenne** a récemment présenté ses conclusions et recommandations au sujet de l'implémentation de standards de qualité minimums en réduction de la demande de drogues en UE ; nous en présentons les points principaux.

L'**INPUD** (International Network of People who Use Drugs), quant à lui, a publié les résultats d'une enquête qualitative menée dans plusieurs pays. Cette étude rassemble et systématise les différents témoignages d'usagers de drogues récoltés. Le document rapporte les vécus des usagers, leurs conditions de vie, leur rapport aux autorités, au personnel soignant et à leur communauté, les discriminations et violences physiques et symboliques qu'ils subissent et leurs difficultés à accéder aux soins et programmes de réduction des risques.

Pour finir, nous faisons le point sur la future session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations-Unies (**UNGASS**) sur les politiques drogues qui se tiendra en 2016.

Le **DEUXIÈME CHAPITRE** présente le volet épidémiologique du rapport.
Dans un premier temps, il présente la **prévalence de l'usage de drogues dans la population générale âgée de 15 à 64 ans et chez les jeunes**, et ce au niveau national ou des deux régions francophones du pays. On y présente succinctement la méthodologie des enquêtes réalisées et compilées, puis leurs principaux résultats. La situation épidémiologique est ainsi dépeinte, les modes de consommation et leur ampleur sont estimés, tout comme les prévalences de consommation des différents produits.

Les résultats de l'**enquête HIS 2013** montrent qu'environ 15 % de la population belge âgée de 15 à 64 ans a déjà expérimenté au moins une fois le cannabis. En ce qui concerne l'usage actuel, cette enquête révèle qu'environ 2,6 % de la population belge en a consommé durant les 30 derniers jours précédant

l'enquête. Elle relève par ailleurs que les autres drogues illicites sont rarement consommées par la population belge âgée de 15 à 64 ans. En effet, moins de 4 % des personnes interrogées ont avoué avoir expérimenté au moins une fois une drogue illicite autre que le cannabis. De manière générale, on constate que la consommation de drogues est plus élevée en région bruxelloise qu'en Wallonie, ce qui ne semble pas pouvoir s'expliquer par le caractère exclusivement urbain de cette région.

Les résultats de l'**enquête HBSC 2010** montrent que les différents indicateurs de prévalence de consommation de cannabis et d'ecstasy sont en recul par rapport aux enquêtes précédentes chez les jeunes de 12-20 ans scolarisés en FWB. Quant aux autres produits (cocaïne, amphétamines, opiacés, hallucinogènes, etc.), ils restent peu fréquemment consommés par les jeunes de cet âge. Leur consommation est toutefois plus importante chez les garçons que chez les filles, et elle augmente avec l'âge des répondants.

Les résultats d'une **enquête européenne sur l'attitude des jeunes par rapport aux drogues** suggèrent que l'expérimentation de *legal highs* est en augmentation entre 2011 et 2014, tant chez les jeunes belges de 15 à 24 ans que chez les jeunes européens du même âge. Cette augmentation, qui touche globalement tous les pays européens, témoigne du succès grandissant de ces produits auprès des jeunes, qui pourrait en partie s'expliquer par une plus grande connaissance de leur existence et par une augmentation de leur disponibilité sur Internet. Ces produits sont généralement consommés dans un contexte festif.

Nous fournissons également dans ce chapitre des données détaillées relatives à la prévalence de **consommation d'alcool dans la population générale** (enquête HIS) **et chez les jeunes** scolarisés dans le secondaire (enquête HBSC). Il ressort de ces enquêtes que la consommation d'alcool est effectivement bien ancrée dans les mœurs des jeunes et des adultes de notre pays. Néanmoins, une partie d'entre eux n'en consomme pas ou alors de manière occasionnelle. Chez les jeunes, l'âge de la première consommation n'est désormais plus influencé par le sexe ni par la filière d'enseignement. Les consommations plus régulières et davantage susceptibles de poser des problèmes (surconsommation, «binge drinking», usage quotidien) sont en revanche plus fréquentes chez les garçons que chez les filles et surviennent généralement quelques temps après la découverte du produit. Les jeunes de 15 ans et plus sont relativement nombreux à pratiquer la surconsommation ou l'hyperalcoolisation de manière hebdomadaire ou mensuelle, probablement la plupart du temps dans un contexte festif. Mais ils sont rarement des consommateurs quotidiens d'alcool, contrairement aux adultes. Enfin, alors que la surconsommation hebdomadaire et la consommation quotidienne d'alcool sont plus élevées en Wallonie qu'à Bruxelles, le *binge drinking* est en revanche plus fréquent chez les jeunes bruxellois que chez les jeunes wallons, tout comme l'estimation de l'usage problématique sur la vie, qui est particulièrement élevée chez les bruxellois de 35-64 ans.

Enfin, les données relatives aux **traitements de substitution aux opiacés** indiquent que le nombre de patients bénéficiant d'un traitement de ce type en 2013 s'élevait à plus de 9000 en Wallonie, contre environ 2500 en région bruxelloise. Le nombre de traitements prescrits est en diminution progressive depuis 2011 en Wallonie, alors qu'il est relativement stable à Bruxelles.

Dans un second temps, le chapitre 2 aborde les **conséquences sur la santé** de l'usage d'alcool et de drogues.
Celles-ci sont d'abord abordées à travers les résultats du **monitoring des demandes de traitement auprès des services spécialisés dans la prise en charge des assuétudes** (l'indicateur de demande de traitement ou TDI). Les analyses des données récoltées sur la période 2011-2014 montrent que les patients sont majoritairement de sexe masculin et de nationalité belge. Toutefois, on observe un pourcentage relativement élevé de patients non-belges, en particulier en région bruxelloise. Les patients sont majoritairement trentenaires, mais on observe que la moyenne d'âge est plus élevée à Bruxelles qu'en Wallonie. Une portion importante des patients n'avait pas de logement stable dans les 30 jours précédant la demande de traitement, en particulier en région bruxelloise. La précarité sociale, qui mène souvent à l'exclusion sociale, reste donc une réalité pour un grand nombre d'usagers pris en charge dans ces centres spécialisés de Bruxelles et de Wallonie. Enfin, en ce qui concerne la problématique de consommation, les produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement enregistrées sur la période 2011-2014 sont les opiacés et l'alcool.

Les conséquences sur la santé sont également abordées sous l'angle de la **morbidité** et de la **mortalité**, et nous présentons des données sur l'infection au VIH, aux hépatites B (VHB) et C (VHC) et à la tuberculose.

Il apparait que la **mortalité** liée à l'alcool est nettement plus élevée que celle liée aux drogues illégales, quel que soit le genre des personnes décédées et tant en Wallonie qu'en région bruxelloise. Néanmoins, la mortalité liée à l'usage d'alcool ou de drogues est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et ce, dans les deux régions francophones du pays.

En ce qui concerne la **morbidité**, les données issues du **registre belge des cas séropositifs** et des malades du SIDA montrent que, après avoir diminué régulièrement de 1992 à 1997, l'incidence de l'infection au VIH a considérablement augmenté pendant la période 1997-2003, et qu'elle subit à nouveau une augmentation lente mais régulière depuis 2006. En 2013, l'injection de drogues par voie intraveineuse n'était impliquée que dans 2,1 % des nouveaux cas dont le mode de transmission probable était connu.

L'étude DRID (***Drug-related infectious disease***) relève quant à elle que la prévalence de l'infection au VIH **chez les usagers de drogues par injection** s'élèverait en Belgique à 2,3 %, celle au virus de l'hépatite B à 3,7 % et enfin celle au virus de l'hépatite C à 43,3 %. Ce dernier résultat atteste de la fréquence quasi épidémique de l'infection à l'hépatite C chez les usagers de drogues par injection.

Les données issues du **registre belge de la tuberculose** suggèrent que l'alcoolisme chronique et le recours à l'injection sont des facteurs qui peuvent favoriser la déclaration de la maladie lors d'une infection préalable.

Les conséquences sur la santé sont complétées par les **données du Résumé Psychiatrique Minimum** sur les prises en charge de patients dans un service de psychiatrie. Ces données montrent notamment que les comorbidités psychiatriques sont fréquentes chez les personnes présentant un diagnostic lié à un problème de consommation d'alcool ou de drogues.

Enfin, nous présentons également des données issues du **Résumé Infirmier Minimum** relatives aux cas d'exposition à l'alcool et aux drogues chez les nouveau-nés.

Dans un troisième temps, ce chapitre aborde les **conséquences sociales**, en présentant les **données** relatives aux drogues recueillies par la **police fédérale** (nombre de saisies, quantités saisies, infractions liées aux drogues, tests salivaires anti-drogues) ainsi que par d'autres instances telles que l'**Institut Belge de la Sécurité Routière** (conduite sous l'influence d'alcool, accidents de la circulation sous l'influence d'alcool). Nous présentons également les résultats de l'enquête réalisée annuellement par Eurotox sur le **prix des drogues** en rue ainsi que des données relatives à la **pureté des drogues** en circulation en Belgique et aux **produits de coupe** identifiés dans les échantillons de poudre analysés.

Le **TROISIÈME CHAPITRE** présente des **données indicatives sur l'usage de drogues dans des groupes spécifiques et à hauts risques** (personnes rencontrées en milieu festif, et celles rencontrées en rue à travers les opérations Boule de Neige[1]). Ces données sont généralement récoltées par des associations de terrain qui développent des actions de manière à réduire les risques liés à l'usage de drogues. Ce chapitre présente également les données en lien avec les contacts enregistrés par la ligne téléphonique d'Infor-Drogues ainsi que par le Centre Antipoisons belge, et se clôture par une présentation des données relatives au dispositif d'accessibilité au matériel d'injection stérile.

Le **QUATRIÈME CHAPITRE** est consacré à une description détaillée et chiffrée du système d'alerte précoce sur les nouveaux produits ou nouveaux modes de consommation entraînant des risques accrus, dit aussi «**Early Warning System**» ou «**EWS**» auquel participe Eurotox. On constatera que le nombre de nouvelles drogues de synthèse (NDS) détectées en Europe et en Belgique a augmenté ces dernières années. Corollairement, le nombre d'alertes précoces a également augmenté, en partie en raison de la circulation de NDS dangereuses, mais aussi en raison de la circulation de plus en plus fréquente de pilules d'ecstasy hautement dosées en MDMA.

1 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 du «peer-to-peer»).

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 actives dans le secteur de l'usage de drogues et des assuétudes en Wallonie et à Bruxelles, que ce soit dans le domaine de la prévention, de la réduction des risques ou du traitement, qui ont participé au recueil de données et collaboré à la collecte d'informations sur leurs activités. Parmi elles, une mention particulière pour les institutions qui nous ont fourni, parfois avant leur publication, des données qui ont servi à l'élaboration des chapitres 2 et 3. Soit, en particulier pour cette année : Modus Vivendi, Infor-Drogues, et le Centre Antipoisons.

Les centres de traitement qui ont participé au recueil des données épidémiologiques (TDI).

Toutes les institutions de terrain qui ont participé à l'enquête sur le prix des drogues en rue.

Les Fédito et leurs représentants, en particulier Sébastien Alexandre (de la Fédito bruxelloise) et Pascale Hensgens (de la Fédito wallonne), pour les informations transmises et la relecture de certaines parties du rapport.

Le Point focal belge de l'OEDT, à savoir l'Institut scientifique de santé publique (WIV-ISP), dépendant du Ministre fédéral en charge de la Santé.

Les cabinets et administrations des Ministres ayant en charge la Santé en Wallonie, ainsi qu'à Bruxelles, pendant la période couverte par ce rapport.

Nos remerciements s'adressent aussi au WIV-ISP, à l'Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale, à la cellule Naissance-Décès de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), à la Police Fédérale, à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ainsi qu'au Service public fédéral (SPF) Santé publique, pour nous avoir fourni des informations et données précieuses pour la rédaction du chapitre 2 de ce rapport.

Enfin, nous remercions également les institutions qui nous ont fourni des informations utiles à la rédaction du chapitre 1, notamment : le SPF Santé publique par la voix de Caroline Theisen, Miguel Rwubu de l'Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale, la Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé, l'Observatoire bruxellois pour la prévention et la sécurité, Prospective Jeunesse, Modus Vivendi, le service Action sociale et Santé du Service public de Wallonie, etc.

1 CADRE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL

Ce chapitre présente le cadre légal et organisationnel des politiques en matière de drogues. Il décrit la répartition des compétences des pouvoirs publics et les récents développements législatifs de la promotion de la santé, de la prévention des assuétudes, et de la toxicomanie en Belgique francophone.

La première partie concerne les compétences restées aux mains du fédéral, la seconde s'intéresse à la région bruxelloise, et la troisième porte sur la Wallonie. Enfin, la dernière partie aborde les évolutions et débats, à la fois législatifs et sociétaux, en Belgique et ailleurs (Union Européenne, Nations Unies).

1.1. LES COMPÉTENCES FÉDÉRALES

1.1.1. INAMI

Pour rappel, les conventions de revalidation, notamment celles dans le domaine des assuétudes, sont transférées dans le cadre de la 6ème Réforme de l'État et ne seront plus de la compétence de l'INAMI.

La politique de prévention est intégralement transférée aux entités fédérées. Néanmoins, si les «actions de prévention supposent la participation des prestataires de soins par l'intermédiaire d'actes remboursables (par exemple les honoraires de dépistage ou les honoraires pour l'administration d'un vaccin), ces prestations pourront être honorées par l'INAMI.»[2].

1.1.2. OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE (ONE)

La Communauté Française reste compétente pour les activités et services de médecine préventive destinés aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants. La promotion de la santé à l'école (PSE pour l'enseignement obligatoire et sous l'autorité de l'ONE) a été intégrée aux missions de l'ONE[3]. La FWB conserve la tutelle de l'ONE (ministre de l'enfance).

Le décret missions (CF) du 4 décembre 2014[4] ajoute aux missions transversales de l'ONE les programmes de **médecine préventive**[5] et complète ses missions de service public, qui seront désormais les suivantes :

- l'organisation de consultations prénatales ;
- l'organisation de consultations pour enfants ;
- l'organisation de l'accompagnement à domicile ;
- le suivi des équipes SOS-Enfants conventionnées avec l'Office ;
- **la gestion des services de promotion de la santé à l'école (PSE).**

Au sujet des transferts de certaines compétences depuis la DGO5 vers l'ONE, Benoît Parmentier, administrateur général de l'ONE, dit que «[ce choix] permettra une meilleure continuité des actions à mener au bénéfice des enfants [...]. Jusqu'à présent le suivi préventif de la santé réalisé par l'ONE via ses consultations s'interrompait une fois les enfants âgés de plus de 6 ans. Les nouvelles compétences permettront, via la PSE, un suivi jusqu'à la fin de la scolarité des jeunes, à 18 ans. Voire même au-delà

2 CGSLB, «Documentation et rétroactes : la sixième réforme de l'état : les transferts des «soins de santé et d'aide aux personnes» et «allocations familiales» de l'État fédéral aux entités fédérées : accord papillon et état actuel», 2013.

3 Les étudiants de l'enseignement supérieur, quant à eux, dépendent des politiques universitaires.

4 Entré en vigueur le 1er janvier 2015 modifie le décret du 17 juillet 2002 portant réforme de l'ONE.

5 En complément de ses autres missions transversales : le soutien à la parentalité et l'information des parents, la promotion de la santé et l'éducation de celle-ci, la promotion de la formation continue des acteurs des politiques de l'enfance, la réalisation de recherches, l'évaluation des besoins et des expériences innovantes.

puisque les Hautes Écoles sont accompagnées par certains services de promotion de la santé dont nous assurerons la gestion.»[6]. La promotion de la santé auprès des jeunes ne se limite cependant pas à la PSE. En effet, il existe des programmes de **promotion de la santé hors PSE** qui touchent les moins de 18 ans, et un flou, voire un vide juridique, persiste avec le transfert de compétences. Si la PSE demeure aux mains de la FWB, la promotion de la santé, quant à elle, a été transférée aux régions. Il reste donc encore à déterminer qui sera compétent pour les jeunes de moins de 18 ans en dehors du cadre scolaire, une question centrale pour la pérennité des associations et programmes concernés.

Concernant la cohérence des politiques en matière de la promotion de la santé tout au long de la vie, le Ministre Prévot a exprimé à plusieurs reprises sa volonté d'établir et pérenniser les liens entre les institutions. Il a assuré, d'une part, la concertation entre la DGO5 et l'ONE afin de garantir la cohérence en promotion de la santé dès le plus jeune âge[7], et, d'autre part, qu'un «travail de concertation et de collaboration (RW, CCF, FWB, ONE) sur les politiques menées pour les jeunes est en construction afin de coordonner et multiplier les efforts qui peuvent être faits au bénéfice des populations les plus jeunes notamment en matière d'assuétudes.»[8]

1.1.3. LES PLANS STRATÉGIQUES DE SÉCURITÉ ET DE PRÉVENTION 2014-2017

En 2002, les plans stratégiques de sécurité et de prévention (PSSP) ont remplacé les anciens Contrats de sécurité et de prévention, et les Plans drogue. Financés par le gouvernement fédéral, les PSSP confèrent aux villes et communes la responsabilité de développer des politiques locales de sécurité. Concernant l'usage de drogues, des subsides sont alloués pour la réduction des risques, l'accueil à bas seuil, l'accompagnement des usagers, la prévention, et les soins. À Bruxelles, l'asbl Transit est en partie financée dans le cadre des PSSP.

Le renouvellement des PSSP **jusqu'en 2017** a été approuvé par le Conseil des ministres en 2013. Le SPF Intérieur est chargé de l'octroi des subsides aux communes, tandis que les conventions sont transmises au ministre de l'Intérieur pour analyse et approbation.

L'avenir des PSSP reste cependant incertain. La FEDITO bruxelloise souhaite que le gouvernement fédéral s'engage à garantir leur financement au-delà de 2017, en les intégrant dans le futur Plan bruxellois de Prévention et de Sécurité[9].

La Fédito wallonne, quant à elle, recommande dans le cadre des actions portées par les PSSP «[l] a poursuite d'un processus de différenciation des financements et des actions entre prévention de la criminalité et prise en charge des problèmes socio-sanitaires liés aux assuétudes.»[10]

1.1.4. LE PLAN NATIONAL ALCOOL

Concernant les raisons de l'échec des négociations du Plan national Alcool 2014-2019, nous vous invitons à en prendre connaissance dans notre précédent rapport[11].

À l'heure où ces lignes sont rédigées, les représentants des ministres compétents en matière d'alcool sont en cours de réflexion au sujet d'une nouvelle politique en matière d'alcool. Cependant, il reste difficile pour le moment de préciser quels seront les résultats de cette réflexion commune[12]. Ces derniers seront présentés en conférence interministérielle fin 2016.

6 B. Parmentier, «6ème réforme de l'État», ONE.be, 11/11/2014.
7 Ministre Prévot, réponse à question écrite de M. Lefebvre, «Le renouvellement du Conseil supérieur de promotion de la santé», 20/05/2015.
8 Ministre Prévot, réponse à la question écrite de Mme Poulain, «Les politiques de prévention des assuétudes à l'égard des mineurs d'âge», 07/10/2015.
9 Sébastien Alexandre, Directeur de la FEDITO BxI, communication personnelle, 01/10/2015.
10 Fédito wallonne, mémorandum 2014.
11 Hogge, M. (2014).
12 Caroline Theisen, SPF Santé, communication personnelle, 29/09/2015.

1.1.5. LA RÉUNION THÉMATIQUE DROGUES ET LA CIM SANTÉ PUBLIQUE

En février 2015, il a été décidé de mettre fin à la Conférence Interministérielle «Drogues» et de la remplacer par une «Réunion Thématique Drogues». Celle-ci est composée de délégations gouvernementales et est présidée par la ministre fédérale des Affaires Sociales et de la Santé publique. La Réunion Thématique Drogues est intégrée à la Conférence Interministérielle (CIM) Santé publique[13] qui réunit des membres du Gouvernement fédéral et des Gouvernements des Communautés et/ou des Régions en charge de la santé[14] :

- Pour l'État fédéral, Mme M. DE BLOCK, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique.
- W. BORSUS, Ministre des Classes moyennes, des Indépendants, des PME, de l'Agriculture, et de l'Intégration sociale.
- J. VANDEURZEN, Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille.
- Pour la Région Wallonne : M. PREVOT, Ministre des Travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine.
- Pour la Communauté Française : R. DEMOTTE, Ministre-Président de la Fédération Wallonie-Bruxelles.
- Et Mme J. MILQUET, Vice-présidente du Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, Ministre de l'Éducation, de la Culture et de l'Enfance.
- Pour la Commission Communautaire Commune de la région bruxelloise : D. GOSUIN, chargé de la Politique de la Santé, de la Fonction publique, des Finances, du Budget, du Patrimoine et des Relations extérieures ; G. VANHENGEL, chargé de la Politique de la Santé, des Finances, du Budget et des Relations extérieures.
- Pour le collège de la Commission Communautaire Française de la région bruxelloise : Mme C. JODOGNE, compétente pour la Politique de Santé.

1.2. RÉGION BRUXELLOISE

Comme le soulignait notre précédent rapport[15], un certain nombre de compétences «santé» ont été transférées de l'État fédéral vers les Régions et les Communautés dans le cadre de la 6ème Réforme de l'État.

Ces transferts de compétences ont été amorcés dès juillet 2014. Ils s'accompagnent d'un transfert budgétaire qui est effectif depuis le 1er janvier 2015.

Suite aux accords de la Sainte-Émilie et au Décret spécial du 4 avril 2014, les entités francophones ont également modifié la répartition interne de leurs compétences : la plupart des matières liées à la promotion de la santé et à la prévention sont passées de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB)[16] vers les Régions et pour Bruxelles, vers la Commission communautaire française (COCOF).

Cette nouvelle configuration entrainera des remaniements législatifs et institutionnels, tant à Bruxelles qu'en Wallonie.

L'année 2015 est une période transitoire dite de «standstill» au cours de laquelle se développent de nouveaux cadres stratégiques, textes de loi et dispositifs de coordination.

13 Moniteur belge (4 juin 2015).
14 Ibidem.
15 Hogge, M. (2014).
16 À l'exception de la prévention et de la promotion de la santé à l'école, désormais gérées par l'ONE.

1.2.1. LES PRIORITÉS POLITIQUES DE 2015 EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ, PRÉVENTION ET AIDE AUX TOXICOMANES

› Les priorités politiques du Collège de la COCOF

Dans sa déclaration d'Accord politique de 2014[17], le Collège de la COCOF a souligné la nécessité de mener une politique d'action sociale et de santé concertée avec les autres entités et niveaux de pouvoir. En matière de promotion de la santé, il s'est engagé à :

- Définir un cadre structurel et financier de promotion de la santé ;
- Assurer la gestion des programmes en cours ;
- Reconnaitre la promotion de la santé en tant qu'interface entre divers secteurs et les politiques menées en région bruxelloise ;
- Intégrer la promotion de la santé dans l'ensemble des outils de gestion de la COCOF, et en particulier dans l'outil de programmation ;
- Organiser la représentation du secteur au sein des instances de concertation relatives aux politiques sociales et de santé ;
- Mener une réflexion sur les organes d'avis et sur la définition des futurs programmes de promotion de la santé ;
- Réaliser une analyse des politiques préventives, de promotion et de protection de la santé en région bruxelloise ;
- Identifier des synergies potentielles et/ou des transferts entre les entités mono-communautaires et le bi-communautaire.

S'agissant de l'offre de services ambulatoires en région bruxelloise, le Collège de la COCOF a déclaré vouloir maintenir l'existant, et impulser de nouvelles synergies entre le social et la santé. Plusieurs mesures ont été présentées, notamment l'évaluation du décret ambulatoire de 2009 et la création d'un outil de programmation.

En ce qui concerne le secteur ambulatoire de l'aide aux toxicomanes, le collège de la COCOF s'est donné pour objectifs de :

- Soutenir le secteur dans l'élaboration d'une politique de drogues bruxelloise inclusive et intégrée à la politique social-santé ;
- Veiller aux financements du Fonds assuétudes et des projets bruxellois ;
- Promouvoir, auprès des autorités fédérales, l'adoption d'une législation favorable aux lieux de consommation à moindre risque ;
- Reconnaitre et financer la mission de réduction des risques ;
- Mettre en œuvre le «Plan bruxellois de réduction des risques liés à l'usage de drogues», élaboré par le secteur en 2014 ;
- Assurer la continuité du projet «Quality nights» (en coordination avec la Région wallonne et la Fédération Wallonie-Bruxelles) ;
- Soutenir le développement d'une offre adaptée de services dans les prisons bruxelloises, en concertation avec le SPF Justice.

› Les priorités du Collège réuni de la Commission Communautaire Commune (COCOM)

Dans sa déclaration de 2014[18], le Collège réuni de la COCOM a affirmé son intention de développer la prévention et la promotion de la santé, en se fixant les objectifs suivants :

- Assurer la collaboration avec les Communautés française et flamande en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- Définir le cadre et les missions spécifiques de la promotion de la santé ;
- Renforcer la coordination des secteurs de prévention des assuétudes ;
- Renforcer la prévention et l'éducation à la santé ;
- Consolider la protection sanitaire, le dépistage et la lutte contre les maladies transmissibles ;

17 Collège de la Commission communautaire française. Déclaration de l'Accord politique de la Commission communautaire française (octobre 2014).

18 Collège réuni de la commission communautaire commune. Déclaration politique du Collège réuni de la Commission Communautaire Commune (octobre 2014).

- Veiller à établir un lien structurel avec les Communes et les CPAS afin de coordonner les actions d'urgences sanitaires ;
- Poursuivre les politiques de prévention des cancers et de la tuberculose.

Le Collège de la COCOM entend mettre en œuvre une politique globale de santé s'étendant de la prévention aux structures post-hospitalisation. Il est notamment envisagé de réformer les soins à domicile et palliatifs, et de consolider les relais entre l'ambulatoire et l'hospitalier. D'autre part, la COCOM a annoncé l'élaboration d'un Plan de Santé Bruxellois avec l'implication de l'ensemble des acteurs privés et publics de l'action sociale et de la santé. Ce Plan vise à assurer une meilleure accessibilité aux soins, tant sur le plan géographique que social et financier.

1.2.2. LA CRÉATION DE L'OIP BRUXELLOIS «IRISCARE»

Les accords de la Sainte-Émilie ont avalisé la création, en Wallonie et à Bruxelles, de nouveaux Organismes d'Intérêt Public (OIP) chargés d'accueillir les matières touchant à la santé, au handicap, aux personnes âgées et aux allocations familiales.

Il est prévu que l'OIP bruxellois, «Iriscare», soit institué au sein de la COCOM et soit fonctionnel dès 2016. Cet organisme est chargé de piloter la mise en œuvre de la politique bicommunautaire de la santé et de l'aide aux personnes. Il a également pour mandat de définir les conditions d'octroi des financements. Le cadre et les conditions d'exercice de ses missions sont définis dans un contrat de gestion conclu avec le Collège réuni et réévalué chaque année.

En ce qui concerne **la politique de santé**, les champs de compétences d'Iriscare sont les suivants[19] :
1. la politique de dispensation de soins dans, et au dehors, des institutions de soins ;
2. la politique de dispensation des soins de santé mentale dans les institutions de soins autres que les hôpitaux ;
3. la politique de dispensation de soins dans les institutions pour personnes âgées (y compris les services de gériatrie isolés) ;
4. la politique de dispensation de soins dans les services spécialisés isolés de revalidation et de traitement ;
5. la politique de revalidation «long-term care» ;
6. l'organisation des soins de santé de première ligne et le soutien aux professions des soins de santé de première ligne ;
7. l'éducation sanitaire, les activités et services de médecine préventive, ainsi que toute initiative en matière de médecine préventive.

En matière d'aide aux personnes, l'organisme est en charge de la mise en œuvre des politiques suivantes :
1. la politique familiale (y compris l'ensemble des formes d'aide et d'assistance aux familles et aux enfants) ;
2. la politique des handicapés, ce qui inclut la formation, la reconversion et le recyclage professionnels des handicapés et les aides à la mobilité ;
3. la politique du troisième âge, à l'exception de la fixation du montant minimum, des conditions d'octroi et du financement du revenu légalement garanti aux personnes âgées.

Comme en Wallonie, la structure de l'OIP bruxellois s'apparente à celle de l'INAMI, associant notamment les représentants d'employeurs, de travailleurs indépendants et salariés, les organismes assureurs, les prestataires et gestionnaires de soins, ainsi que les CPAS. Des représentants des Bureaux des commissions du Conseil consultatif de la santé et de l'aide aux personnes de la COCOM siégeront au sein de l'OIP.

Iriscare est composé de divers organes, notamment d'un Comité général de gestion et d'un Conseil de gestion des soins de santé et de l'aide aux personnes. Celui-ci peut se réunir, selon les cas, sous les formes d'un Collège plénier, d'un Collège des soins ou d'un Collège de l'aide aux personnes.

19 Se référer à la future ordonnance officielle concernant les limites et exceptions en matière de compétences.

Iriscare comporte également une Commission de contrôle budgétaire, un Comité de gestion des allocations familiales, et six commissions d'avis et de conventions :

1. Prise en charge des dépendances
2. Hôpitaux
3. Santé mentale
4. Mobilité fonctionnelle et revalidation
5. Prévention et première ligne
6. Personnes Handicapées

Ces commissions regroupent un nombre égal de représentants des organismes assureurs et des organisations représentatives des professions ou des services concernés. Les commissions peuvent élaborer des propositions ou remettre des avis sur les réglementations, par exemple sur les normes d'agrément, la programmation, les contrats, ainsi que la réglementation des prix.

Trois commissions d'avis et de conventions sont concernées par les problématiques liées aux assuétudes : la commission «Santé mentale», la commission «Mobilité fonctionnelle et revalidation», et la commission «Prévention et première ligne».

La Commission «Santé mentale» est compétente en matière d'hôpitaux et de maisons de soins psychiatriques, d'initiatives d'habitations protégées, de Plate-forme de concertation en santé mentale et du secteur ambulatoire de santé mentale. Elle est composée de représentants d'organisations représentatives des institutions de soins et acteurs de la santé mentale. Elle comprend également les membres désignés par les organismes assureurs.

La commission «Mobilité fonctionnelle et revalidation» est compétente en matière d'aide à la mobilité et de conventions de revalidation (rééducation fonctionnelle et réadaptation professionnelle). Elle comporte des représentants des professionnels et des prestataires de soins, ainsi que des membres désignés par les organismes assureurs.

Quant à la Commission «Prévention et première ligne de soins», elle est compétente en matière de mesures de soutien à la médecine générale, de services intégrés de soins à domicile, du cercle des médecins généralistes, des soins palliatifs, des réseaux locaux multidisciplinaires, des assuétudes, du dépistage et de la vaccination. Elle inclut des membres désignés par les organisations représentatives des institutions de promotion, de prévention et de protection de la santé, des représentants des prestataires de première ligne, et des membres désignés par les organismes assureurs.

L'incertitude persiste quant à la date de concrétisation de cet OIP. Un avant-projet d'ordonnance a été approuvé en première lecture au Collège réuni en octobre 2014[20]. Le texte a ensuite été examiné par le Conseil économique et social de la Région de Bruxelles-Capitale dont l'avis a été rendu public en septembre 2015. Celui-ci souligne notamment la nécessité d'une plus grande concertation entre entités fédérées en matière de santé, d'aide aux personnes et de prestations familiales[21].

Une nouvelle version de l'ordonnance visant la création de l'OIP a été diffusée auprès des secteurs concernés en décembre 2015. Avant son adoption définitive, le Cabinet de R. Vervoort a organisé une session de concertation avec des représentants des secteurs le 18 décembre 2015.

Le texte devrait faire l'objet de nouvelles lectures en Collège Réuni et au Conseil d'État. Il sera ensuite soumis au Parlement. L'accord des représentants politiques bruxellois néerlandophones sera nécessaire pour l'avaliser.

20 À ce stade, l'avant-projet n'est pas public.
21 Conseil économique et social de la Région de Bruxelles-capitale (17 septembre 2015).

1.2.3. LE FUTUR CADRE LÉGISLATIF DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE MÉDECINE PRÉVENTIVE

› Le contenu du projet de décret du 7 décembre 2016

La Ministre bruxelloise francophone en charge de la santé à la COCOF, Cécile Jodogne, a opté pour la rédaction d'un nouveau décret de promotion de la santé. Adopté le 5 février 2016 par le Parlement francophone bruxellois, ce décret abroge celui de juillet 1997 qui organisait la promotion de la santé en Communauté française. Ce décret poursuit les objectifs suivants (Conseil bruxellois de Coordination Sociopolitique (CBCS), 2015b) :

- Définir un cadre légal cohérent de promotion de la santé en COCOF ;
- Faire-valoir l'identité propre de la promotion de la santé, tout en favorisant des articulations avec le secteur social-santé existant ;
- Stabiliser les associations, les équipes et les projets.

Les finalités du décret sont de promouvoir la santé et de réduire les inégalités sociales de santé au sein de la population bruxelloise. C'est pourquoi des synergies seront développées avec le futur Plan de Santé Bruxellois, avec la Conférence interministérielle Santé publique, et avec les initiatives de lutte contre la pauvreté. Il est également envisagé de conclure des protocoles de collaboration avec l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) qui gère la prévention et la promotion de la santé à l'école.

La rédaction de l'avant-projet du Décret a fait l'objet d'une consultation auprès du secteur : les membres du comité permanent de la Plateforme bruxelloise de promotion de la santé ont notamment été sollicités en mai et juin 2015.

Le 16 juillet 2015, l'avant-projet de décret[22] a été adopté en première lecture par le Collège de la COCOF, puis a été examiné par le Conseil d'État. Il a depuis été révisé et présenté à la Commission de la Santé de la COCOF le 5 janvier 2016. Il a finalement été voté le 5 février 2016 par le Parlement francophone bruxellois.

Le décret prévoit le dispositif suivant[23] :

- Le Collège de la COCOF adopte pour une durée de 5 ans un plan de promotion de la santé, selon les modalités qu'il détermine. Le plan s'appuie sur le principe d'universalisme proportionné et «prend en compte les différences de statut socio-économique, de genre, de culture, pour permettre à chacun de disposer des moyens d'agir sur sa santé. Ce document de référence présente des objectifs et des thématiques d'action prioritaires déterminés par le Collège, sur la base de recueils de données. Un projet de plan est rédigé par l'Administration du Collège de la COCOF en collaboration avec les organismes piliers et les acteurs. Le projet est ensuite proposé à l'instance de pilotage et soumis au Collège. Afin d'établir les objectifs du plan de promotion de la santé, le décret organise le dispositif de la manière suivante :
  - Une instance de pilotage dont le secrétariat et la coordination sont assurés par un membre de l'Administration ;
  - Des services de support et d'accompagnement «apportant en deuxième ligne leur expertise aux acteurs de terrain» et des centres de référence qui coordonnent des programmes de médecine préventive ;
  - Des acteurs et réseaux de terrain «qui mettent en œuvre des actions répondants aux stratégies de promotion de la santé» ;
  - Une section de promotion de la santé «au sein du Conseil consultatif, qui constitue l'organe d'avis du secteur».

- L'*instance de pilotage* est donc chargée de la validation du *plan de promotion de la santé*. Elle est également responsable de l'évaluation du dispositif général et du suivi de la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé. Cette instance non-décisionnelle soumet des propositions au Collège et se réunit au moins trois fois par an. Elle mène la concertation avec les pouvoirs exécutifs des autres

22 Gouvernement de la Région de Bruxelles-capitale (juillet 2014). Projet d'accord de majorité 2014-2019.

23 Projet de décret relatif à la promotion de la santé présenté au Parlement francophone bruxellois par la Ministre Jodogne, le 7 décembre 2015 et adopté le 5 février 2016. Son entrée en vigueur est prévue pour le 1er janvier 2016.

entités politiques concernées par la santé. Le Collège désigne les membres de l'instance de pilotage. Ses membres incluent au minimum un représentant du Collège et deux membres du service de la santé qui représentent l'Administration. Selon les thématiques abordées, des experts (dont l'Observatoire de la santé et du social) et des représentants des pouvoirs exécutifs des autres entités publiques sont conviés aux réunions, et ce, en vue de favoriser la transversalité associative et institutionnelle.

- L'*Administration* «intervient en appui scientifique auprès de l'instance de pilotage». En plus d'élaborer le projet de plan de promotion de la santé, elle identifie et synthétise les données socio-sanitaires existantes sur le territoire bruxellois utiles à la politique de la promotion de la santé, coordonne les recueils de données qualitatives et quantitatives, propose des orientations politiques actualisée à l'instance de pilotage et évalue la politique de promotion de la santé (sur base des objectifs, des modalités d'évaluation et de suivi définis dans le plan de promotion de la santé). Elle procède également chaque année à un contrôle in situ du respect des termes des conventions.

- En deuxième ligne, un *service d'accompagnement* (SAPS) à la qualité des projets est désigné par le Collège après un appel à candidatures pour une durée de 5 ans renouvelable. Il soutient les actions menées, en collaboration avec les services de support. Le SAPS assure également la coordination d'une plateforme de concertation des acteurs.

- Des *services de support méthodologique et thématique* (SESU) sont mis en place pour une durée de cinq ans, par appel à candidatures. Leur rôle est de fournir des ressources (données, formation, communication, recherche) aux opérateurs et personne ou association relais, ainsi qu'à l'instance de pilotage.

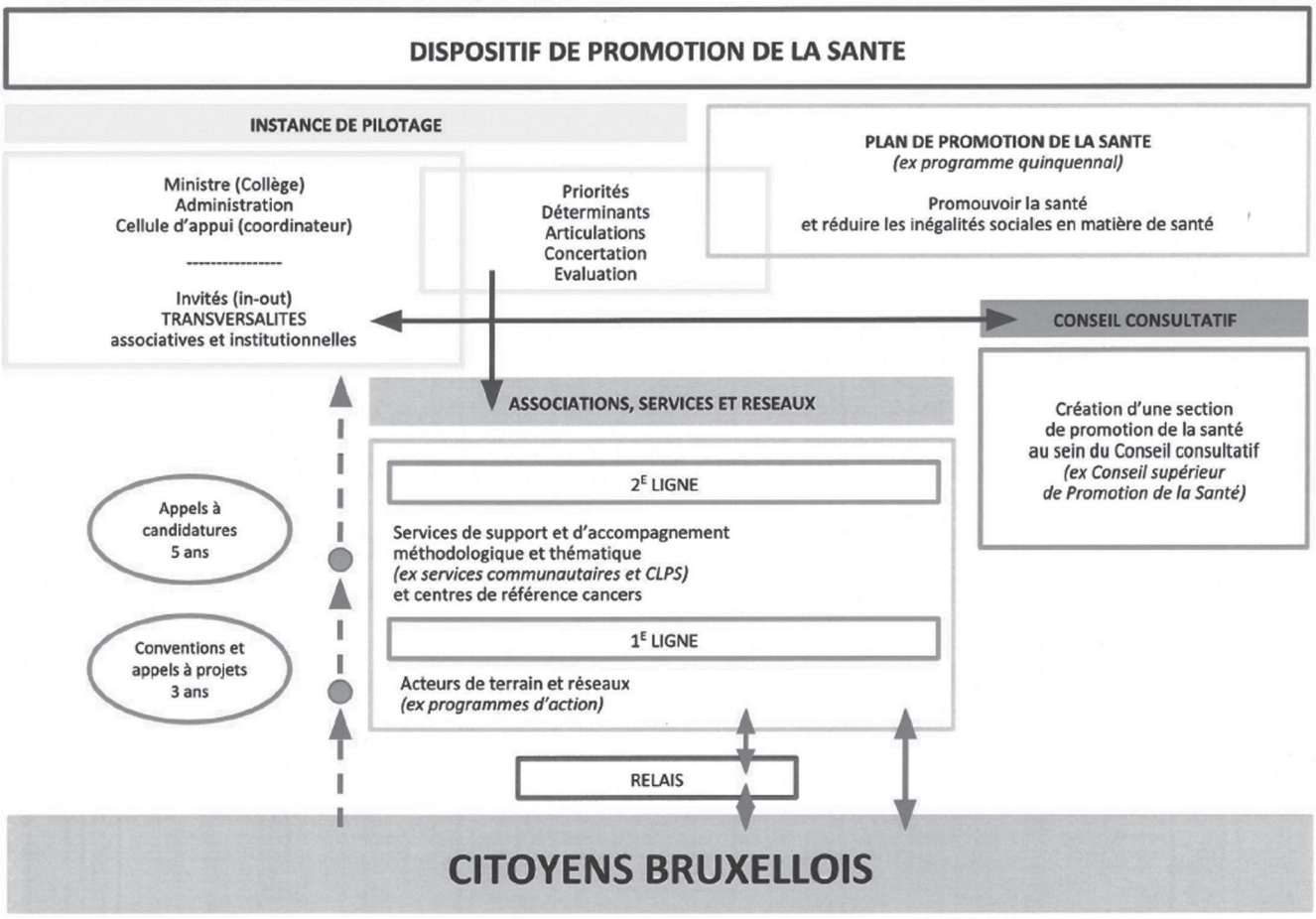
- *Les acteurs et les réseaux*[24] sont invités à répondre à des appels à projet, ou à introduire «une demande de désignation» au Collège. Leurs missions et subventions sont ensuite spécifiées dans les appels à projets, ou dans des conventions triennales renouvelables. Le format de leurs rapports d'activité est défini par l'instance de pilotage. Quant aux programmes de médecine préventive, ils se déclinent en protocoles et sont pilotés par un ou plusieurs centres de référence pour une durée de cinq ans renouvelable.

- Une *nouvelle section dédiée à la promotion de la santé* est créée au sein du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la Santé[25]. Cette section formule des avis sur les questions liées à la Promotion de la santé, à la médecine préventive et à l'éthique. Son avis est requis sur le plan de promotion de la santé, ainsi que sur les projets de décrets et arrêtés relatifs à la politique de santé. La section remplace le Conseil supérieur de Promotion de la santé dans sa compétence d'avis. Les critères de sélection et de composition des organismes siégeant au Conseil sont déterminés par le Collège.

24 Y compris les réseaux santé déjà agréés dans le cadre du décret ambulatoire de 2009.

25 Il s'agit de la sixième section mise en place au sein du Conseil depuis sa création par la COCOF en juin 1997. Chaque section rassemble des experts et des représentants des pouvoirs organisateurs, des travailleurs, et des publics. Les cinq sections existantes sont : services ambulatoires, aide et soins à domicile, hébergement, personnes handicapées et cohésion sociale.

Figure 1 : Le dispositif organisationnel d'Iriscare



Source : Schéma du dispositif de la promotion de la santé (reçu du cabinet de la Ministre Jodogne, le 27/01/2016)

> Revendications de la Plateforme bruxelloise du secteur de la promotion de la santé

La Plateforme bruxelloise du secteur de la promotion de la santé a été créée en 2014 à l'initiative du Centre Bruxellois de Promotion de la Santé. Elle est constituée à ce jour de 40 associations actives sur le territoire bruxellois. Certaines d'entre elles mènent également des interventions en Fédération Wallonie-Bruxelles. La Plateforme vise la concertation, l'information, la visibilité du secteur et sa valorisation auprès des instances politiques. Son mémorandum d'avril 2014[26] met l'accent sur les principaux enjeux du social et de la santé à relever à Bruxelles. Face aux incertitudes liées au maintien des subsides, des services et des projets, l'une des revendications portée est la nécessité d'une reconnaissance structurelle et financière du secteur (Question Santé, 2014).

La plateforme bruxelloise a mis en place deux groupes de travail : le groupe «Fédération» qui est commun à la Plateforme wallonne de promotion de la santé, et le «ComPol». Ce dernier est l'interlocuteur privilégié du secteur auprès des autorités politiques. Composé à ce jour de 9 organismes[27], ce groupe élabore des propositions en vue d'intégrer la promotion de la santé dans les dispositifs de concertation, et dans les politiques sociales et de santé (Anceaux et Thiebaut, 2015). En 2015, le ComPol a inventorié les actions de promotion de la santé menées à Bruxelles. Un document a ensuite été rédigé sur les missions du secteur, les besoins, les publics prioritaires, et les stratégies à privilégier[28]. Il a été présenté à la ministre en charge de la Santé à la COCOF et à l'administration.

Les revendications de la Plateforme bruxelloise au sujet de **l'avant-projet du décret** sont les suivantes[29] :

- Les membres de la Plateforme demandent des précisions immédiates sur les dispositions prévues en matière de subventions des opérateurs pour l'année 2016. Si le décret n'est pas voté avant le 1er novembre 2015, le secteur revendique la prolongation de la phase de «standstill» en 2016.

- En vue d'assurer la pérennité des activités, le décret devrait prévoir un versement de la première tranche d'avances au 1er janvier de chaque nouvelle année budgétaire. En outre, la liquidation des soldes de l'année précédente devrait être effectuée dans le mois qui suit la remise des rapports d'activités et financier.

- La durée des conventions renouvelables devrait être de cinq ans, à l'exemple de celle du Plan de promotion de la santé.

- Un mécanisme de représentation des acteurs de terrain et des publics devrait être prévu au niveau de l'instance de pilotage.

- L'appréciation des dossiers remis par les opérateurs (conventions pluriannuelles et projets) devrait être objectivée au moyen d'une grille de paramètres élaborée en concertation avec le secteur.

- La section de promotion de la santé du Conseil consultatif devrait avoir une mission d'avis sur les cahiers des charges et sur les dossiers déposés.

- La transversalité de la promotion de la santé devrait être favorisée, en prévoyant des possibilités d'accords de coopération/conventions avec divers secteurs de la COCOF, et avec d'autres niveaux de pouvoir et secteurs.

- Une Fédération de promotion de la santé devrait être intégrée et financée dans le dispositif prévu par l'avant-projet. Elle aurait pour rôle de représenter et de défendre les intérêts des professionnels auprès d'organes d'avis et de concertation (en particulier au sein du Conseil consultatif), et auprès de toute autorité politique ou administrative concernée par les déterminants de la santé.

26 Plateforme bruxelloise du secteur de la promotion de la santé (2014).
27 Les 9 organismes sont le Centre Bruxellois de Promotion de la Santé, Eurotox, l'Observatoire du Sida et des Sexualités, le Réseau Santé Diabète, Culture et Santé, Repères, Forest Quartier Santé, FARES et Question santé.
28 Plateforme bruxelloise du secteur de la promotion de la santé (2015a).
29 Plateforme bruxelloise du secteur de la promotion de la santé (2015b).

Avis du Conseil supérieur de promotion de la santé

En septembre 2015, le Conseil supérieur de promotion de la santé a également formulé une série de commentaires et de propositions au sujet de l'avant-projet de décret (2015) :

- La réduction des inégalités sociales de santé devrait occuper une place centrale dans les finalités du décret.
- Le soutien aux acteurs menant des actions sur les déterminants sociaux de la santé en région bruxelloise devrait être affirmé dans le décret.
- L'instance de pilotage du dispositif devrait inclure des représentants de l'ensemble des parties prenantes : acteurs de terrain, réseaux, relais, et population.
- Parmi les spécificités du secteur de promotion de la santé figurent l'intersectorialité et la pluridisciplinarité. Ces caractéristiques semblent peu compatibles avec les critères de composition du Conseil consultatif définis dans l'avant-projet.
- La reconnaissance d'une Fédération des acteurs de promotion de la santé est essentielle afin d'assurer une représentation du secteur au sein du Conseil consultatif.
- Pour des raisons de conflits d'intérêts et d'indépendance, le SAPS ne devrait pas avoir pour mission de mettre en place une plateforme de concertation.
- Les organismes siégeant au Conseil consultatif ne devraient pas faire partie de l'instance de pilotage.
- Il est essentiel que le Collège s'engage à financer les promoteurs du secteur précédemment subventionnés.
- Il faudrait assurer le financement des structures pendant 5 ans ou définir des modalités de procédure allégée de renouvellement des conventions.
- Le Collège devrait préciser sur quelle base il désignera le SAPS et les SESU au cours de la période transitoire.

Avis du Bureau du Conseil consultatif COCOF

L'avis du Bureau a été sollicité en septembre 2015 par la ministre en charge de la politique de la santé à la COCOF, Cécile Jodogne. Dans son préambule (Bureau du Conseil consultatif COCOF, 2015), le Bureau recommande de réduire l'incertitude financière et organisationnelle du secteur de la promotion de la santé, par le biais des actions suivantes :
- Appliquer le principe du «standstill» en 2015 ;
- Conserver le dispositif actuel en 2016, et ce, jusqu'à la mise en œuvre des arrêtés d'application du nouveau décret ;
- Harmoniser immédiatement les conventions pour une durée de cinq ans ;
- Intégrer la promotion de la santé dans le Décret ambulatoire de 2009.

Le Bureau considère que le dispositif prévu dans le projet manque de clarté. D'autre part, il relaye l'une des préoccupations du secteur : le risque de conflit d'intérêts au niveau de la composition des organes. Enfin, il relève que le principe des appels à projets génère l'instabilité et la concurrence entre associations.

Ses principales recommandations sont les suivantes :
- Établir, dans le décret, des liens explicites entre la promotion de la santé et d'autres secteurs, tels que l'enseignement ;
- Intégrer la promotion de la santé dans le Plan de Santé Bruxellois via un accord de coopération avec la COCOM ;
- Reconnaitre et subventionner un organisme sectoriel chargé d'informer, de dialoguer et de coordonner les actions avec d'autres dispositifs ;
- Requérir l'avis de la section ad hoc du Conseil consultatif au sujet des appels à projets, dans le cas où ceux-ci seraient maintenus dans la version définitive du décret ;
- Modifier les modalités de liquidation des subventions afin de préserver la stabilité financière des opérateurs de terrain.

Suite à l'ensemble de ces avis, la Ministre a proposé une nouvelle version du Décret qui a ensuite été soumise au Parlement.

1.2.4. LA CELLULE POLITIQUE FRANCOPHONE «SANTÉ-ASSUÉTUDES»

La création de la Cellule politique francophone «santé-assuétudes» a fait l'objet d'un protocole d'accord en septembre 2012 entre les ministres de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la Commission communautaire française et de la Région wallonne[30].

Ce dispositif répondait à la volonté des trois ministres francophones de définir un cadre politique commun et cohérent.

L'une des concrétisations attendues des travaux de la Cellule était la réalisation d'un plan concerté pour la prévention, la réduction de risques et le traitement des assuétudes, en collaboration avec les acteurs de terrain.

La Cellule est devenue opérationnelle en novembre 2013 avec l'engagement d'un coordinateur. Elle était composée de représentants des ministres de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la Région wallonne et de la COCOF, de leurs administrations respectives, et de membres du secteur des assuétudes (Infor-Drogues, la Fédito bruxelloise, et la Fédito wallonne) (Martens, 2014).

En 2014, les travaux de la Cellule ont contribué à alimenter diverses thématiques discutées au niveau fédéral, telles que l'évaluation de la politique en matière de cannabis et les recueils de données en matière de drogues[31]. À l'initiative du coordinateur de la Cellule, des groupes de travail ont été constitués avec des acteurs de terrain représentatifs du secteur. Des constats, des objectifs et des actions prioritaires ont émergé de cette réflexion collective.

En octobre 2014, les activités de la Cellule ont été suspendues, suite au départ de son coordinateur qui a choisi de réorienter sa carrière professionnelle. En parallèle, la promotion de la santé a été transférée vers la Région wallonne et la COCOF, dans le cadre des accords de la Sainte-Émilie.

À ce stade, l'avenir du dispositif reste incertain : ses missions, son ancrage institutionnel, et son lieu d'exercice n'ont pas été redéfinis. La cellule continue d'être hébergée par la Fédération Wallonie-Bruxelles mais aucun coordinateur n'a encore été nommé.

En janvier 2015, la Ministre bruxelloise Cécile Jodogne a précisé que la thématique des assuétudes restait une priorité pour la COCOF et qu'il lui semblait essentiel d'impulser une nouvelle dynamique à la politique francophone santé-assuétudes[32].

Interrogé au sujet de l'état d'avancement de la Cellule en mai 2015, Maxime Prévot, ministre de la Santé au Parlement wallon, annonçait une réunion prévue à ce sujet entre Cabinets wallons et bruxellois[33]. En octobre 2015, il a indiqué que la cellule devait faire l'objet de nouveaux accords politiques, compte tenu du transfert des compétences santé[34].

30 Gouvernement de la communauté française, Collège de la COCOF, Gouvernement de la Région wallonne, protocole d'accord entre la CF, la COCOF et la RW portant création de la cellule politique francophone santé-assuétudes, septembre 2012.

31 Parlement francophone bruxellois, Assemblée de la Commission communautaire française, Session 2014-2015, Séance plénière du vendredi 30 janvier 2015, C.R. N° 10.

32 Ibidem.

33 Parlement de Wallonie (mai 2015). Question écrite du 29/04/2015. La Cellule politique francophone Santé-assuétudes. N° : 493 (2014-2015) 1.

34 Parlement de Wallonie (octobre 2015). Question écrite du 16/09/2015. Les politiques de prévention des assuétudes à l'égard des mineurs d'âge, N° : 829 (2014-2015) 1.

1.2.5. LA POLITIQUE DROGUES ET LE PLAN DROGUES BRUXELLOIS 2016-2019

La plateforme intra-sectorielle FEDITO-FEIAT-CLDB[35] réunit trois coupoles du secteur toxicomanie bruxellois. En vue des élections de 2014, ce collectif a rédigé un mémorandum comportant des propositions politiques, programmatiques, financières et législatives (Fédito, FEIAT et CLDB, 2014).

En juin 2015, la plateforme a publié un Plan d'action Drogues 2016-2019 et des recommandations en faveur d'une «Politique Drogues en Région de Bruxelles-Capitale» (Fédito Bruxelles, 2015b). Le secteur promeut une approche globale et intégrée des drogues qui nécessite l'implication de diverses autorités compétentes et de nombreux secteurs (justice, médical, santé mentale, enseignement, logement, etc.). Il définit également, à long-terme, l'offre adaptée aux besoins des publics concernés.

Le Plan Drogues propose 100 actions mesurables à réaliser sur une période de 4 ans (2016-2019). Il vise à consolider la politique en matière de drogues (prévention, réduction des risques et traitement) à Bruxelles et à s'intégrer dans les futurs «Plan de Santé Bruxellois» et «Plan bruxellois de Prévention et de Sécurité». Ce plan Drogues se veut évolutif et intersectoriel : il est prévu qu'y soient développées les initiatives d'autres secteurs (cohésion sociale, justice, santé).

1.2.6. LE PLAN DE SANTÉ BRUXELLOIS

L'élaboration du Plan de Santé bruxellois figure dans la Déclaration de Politique Générale du Collège Réuni de la COCOM de 2014[36]. Ce plan répond à la volonté du Collège Réuni d'instaurer une politique globale de santé plus efficiente, centrée sur les besoins des patients et des citoyens. Il a pour ambition d'être un outil «sur mesure», reflétant les principaux enjeux démographiques et socioéconomiques de Bruxelles : rajeunissement de la population, allongement de la durée de vie, multiculturalité, précarité grandissante, et inégalités sociales en matière de santé.

Le plan poursuit une triple perspective (Gosuin, 2015) :
- Améliorer l'accès aux soins sur le plan géographique, social et financier ;
- Gérer efficacement et de manière concertée la reprise des matières de santé dans le cadre de la 6ème Réforme de l'État ;
- Créer une politique de santé cohérente, en visant la transversalité et le décloisonnement entre les secteurs du social et de la santé.

Le plan prévoit notamment[37] :
- le développement des réseaux de soins ;
- le développement d'alternatives aux soins en institution ;
- la création d'une plateforme de concertation visant à organiser l'offre et à assurer une meilleure communication entre les professionnels de la santé ;
- le développement de projets régionaux inter-réseaux (public, privé confessionnel et non-confessionnel) en matière d'accueil psychiatrique, de logistique, et d'achats ;
- l'informatisation de la collecte, du stockage et du partage des données de santé du patient.

L'élaboration du Plan repose sur un processus de concertation mis en place au printemps 2015 et qui regroupe de nombreux acteurs : des représentants de la santé (hôpitaux, maisons de repos et de soins), des associations de patients, des organismes assureurs, des représentants du Gouvernement fédéral (la santé publique fédérale, l'Institut de Santé publique, l'INAMI et le Collège inter-mutuelliste) et d'autres entités politiques (COCOF, Commission communautaire flamande et Fédération Wallonie-Bruxelles).

En mai 2015, une séance publique de présentation du processus d'élaboration du Plan de Santé a eu lieu en présence de l'ensemble des acteurs invités à la concertation. Elle a été menée par les cabinets des

35 Fédito bruxelloise (Fédération bruxelloise francophone des Institutions pour Toxicomanes), FEIAT (Fédération des Employeurs des Institutions Ambulatoires pour Toxicomanes), et CLDB (Coordination Locale Drogues Bruxelles).
36 Collège réuni de la COCOM, Déclaration politique du Collège réuni de la Commission Communautaire Commune (octobre 2014).
37 Ibidem.

ministres de la santé bruxellois, Messieurs Didier Gosuin et Guy Vanhengel, et l'Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale (CBCS, 2015a).

Des groupes de travail (GT) ont ensuite été mis en place sur la base des thématiques suivantes :

- GT Dépendance et grande dépendance : soins aux personnes âgées et/ou dépendantes, revalidation et maladies chroniques.
- GT Patients hospitalisés : offre et qualité des soins, travail en réseau, normes et infrastructures hospitalières, alternatives à l'hospitalisation.
- GT Première ligne : coordination des soins et collaboration entre acteurs de première ligne.
- GT Soins palliatifs : coordination et formation des acteurs concernés, organisation des soins palliatifs à domicile ou en maison de repos, multiculturalité des publics, et place du médecin généraliste dans le processus de continuité des soins.
- GT Santé mentale (y compris assuétudes) : réforme «Psy 107», maisons de soins psychiatriques, initiatives d'habitation protégée, et soutien à la prévention des assuétudes sur le terrain.
- GT Prévention et Promotion de la santé : besoins, programmes et projets existants, intersectorialité, transversalité, recueil de données, et questions thématiques (VIH/IST/EVRAS, drogues, dépistages, vaccinations).
- E-santé (thématique transversale traitée dans les divers groupes de travail) : soutien à l'informatisation des acteurs de la santé, dans le cadre notamment du plan fédéral «E-Health».

Une première phase de concertation s'est déroulée du 21 mai au 17 juillet 2015. Au total, 24 séances de travail ont eu lieu, réunissant 81 acteurs institutionnels différents et plus de 300 personnes[38].

Les travaux ont été pilotés par les Membres du Collège Réuni compétents, avec le soutien de l'administration de la COCOM et de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale[39]. Celui-ci est fortement impliqué dans la réalisation du Plan puisqu'il assure notamment la gestion opérationnelle des groupes de travail. Son rôle comme outil de pilotage politique sera consolidé : il est prévu qu'il bénéficie de ressources supplémentaires, notamment pour assurer le monitoring des données nécessaires au suivi de la mise en œuvre du Plan de Santé[40].

Le 16 juillet 2015, les résultats des travaux ont été présentés lors d'une séance publique. Une seconde phase de concertation, visant à développer plus avant les diverses thématiques, devait être initiée en septembre. Il semble qu'elle démarrera plutôt en décembre 2015[41].

Dans sa déclaration d'octobre 2015[42], le Collège réuni de la COCOM a annoncé que le Plan de santé serait rédigé dans les mois à venir, sur la base des résultats de la concertation et des données fournies par l'Observatoire de la Santé et du Social.

1.2.7. LA RÉVISION DU DÉCRET AMBULATOIRE DE 2009

Le décret dit «ambulatoire» et son arrêté d'application ont été adoptés en 2009. Ces textes législatifs établissent des procédures et des normes d'agrément pour douze secteurs de l'action sociale, de la famille et de la santé : les services de santé mentale, d'action globale sociale, de planning familial, de toxicomanie, les maisons médicales, les services de médiation de dettes, d'aide aux justiciables, les Espaces-rencontres[43], la coordination de soins et de services à domicile, les soins palliatifs et continués, l'aide à domicile, et les centres d'accueil téléphonique.

38 Voir le site web du Plan de Santé bruxellois et la section «PSB Reporting, Concertation, 16/07/2015, 1ère séance de reporting».
39 Le groupe de travail «Prévention et Promotion de la santé» était piloté par le Cabinet de la ministre bruxelloise en charge de la santé, Cécile Jodogne.
40 Collège réuni de la commission communautaire commune. Déclaration politique du Collège réuni de la Commission Communautaire Commune (octobre 2014), p.6.
41 Miguel Rwubu, collaborateur scientifique à l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-capitale, communication personnelle (17 novembre 2015).
42 Déclaration de politique générale de la Commission communautaire commune (22 octobre 2015).
43 Suite à la sixième réforme de l'État, les services d'aide aux justiciables et les services Espace-Rencontre ont été transférés vers la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le décret reconnaît et agrée également des organismes de coordination, ainsi que des organismes représentatifs et de coordination (fédérations sectorielles) dont la FEDITO.

Le Décret s'articule autour de sept axes :
- La fusion des décrets relevant de l'action sociale, de la famille et de la santé,
- La simplification administrative,
- L'agrément à durée indéterminée,
- La programmation des nouveaux agréments,
- La démarche d'évaluation qualitative (DEQ) visant la qualité,
- Le renforcement de la pratique du travail en réseau,
- L'agrément des organismes de coordination, et des organismes représentatifs et de coordination.

L'outil de programmation de l'offre

L'arrêté de 2009 stipule que le Collège fixe, au moins tous les 5 ans, le nombre de nouveaux services qu'il peut agréer par secteur. Cette programmation implique une analyse de l'offre existante et la création d'un outil de programmation. C'est dans cette perspective que deux études préliminaires ont été réalisées en 2012 et 2013[44]. En 2013, une nouvelle étude a été confiée par la COCOF à Perspective Consulting, par marché public. Elle comprenait quatre volets (BDO, Perspective Consulting, Institut Destrée, 2014) : l'analyse des besoins, l'analyse de l'offre existante, l'analyse des recueils de données et l'élaboration d'un outil de programmation. Les résultats de cette étude ont été publiés en juin 2014.

En 2015, la Ministre Cécile Jodogne a annoncé la mise en place d'un recueil de données afin de créer ou de soutenir de nouvelles structures ambulatoires. L'un des objectifs est d'élargir l'usage de cet outil à l'ensemble des services ambulatoires et d'en assurer la gestion en collaboration avec la COCOM. En juillet 2015, la Ministre a déclaré que ce recueil de données faisait déjà l'objet d'un marché public lancé par l'administration de la COCOF[45].

L'évaluation de la mise en œuvre

L'article 201 du décret ambulatoire instaure un cadre légal d'évaluation. Il prévoit que le Collège de la COCOF évalue la mise en œuvre du Décret en 2012 et communique son rapport à l'Assemblée avant le 31 janvier 2013.

C'est dans cette perspective qu'une première analyse a été menée en 2012 par l'administration de la COCOF et la Direction d'administration des affaires sociales et santé. Elle a donné lieu à un projet de modification du décret[46].

Au printemps 2014, la COCOF a lancé un marché public relatif à l'évaluation du décret. Ce marché a été remporté par BDO-Management Advisory. L'étude menée avait pour objectif d'évaluer la mise en œuvre des 7 axes de changement du décret. Cette évaluation, qui s'est déroulée de septembre 2014 à janvier 2015 a impliqué des focus groups, une enquête en ligne, un recueil de données et une analyse. Divers intervenants ont été sollicités : les services ambulatoires, les partenaires sociaux, des organismes représentatifs et de coordination, ainsi que des représentants des cabinets et de l'administration. Les conclusions du rapport final ont été présentées aux secteurs ambulatoires en juin 2015, dans le cadre d'une séance organisée par l'administration. Une présentation publique des résultats a également eu lieu le 30 juin 2015 au Parlement francophone bruxellois, en Commissions réunies des Affaires sociales et de la Santé.

Diverses pistes d'action ont émergé de cette évaluation[47], notamment :

44 L'étude de Question santé, et celle de l'École de santé publique de l'ULB menée en collaboration avec le Conseil bruxellois de Coordination sociopolitique.

45 Parlement francophone bruxellois, Assemblée de la Commission communautaire française, Session 2014-2015, Séance plénière du vendredi 10 juillet 2015, C.R. N°19.

46 Ibidem.

47 Parlement francophone bruxellois, Assemblée de la Commission communautaire française du 30 juin 2015, Session 2014-2015, Présentation du rapport final d'évaluation du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé.

- l'harmonisation des rapports d'activités afin de favoriser la lisibilité de l'offre existante et son analyse transversale ;
- la reconnaissance et la clarification du rôle des coordinateurs des services ;
- l'usage de l'informatique comme outil de simplification administrative ;
- la simplification de la situation des services multi-agréés ;
- la mise en place d'une récolte des données ;
- la clarification des spécificités des secteurs ;
- le renforcement de la professionnalisation des services.

La ministre en charge de la santé, Cécile Jodogne, a déclaré que ces pistes d'action serviraient à adapter le décret et ses arrêtés avant 2016. Cette première étape de modification visera essentiellement la simplification administrative. Lors d'une seconde étape fixée en 2018, le Décret sera révisé en profondeur. L'harmonisation des missions de l'ambulatoire est notamment prévue. Les professionnels des secteurs seront conviés à la concertation[48].

1.2.8. LE FONDS DE LUTTE CONTRE LES ASSUÉTUDES

Le Fonds de lutte contre les assuétudes a été créé par le gouvernement fédéral en 2006 avec un budget annuel de 5 millions d'euros (3 millions d'euros alloués aux assuétudes, et 2 millions dédiés spécifiquement au tabac). Ce Fonds a permis, depuis sa création, de financer une partie des actions menées à Bruxelles par quatre institutions : le Dépannage d'Urgence de Nuit et Échanges (DUNE), le Pélican, Les Petits Riens (dans le cadre de Syner'santé) et le Réseau Hépatite C.

Suite au protocole d'accord de mars 2014 relatif à l'exercice des compétences transférées en santé publique et en soins de santé pour la période transitoire, ce Fonds a été régionalisé et est désormais bruxellois. L'appel à projets 2014 (lancé en juillet 2013) a donc été le dernier effectué par le gouvernement fédéral. Depuis janvier 2015, le volet «tabac» du Fonds est géré par la COCOM, tandis que l'axe «drogues» relève de la compétence de la COCOF.

Le SPF Santé publique a mené une évaluation globale du Fonds de lutte contre les assuétudes en 2015. La réflexion en cours porte sur une éventuelle reconduction des projets pour l'année 2016 et sur leur intégration ultérieure dans des agréments spécifiques[49].

1.2.9. LA CRÉATION DE «BRUXELLES PRÉVENTION & SÉCURITÉ»

La 6ème Réforme de l'État a renforcé les compétences des Régions en matière de prévention et de sécurité. C'est dans ce cadre qu'il a été prévu de créer, en 2015, un nouvel organisme bruxellois d'intérêt public nommé «Bruxelles Prévention & Sécurité»[50]. Ce service, placé sous l'autorité directe du Ministre-Président, aura pour vocation de mettre en œuvre les politiques de prévention et de sécurité régionales. Concrètement, il sera chargé de l'octroi des subsides de prévention aux communes et de l'affectation des Fonds «sommets européens». De même, cet organisme coordonnera le futur Plan bruxellois de Prévention et de Sécurité.

À ce jour, «Bruxelles Prévention & Sécurité» n'est pas encore opérationnel, même si certaines de ses modalités de fonctionnement ont été évoquées : il pourrait englober l'Observatoire bruxellois pour la Prévention et pour la Sécurité qui assure, depuis 2010, le suivi et l'évaluation des politiques en matière de sécurité et qui réalise des études thématiques à la demande.

En octobre 2015, un projet d'ordonnance a été adopté en première lecture par le Gouvernement. Il est prévu que la mise en place de ce service autonome soit effective avant 2016.

48 Parlement francophone bruxellois, Assemblée de la Commission communautaire française, Session 2014-2015, Séance plénière du vendredi 10 juillet 2015, C.R. N°19.
49 Sébastien Alexandre, Directeur de la FEDITO BxI, communication personnelle, 18/11/2015.
50 Ordonnance du 28 mai 2015 créant un organisme d'intérêt public centralisant la gestion de la politique de prévention et de sécurité en Région de Bruxelles-Capitale (10 juin 2015).

1.2.10. LE FUTUR PLAN BRUXELLOIS DE PRÉVENTION ET DE SÉCURITÉ

La création d'un Plan bruxellois de Prévention et de Sécurité figure dans le projet d'accord de majorité 2014-2019[51]. Ce Plan sera élaboré avec les Bourgmestres, il mettra l'accent sur des priorités à l'échelle des quartiers, tout en veillant à une articulation cohérente avec d'autres plans d'action existants (le Plan national de sécurité, les plans zonaux et communaux de prévention)[52].

En marge de la «3ème rencontre sur les salles de consommation à moindre risque», le Ministre-Président de la Région de Bruxelles-Capitale, Rudy Vervoort, a annoncé que ce futur plan bruxellois comportera un volet consacré à la prévention et à la prise en charge sociale et sanitaire des toxicomanies[53]. L'approche préconisée pourrait s'appuyer sur la politique suisse dite des «quatre piliers», fondée sur la prévention, le soin/accompagnement, la réduction des risques et la répression.

En 2015, divers acteurs du secteur ont été sollicités pour l'élaboration de ce plan, notamment la FEDITO bruxelloise (stratégies et actions) et Eurotox (données).

Pour la FEDITO bruxelloise, il est essentiel que cet outil stratégique intègre les priorités du Plan Drogues 2016-2019 élaboré par les services bruxellois spécialisés «toxicomanie» (Fédito Bruxelles, 2015b).

Dans sa déclaration politique d'octobre 2015[54], le gouvernement régional a déclaré poursuivre l'élaboration du Plan régional de Sécurité, en parallèle aux travaux menés avec les autorités fédérales sur la nouvelle Note-cadre en matière de Sécurité intégrale.

1.2.11. LES ENJEUX POUR LE SECTEUR

› Nouveau décret de Promotion de la santé

La ministre en charge de la santé à la COCOF, Cécile Jodogne, a annoncé l'adoption imminente du nouveau décret de Promotion de la santé. Compte tenu des arrêtés d'exécution à adopter, et du processus nécessaire à la désignation et à la mise en place du dispositif, elle souhaite que l'application du décret soit effective à partir de septembre 2016. Avant cette étape de concrétisation, les opérateurs de terrain seront invités à introduire un projet et une demande de subvention pour l'année 2016.

L'intersectorialité et le partenariat font partie inhérente du concept de promotion de la santé. Les acteurs de promotion de la santé visent à articuler leurs interventions avec d'autres intervenants issus notamment des secteurs de la santé, de l'action sociale, de l'éducation, ou de la culture. Dans quelle mesure le dispositif prévu par le nouveau décret leur permettra-t-il de mettre en œuvre cette mission d'intersectorialité ?

À la suite de la sixième réforme de l'État, l'ONE a hérité de plusieurs compétences santé, gérées auparavant par la Direction Générale de la Santé en Fédération Wallonie-Bruxelles. Parmi ces nouvelles compétences figurent la prévention et la promotion de la santé à l'école. Désormais, l'ONE assure, via le service de Promotion de la Santé à l'École (PSE), la mise en œuvre des activités de promotion de la santé au sein de la communauté scolaire. De nombreux opérateurs de promotion de la santé mènent des activités auprès des publics «enfants et jeunes». Comment ces services maintiendront-ils la cohérence et la continuité de leurs interventions dans le cadre de cette nouvelle configuration ?

› La création de l'OIP bruxellois «Iriscare»

Le Collège réuni de la COCOM a annoncé en octobre 2015 que l'ordonnance nécessaire à la mise en place d'Iriscare sera prochainement présentée au Parlement.

51 Gouvernement de la Région de Bruxelles-capitale (juillet 2014). Projet d'accord de majorité 2014-2019.
52 Ibidem.
53 Sébastien Alexandre, Directeur de la FEDITO Bxl, communication personnelle, 01/10/2015.
54 Gouvernement de la Région de Bruxelles-capitale. Déclaration de politique régionale du gouvernement de la Région de Bruxelles-capitale (22 octobre 2015).

La structure décisionnelle de ce futur OIP est porteuse d'incertitudes : quelle sera la définition des politiques de santé menée, dès lors que la représentation patronale des secteurs y sera majoritaire ? En 2014, le mémorandum de la Plateforme bruxelloise de promotion de la santé plaidait d'ailleurs pour une représentation dans ce futur organisme d'intérêt public et dans d'autres structures décisionnelles (Question santé, 2014).

En matière de composition et de représentativité (Mormont, 2015), on peut également se demander comment et par qui les usagers seront représentés. Quels seront les rapports de force internes au sein de l'OIP ? Quelle sera la place accordée à l'expertise associative ? De quelle manière s'organisera la consultation des acteurs non-représentés ?

Un autre questionnement concerne la cohérence des politiques de santé menées. Comment assurer leur articulation entre Bruxelles et la Wallonie d'une part, et avec la Flandre, de l'autre ? À Bruxelles, la cohérence devra être recherchée entre le futur OIP santé, créé au niveau de la COCOM, et la COCOF.

Concernant les politiques drogues, il s'agira de veiller à ce que la dispersion des stratégies et des compétences (COCOF, la COCOM et Région) ne soit pas dommageable. Le Plan drogues du secteur toxicomanie a d'ailleurs pour objectif de contribuer à la cohérence des politiques mises en place[55].

Enfin, au niveau de la répartition des matières au sein de l'OIP, il semble que trois commissions seront appelées à traiter des questions liées aux assuétudes : la commission «prévention et première ligne», la commission «revalidation», et la commission «santé mentale», compte tenu de la mission dévolue par la COCOM à la Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale de la région bruxelloise. Le thème des «drogues» sera discuté au sein de diverses commissions. Là encore, la cohérence devra être recherchée[56].

› La révision du décret ambulatoire

Parallèlement à la réforme de la promotion de la santé, une révision du décret ambulatoire est en cours. En juillet 2015, la Ministre Cécile Jodogne a déclaré que le recueil de données prévu dans le décret faisait déjà l'objet d'un marché public lancé par l'administration de la COCOF[57]. À ce jour, les secteurs de l'ambulatoire n'ont pas été informés de l'état d'avancement de ce processus.

Concernant la révision substantielle du décret prévue en 2018, on peut penser qu'elle sera retardée vu les délais nécessaires à la mise en œuvre des étapes préalables annoncées : ajustements du décret en 2016, suites de la programmation, et collecte de données.

1.3. RÉGION WALLONNE

Incontournable, la 6ème Réforme de l'État redessine sur le long terme le paysage des soins et de la santé en Wallonie. S'en sont suivis, notamment, une série d'accords et de programmes politiques que nous détaillons ci-après. Dans ce chapitre, encore, nous explorons non seulement les différentes conséquences législatives et organisationnelles du transfert de compétences (notamment la création du nouvel Organisme d'Intérêt Public santé wallon), mais également les contributions et attentes des acteurs du secteur. Finalement, nous ferons le point sur les chantiers législatifs et institutionnels mis en suspens jusqu'à la création des nouveaux OIP santé wallon et bruxellois.

55 Sébastien Alexandre, Directeur de la FEDITO BxI, communication personnelle, 18/11/2015.
56 Sébastien Alexandre, Directeur de la FEDITO BxI, communication personnelle, 18/11/2015.
57 Parlement francophone bruxellois, Assemblée de la Commission communautaire française, Session 2014-2015, Séance plénière du vendredi 10 juillet 2015, C.R. N°19.

1.3.1. L'HÉRITAGE DE LA 6ème RÉFORME ET DES ACCORDS DE LA «SAINTE-ÉMILIE»

La 6ème Réforme de l'État a impulsé le transfert des compétences en matière de santé et d'action sociale depuis le fédéral vers la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), que les accords dits de la «Saint-Quentin» (1992) ont eux-mêmes transférées vers les Régions. Suite à cette décentralisation en cascade, les représentants des 4 partis traditionnels francophones se sont réunis au cours des années 2012-2013, afin d'établir un projet commun en matière d'organisation des nouvelles compétences relatives à la santé, l'aide aux personnes et les allocations familiales. Les partis ont finalement conclu les accords dits de la «Sainte-Émilie», le 19 septembre 2013. Tel que pensé alors, le projet s'inscrivait clairement dans une volonté de maintenir les «liens privilégiés entre la Wallonie et Bruxelles» et de travailler à une cohérence aussi large que possible des services proposés aux citoyens.

Ces décisions sont consolidées en 2014 par l'accord de coopération-cadre du 27 février 2014[58] passé entre la Communauté française, la Région wallonne (RW) et la Commission communautaire française (COCOF) relatif à la concertation intra-francophone. Cet accord enracine plusieurs éléments décidés par les partis francophones, dont un socle de **principes communs**, la volonté de conclure un «**pacte de simplification**» de la vie des citoyens et celle d'ériger une structure «trait d'union» (c'est-à-dire une structure de **concertation** permanente entre les entités fédérées).

Dès lors, les entités fédérées s'accordent à respecter et appliquer une série de **principes communs** dans l'exercice de leurs compétences. Ces principes énumérés dans le décret du 3 avril 2014 sont :

- «La solidarité entre les personnes et entre les générations sur la base la plus large ;
- L'accès le plus large et le plus similaire possible aux prestations pour tous les citoyens aux niveaux financier, socioculturel et géographique ;
- Le libre choix et la liberté de circulation des acteurs et des usagers ;
- L'implication des interlocuteurs sociaux, des acteurs et des usagers ;
- La responsabilisation des acteurs et des institutions ;
- La liberté thérapeutique ;
- La cohérence et la transversalité des politiques de santé, des aînés et des personnes handicapées ;
- La qualité des prestations, le développement de l'offre en fonction des besoins et la recherche de complémentarités dans l'offre de soins présente sur le territoire des différentes parties, notamment dans l'offre de proximité et la spécialisation de pointe, y compris pour ce qui concerne les conventions de revalidation ;
- La recherche de l'homogénéité maximale entre les politiques développées en Wallonie et à Bruxelles», d'une part, «via la concertation entre parties», et ce, «préalablement à toute décision à portée générale» prise afin de «faciliter la vie des bénéficiaires concernés» (y compris les décisions concernant «les conditions de travail des professionnels des secteurs concernés») ; et d'autre part, via «dans toute la mesure du possible :
    - L'adoption de normes d'agrément de financement et de règles de tarification similaires ;
    - La reconnaissance des mêmes opérateurs dont les mutualités ;
    - La reconnaissance des mêmes partenaires de gestion de ces compétences par les parties ;
    - La création de mécanismes d'échange d'informations et de facturation.
    - La recherche de l'articulation optimale avec la politique fédérale et la sécurité sociale.»

L'accord de coopération-cadre prévoit également la conclusion de plusieurs accords de coopération qui formeront un **pacte de simplification** entre les entités fédérées, et ce, afin qu'un individu domicilié à Bruxelles qui bénéficie de prestations en Wallonie ou qu'un individu domicilié en Wallonie qui bénéficie de prestations à Bruxelles conserve **le même interlocuteur administratif**[59].

Enfin, si chaque entité fédérée conserve sa souveraineté en termes de gestion de ses compétences, l'accord de coopération-cadre prévoit la création d'un **organe de concertation** afin d'assurer la plus grande

58 Lui-même officialisé et adopté par décret le 3 avril 2014 par la FWB.

59 Le pacte de simplification intra-francophone s'inscrit dans une dynamique de simplification administrative impulsée en Wallonie, visant notamment la rationalisation du travail du secteur associatif. Le détail de ces initiatives est développé par après dans le chapitre consacré à la Déclaration de Politique Régionale 2014-2019 du Gouvernement wallon.

cohérence et convergence des politiques de la COCOF et de la RW en matière de soins de santé et d'aide aux personnes. L'accord prévoit une concertation en plusieurs niveaux :

- Le **comité ministériel** sera composé de ministres de la FWB, de la COCOF et de RW. Le comité organise la concertation entre les parties avant l'adoption de tout arrêté ou décret concernant les compétences transférées, ou avant tout accord-cadre avec le secteur non-marchand.
- L'**organe de concertation** sera composé de représentants du secteur de manière équilibrée, à savoir les acteurs institutionnels et ambulatoires, les acteurs publics et privés, les professionnels et les usagers. Les interlocuteurs sociaux interprofessionnels y seront aussi représentés. L'organe a pour mission d'émettre des avis ou des recommandations, à la demande du comité ministériel, d'un ministre ou de sa propre initiative. Le Parlement de la FWB, celui de la RW et l'Assemblée de la COCOF peuvent aussi solliciter l'avis de l'organe de concertation.

Comment tout cela va fonctionner ? Avant tout changement de législation, de réglementation à portée générale, de programmation et dans le cadre de toute concertation sociale relative au secteur «non-marchand», une entité fédérée devra obligatoirement se concerter avec les autres via le comité ministériel, qui ne pourra statuer qu'à partir de l'avis de l'organe de concertation rassemblant les différents partenaires.

À noter que si les accords de la «Sainte-Émilie» établissent que la COCOF et la RW doivent se munir chacune d'un nouvel **Organisme d'Intérêt Public (OIP)** santé ayant une structure semblable, l'accord de coopération-cadre n'en fait quant à lui pas état.

1.3.2. LA DÉCLARATION DE POLITIQUE RÉGIONALE DU GOUVERNEMENT WALLON 2014-2019

Dans la dynamique enclenchée par la 6ème Réforme et par les accords de la «Sainte-Émilie», le Gouvernement wallon a dévoilé en juillet 2014 son programme quinquennal pour la Région, c'est-à-dire la Déclaration de Politique Régionale (DPR) 2014-2019. Nous allons en développer les points les plus pertinents pour le secteur de la santé.

La Wallonie, au même titre que les autres Régions, participe à l'**assainissement budgétaire** du pays. En même temps que ses nouvelles compétences donc, la Région reçoit le budget correspondant, mais celui-ci est revu à la baisse, *grignoté* pour ainsi dire. Si l'on en croit la DPR, les «efforts» prévus porteront sur les dépenses de l'autorité publique et passeront aussi par «l'optimisation des primes et subsides soutenant l'activité économique et le développement territorial»[60]. D'autre part, le Gouvernement a aussi décidé, a priori, de ne pas porter atteinte mais plutôt de «consolider les leviers de développement économique, l'emploi, la cohésion sociale et la qualité de l'environnement.». En effet, il est intéressant de relever que l'emploi et le logement sont les grandes priorités de la DPR, et ce, dans la perspective de lutter contre la précarité et l'exclusion, et d'investir dans la cohésion sociale, voire même dans le «bien-être et [l'] émancipation sociale.»[61]. Ces considérations font écho à la volonté affichée du Gouvernement de vouloir placer les soins et la santé dans une approche globale, c'est-à-dire en tenant compte des déterminants de la santé.

À noter que certains parlementaires de l'opposition ont interpelé le Ministre-Président Magnette, pointant du doigt le flou dans lequel est brodée la DPR, plus particulièrement quant à l'impact budgétaire des mesures annoncées. En réaction, encore, à la DPR au Parlement wallon, le parlementaire écolo Hazée fait remarquer que la limitation des dépenses – ou le gel du budget – n'est pas si anodine. En effet, ces dépenses recouvrent les subsides dont dépendent certaines associations et dès lors leur aptitude à financer des services et emplois. Ceci concerne notamment le secteur de l'aide à la personne, de la prévention des assuétudes, etc.

60 Sauf si précisé, les citations qui suivent au sein de cette partie sont extraites de la DPR 2014-2019.
61 Intervention de Madame Zrihen (Parti Socialiste), Compte rendu Intégral de la session extraordinaire du Parlement wallon du 24 juillet 2014, p. 10.

La DPR 2014-2019 annonce clairement la création future d'un nouvel OIP santé prévu par les accords de la «Sainte-Émilie» et en développe les grandes lignes[62].

En matière de **santé**, la RW hérite donc d'un certain nombre de compétences du fédéral : l'organisation de la première ligne de soins, la prévention et la promotion de la santé, le fond de lutte contre les assuétudes, les institutions de santé mentale[63], les infrastructures hospitalières, et certaines des conventions de revalidation anciennement sous la responsabilité de l'INAMI. D'autres compétences en matière de prévention viendront, elles, de la FWB : dépistages des cancers du sein et colorectal, surveillance des maladies infectieuses et les politiques de prévention de la tuberculose.

L'une des résolutions du Gouvernement est de placer le médecin généraliste comme élément «pivot des parcours de soins du patient». Dans cette perspective, le Gouvernement veut notamment a) développer une plateforme d'échange électronique afin d'optimiser le suivi médical du patient[64] et d'intégrer le médecin généraliste «dans les politiques de prévention et de promotion de la santé» ; b) encourager les médecins généralistes à s'installer dans les zones en pénurie (plus particulièrement rurales) ; c) soutenir les initiatives pluridisciplinaires en maison médicale ou en centre médical, par exemple ; et d) renforcer la concertation entre les acteurs de première ligne et entre les différentes lignes de soins.

Dans **le domaine plus spécifique des assuétudes**, le Gouvernement veut inclure la «problématique des drogues» dans une approche globale qui tiendrait compte des «multiples déterminants de notre santé». Dans cette perspective, il est prévu d'intégrer la promotion de la santé, d'une part, dans un travail de réseautage afin de couvrir au mieux le territoire, et, d'autre part, dans un travail de cohérence et de complémentarité entre les compétences régionales et communautaires. L'approche globale de la problématique des drogues comprendra «des campagnes de prévention, des programmes de réinsertion sociale, la promotion des bonnes pratiques, le soutien aux initiatives de réduction des risques et le recueil de données épidémiologiques relatives à la consommation de drogues». La DPR, enfin, reprend quelques problématiques sur lesquelles le Gouvernement prévoit de se pencher, mais celles-ci ne concernent que les «drogues les plus dures», pour reprendre l'expression de la DPR[65] :

- «Examiner avec le Gouvernement fédéral quel mécanisme mettre en place pour accueillir, sous contrôle médical et accompagnement social, les personnes dépendantes, pour lesquelles des thérapies de sevrage et de substitution n'ont pas encore pu aboutir ;
- Accompagner la création de logements supervisés pour accueillir les personnes dépendantes qui sortent de cure, afin qu'elles soient accompagnées dans leur réinsertion ;
- Évaluer où et à quel coût il pourrait être pertinent de développer en Wallonie le traitement par diacétylmorphine à destination des héroïnomanes de longue durée, réfractaires à tous les autres traitements.», une référence sans aucun doute au projet TADAM mené à Liège.

Plusieurs choses à retirer de ces considérations : d'abord, le Gouvernement wallon semble moins réfractaire – ou en tout cas plus curieux – que le Gouvernement fédéral quant à l'utilisation de la diacétylmorphine en tant que traitement de substitution. Suite aux résultats encourageants du projet TADAM, le député-bourgmestre de Liège, Willy Demeyer, avait en effet déposé le 15 juillet 2014 une proposition de loi visant à modifier la loi de 1921, et ainsi reconnaître légalement le traitement assisté par diacétylmorphine[66]. Car il faut en effet souligner que, si les Régions ont hérité des compétences en matière de santé et de prévention, leurs initiatives en matière de drogues restent conditionnées et limitées par la loi fédérale de 1921. Difficile dès lors de poser les jalons, par exemple, de la légalité des salles de consommation à moindres risques ou de la légalisation du cannabis. Il semblerait cependant qu'avec le transfert de compétences une brèche se soit ouverte. En effet, à Bruxelles en tout cas, de nombreux acteurs semblent favorables à l'ouverture de salles de consommation à moindre risque (SCMR). Et, bien qu'un consensus au niveau fédéral soit peu probable actuellement, la 6ème Réforme de l'État pourrait permettre à la région bruxelloise

62 Les principes et l'organisation du futur OIP santé sont davantage détaillés par après.

63 Les Régions ont déjà hérité, en 1993, de compétences en matière de médecine curative, notamment l'agrément et l'octroi de subventions aux services de santé mentale. En 2014, la modification par décret de la loi spéciale de 1980 attribue aux Régions la gestion des politiques de dispensation de soins de santé mentale, et ce, dans les institutions de soins autres que les hôpitaux.

64 Concernant la plateforme d'échange électronique de données de santé, nous référons le lecteur à la partie dédiée aux modifications du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, ci-après.

65 Nous préférons, et nous pensons nécessaire de le rappeler, parler d'usage doux et d'usage dur plutôt que de «drogues douces» et de «drogues dures».

66 Cette proposition a été rejetée le 31 mars 2015.

des initiatives en termes de prévention. Ainsi, comme l'énonce Alain Maron, député écolo au parlement bruxellois, «[...] si le fédéral ne bouge pas, la Région pourrait le faire en mettant autour de la table des acteurs de terrain, des experts, la police et voir si c'est envisageable que la Cocom subventionne la Région, via ses nouvelles compétences, avec l'accord du parquet.» (DH.be, 2015).

En matière de **santé mentale**, le Gouvernement a pour projet a) d'encourager la concertation entre les différents dispositifs régionaux en santé mentale et b) de mettre la priorité sur le «mal-être des jeunes» en coopération avec la FWB qui reste compétente dans les matières qui touchent à l'enfance et aux adolescents.

Le Gouvernement souhaite également renforcer la **cohésion sociale** et soutenir les initiatives associatives dans ce sens. Il est donc prévu que les plans de cohésion sociale (PCS) se poursuivent. Les PCS feront l'objet d'une simplification administrative «pour en alléger les procédures de suivi»[67]. Plus spécifiquement, le Gouvernement place ses priorités dans : la réinsertion socioprofessionnelle, l'offre de logements publics, la lutte contre le surendettement, l'accès aux soins de santé aux plus fragilisés et la politique de relogement prioritaire pour les sans-abris[68].

Pour ce qui est du **milieu associatif**, d'une part, le Gouvernement exprime sa volonté de veiller à une bonne mise en œuvre de la charte associative[69]. Cette charte affirme la reconnaissance par les autorités publiques du secteur associatif et du principe de non-concurrence avec le secteur public. Elle établit plus largement les rapports de complémentarité et d'évaluation entre les pouvoirs publics et le milieu associatif. Dans le giron de la charte, la DPR annonce a) la mise en œuvre de l'accord de coopération entre la FWB, la RW et la COCOF pour l'application des engagements de la charte, b) l'évaluation de ladite application à mi-législature, et c) l'encouragement des pouvoirs locaux à décliner la charte localement.

D'autre part, le Gouvernement souhaite soutenir l'action associative, et ce, de plusieurs manières. D'abord en facilitant «le développement de projets intersectoriels», notamment «en permettant aux opérateurs d'introduire un dossier unique auprès de l'administration». Ce soutien gouvernemental passera aussi par une simplification administrative, qui devrait libérer du temps de travail. Pour cela, le Gouvernement prévoit :

- Une série d'optimalisation dans les interactions entre l'administration et les associations subventionnées : «réduction des délais de paiement, application du principe de confiance, justificatifs, agrément globalisé...» ;
- L'harmonisation «[d]es modes de justification, de liquidation et de contrôle des subsides, [d]es modes d'évaluation (notamment les rapports d'activités), [d]es processus de contrôle» ;
- Le recours à «des formulaires électroniques intelligents identiques pour les dossiers de demande de reconnaissance ou de subventionnement» ;
- L'encouragement à «la concertation entre les administrations de la Région wallonne, la FWB, la COCOF et la COCOM, pour la récolte d'informations auprès des acteurs associatifs.»

Toujours dans la perspective de simplifier et réduire les exigences administratives, un nouveau modèle de rapport d'activités allégé a aussi été élaboré par le Ministre Prévot et son équipe, l'idée étant de rationnaliser le temps et l'énergie investis dans les procédures administratives de gestion des associations[70]. Les modèles sont désormais validés et seront en ligne pour la fin décembre 2015. Selon Brigitte Bouton de la DGO5[71], la création d'une plateforme d'échange électronique des données de santé devrait avoir à terme pour effet la facilitation des rapports administratifs[72].

Enfin, le soutien à l'action associative comprend également les intentions de a) «pérenniser la concertation tripartite avec les partenaires sociaux du secteur non-marchand», et b) «veiller à la cohérence entre les

67 Actuellement, nous n'avons pas connaissance que des modifications du PCS wallon soient prévues. Le PCS 2014-2019 suit son cours.
68 Intervention de Madame Zrihen (Parti Socialiste), Compte rendu Intégral de la session extraordinaire du Parlement wallon du 24 juillet 2014.
69 Charte associative du 12 février 2009.
70 Cf. le site officiel de Maxime Prévot, «De réelles avancées pour le secteur associatif !», URL : http://prevot.wallonie.be/de-r-elles-avanc-es-pour-le-secteur-associatif (28/07/2015).
71 Communication personnelle, 02/11/2015.
72 Le décret du 16 octobre 2015 institue cette plateforme au sein du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé (cf. partie ci-après sur les modifications dudit Code).

accords sociaux conclus aux différents niveaux de pouvoir via l'organe de concertation mis en place dans le cadre des accords de la Sainte-Émilie.»

Dans la perspective d'améliorer l'efficience des politiques publiques, le Gouvernement expose également quelques principes de **bonne gouvernance** qu'ils devront satisfaire, dont :

- L'expansion du principe de pilotage permanent comprenant l'élaboration d'une planification et des objectifs poursuivis, ainsi que des procédures d'évaluation régulières qui permettent le réajustement des politiques en cours ;
- La «simplification et [la] réduction du nombre de structures publiques et parapubliques, régionales et locales» sur base de leur évaluation ;
- La réforme de la fonction consultative ;
- La vigilance globale vis-à-vis des conflits d'intérêts ou de mandat ;
- L'évaluation annuelle des «politiques publiques menées et l'état de la Wallonie sur base d'indicateurs de développement humain et social complémentaire au PIB» ;
- ...

Les principes de bonne gouvernance s'étendent à la **gouvernance budgétaire et fiscale** dont on trouve un exemple d'application dans le projet de décret concernant la création de l'Agence wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles.

En matière de **prévention et de sécurité**, le Gouvernement place celles-ci dans la dynamique de renforcement de la cohésion sociale, du «vivre ensemble» et de l'amélioration du sentiment de sécurité. L'idée est de donner la priorité à la «prévention et [au] dialogue». À cette fin, le Gouvernement entend encourager le travail concerté et en réseau entre «les services communaux de prévention, les services de la police locale, la justice et les associations tant culturelles que sportives ou sociales.». De plus, le Gouvernement, souhaitant valoriser et maintenir «le rôle des communes dans l'organisation des politiques de prévention et de sécurité», escompte se concerter avec l'autorité fédérale afin de conserver les moyens fédéraux alloués aux communes pour la police de proximité, les politiques de prévention et les gardiens de la paix.

Sur le plan des relations entre les entités régionales et européennes, le Gouvernement wallon souhaite, d'une part, travailler en concertation avec la **Communauté germanophone** afin d'offrir les mêmes services publics aux germanophones, dans une perspective évidemment non-discriminatoire vis-à-vis des autres citoyens de la Wallonie ; d'autre part, s'inscrire dans les dynamiques **européennes**, entre autres en mettant «tous les moyens en œuvre pour transposer les directives européennes qui concernent des matières régionales dans les délais».

1.3.3. CRÉATION DU NOUVEL ORGANISME D'INTÉRÊT PUBLIC SANTÉ WALLON : L'AGENCE POUR UNE VIE DE QUALITÉ (AVIQ)

Afin de gérer au mieux ces nouvelles compétences transférées dans le cadre de la 6ème Réforme de l'État, et de garantir une certaine cohérence intra-francophone, les accords de la «Sainte-Émilie» prévoient que la région de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne se dotent chacune d'un organe de gestion semblable. En RW, il est donc prévu de créer un **Organisme d'Intérêt Public (OIP) santé/personnes âgées/personnes handicapées** qui se saisira des nouvelles compétences en matière de santé et absorbera les OIP et services administratifs jusqu'alors compétents. Les organes de gestion de cet OIP intégreront les représentants de l'ensemble des secteurs concernés, en «respectant un certain pluralisme à travers les équilibres entre acteurs institutionnels et ambulatoires, acteurs publics et associatifs/privés, professionnels et usagers.»[73].

> Principes et fondements de l'AViQ

Ainsi, le Gouvernement a décidé de plancher sur la création du nouvel OIP santé wallon. Après avoir rencontré les acteurs des secteurs concernés au sujet de la structure et de l'organisation de l'Agence[74] au

73 Accords de la «Sainte-Émilie» et DPR de la Région Wallonne 2014-2019.
74 Projet de décret relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles, Parlement wallon, 30 octobre 2015.

cours du 2ème trimestre 2015, l'avant-projet de décret a été présenté en juillet 2015 en première lecture au Parlement wallon. À l'heure où ces lignes sont écrites, le décret instituant le futur OIP santé a été voté en séance plénière par le Parlement wallon (2 décembre 2015). Ainsi, dans les limites fixées par la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles et du décret du 11 avril 2014 relatif au transfert de compétences de la FWB aux Régions, le projet de décret énonce les matières du futur OIP comme suit :

- La politique de santé ;
- La politique familiale ;
- La politique des handicapés ;
- La politique du troisième âge ;
- Les prestations familiales.

Sa mise en place est initialement prévue pour le 1er janvier 2016 et s'enracinera dans le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé. Nous présentons ici le projet de décret auquel le Parlement a donné son accord[75]. Le ministre Prévot a également annoncé quel serait le nom usuel de l'Agence : l'**AViQ, pour Agence pour une Vie de Qualité**[76].

Ainsi, comme présenté par le projet de décret du Gouvernement wallon, l'Agence succède aux droits, obligations, biens et charges :

- de l'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH) ;
- des services du Gouvernement wallon en ce qui concerne la politique de santé, la politique familiale et la politique du 3ème âge ;
- des services du Gouvernement de la FWB qui concernent la santé ;
- de l'INAMI ;
- du Service Public Fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, pour ce qui concerne la politique de santé ;
- du SPF Sécurité sociale pour ce qui concerne l'allocation aux personnes âgées ;
- de l'Agence fédérale pour les allocations familiales (FAMIFED).

L'Agence sera basée à Charleroi et emploiera environ 800 personnes transférées depuis les OIP absorbées par l'Agence, dont entre autres les 400 agents de l'AWIPH, 250 agents venant du fédéral et environ 25 venant de la FWB ; autrement dit seront transférés : des membres du personnel du Service public de Wallonie (SPW), de la Direction générale de la santé du ministère de la Communauté Française (la DGO5, environ 110 agents[77] sur base volontaire), de l'INAMI, de FAMIFED, du SPF Sécurité sociale et du SPF Santé publique.

L'organe faîtier de l'Agence devrait se composer de 3 entités : le Conseil général, le Conseil de stratégie et de prospective, et le Conseil de monitoring financier et budgétaire. L'Agence sera également dotée d'un dispositif d'audit interne.

Les missions de la future Agence se déclinent en trois branches ayant chacune des thématique propres : a) les politiques en matière de soins et de bien-être (c'est-à-dire le remboursement de prestations de sécurité sociale en santé en maison de repos et de soins, l'organisation de la première ligne d'aide et de soins, la prévention et la promotion en matière de santé) ; b) la politique du handicap ; c) les politiques familiales.

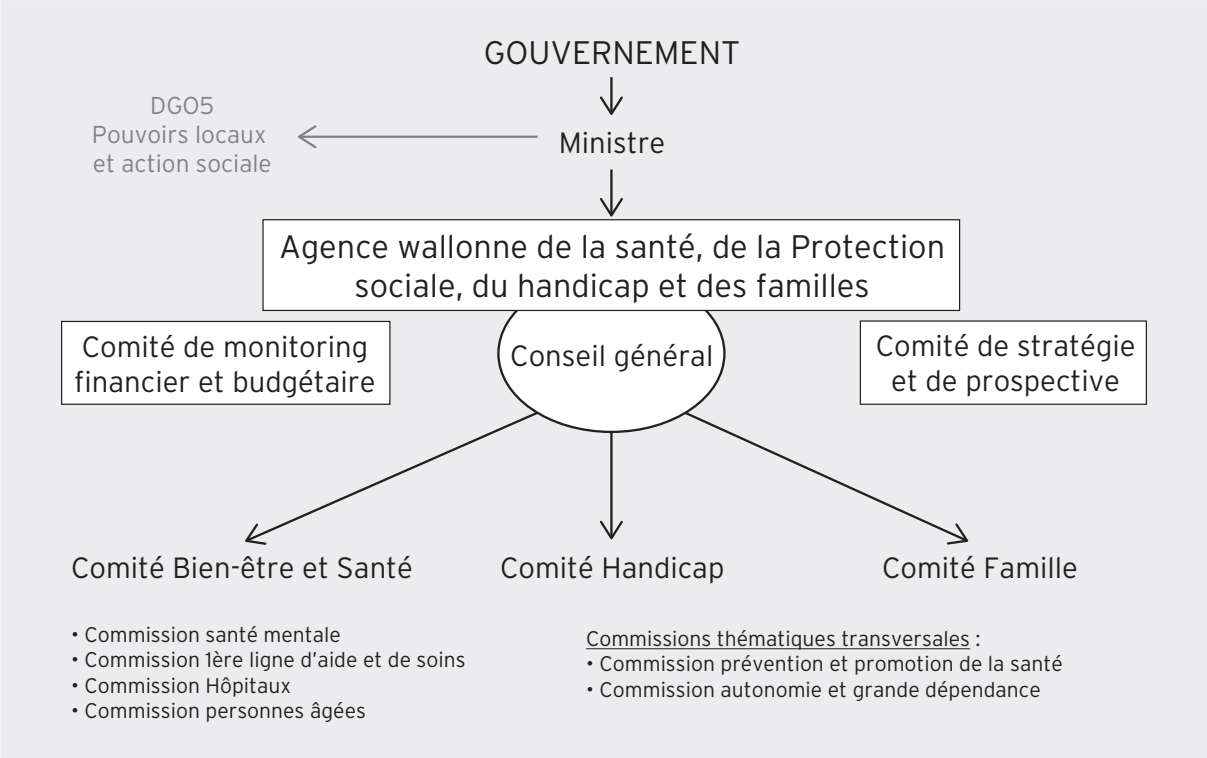
L'administration journalière de l'Agence sera gérée par un administrateur général assisté de son adjoint et des inspecteurs généraux responsables de branches, chacun pour la branche qui le concerne. D'autre part, le Parlement fixera annuellement le budget alloué, au moyen du décret budgétaire régional, aux missions non paritaires.

75 Les informations reprises ci-après sont issues du compte rendu intégral de la Commission des travaux publics, de l'action sociale et de la santé du Parlement wallon, du 15 juillet 2015, et du projet de décret relatif à la création du nouvel OIP santé, présenté au Parlement wallon le 30 octobre 2015.

76 Site officiel de Maxime Prévot, article du 2 décembre 2015, «L'AViQ, l'Agence pour une Vie de Qualité ! Création de l'Agence wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles».

77 Au sujet de la DGO5, le ministre Prévot déclarait lors de la séance publique de la Commission des travaux publics, de l'action sociale et de la santé du 15 juillet 2015 que les pouvoirs locaux et tout ce qui «ne rentre pas dans le champ d'action sociale de l'OIP Santé, Handicap et Famille» resteraient aux mains de la DGO5 du SPW.

Figure 2 : Dispositif organisationnel d'AViQ



Source : Powerpoint de présentation du projet de nouvel OIP santé au Gouvernement wallon, Ministre Maxime Prévot, le 2 juillet 2015.

Le Conseil Général

Le Conseil général aura pour missions de :

1. Tenir la comptabilité de l'Agence, de veiller à une gestion commune des budgets et de répartir ceux-ci entre les trois comités de l'Agence ;
2. Assurer la cohérence et la coordination de la gestion des comités de l'Agence. Il arbitre les conflits de compétences et les conflits d'intérêts entre les comités de l'Agence[78] ;
3. En concertation avec les comités, le Conseil détermine les orientations politiques générales, et développe et met en place des politiques transversales. Il assure donc une vision globale de l'action de l'Agence et une vision stratégique qu'elle développe sur base des impulsions et balises données par le Gouvernement wallon.
4. Enfin, il sera l'interlocuteur du ministre de tutelle dans le cadre de la négociation du plan et du contrat de gestion à venir.

La composition du Conseil se veut paritaire et réunit donc les représentants de différents organismes, qui auront voix délibérative (sauf si le contraire est précisé[79]). À noter cependant que si les déclarations du Ministre Prévot font régulièrement mention de la volonté de consulter et d'inclure les partenaires et acteurs de terrain des secteurs concernés, ceux-ci ne sont pas repris dans la composition des instances paritaires telles que présentées dans le projet de décret (si ce n'est dans la branche «Handicap» où les usagers et les proches d'usagers sont représentés).

78 Ce point sera abordé plus bas.
79 Cette remarque vaut pour l'ensemble des compositions détaillées ci-après.

La répartition est donc prévue comme suit :
- 5 représentants des organisations d'employeurs et d'indépendants désignés sur proposition du Conseil économique et social de Wallonie (CESW) ;
- 5 représentants des organisations syndicales également désignés sur proposition du CESW ;
- 5 représentants de l'autorité, autrement dit des représentants des partis francophones en application de la clé d'Hondt[80] ;
- 3 représentants des organismes assureurs qui auront d'abord une voix consultative jusqu'au plus tard le 1er janvier 2017, avant d'avoir également une voix délibérative ;
- Et enfin les présidents des Comités des 3 branches, l'administrateur général, son adjoint et les inspecteurs généraux qui assistent aux réunions et sont uniquement dépositaires de voix consultative.

Les trois branches de l'Agence

L'agence sera également composée de trois branches : «Bien-être et santé», «Handicap» et «Familles», chacune gérée par un comité portant le même nom.

La branche «Bien-être et Santé» étant a priori la plus pertinente concernant le secteur des assuétudes, celle-ci sera davantage développée. Le comité «Bien-être et Santé» sera compétent pour les politiques de la santé, familiale et du 3ème âge. Sa composition est inspirée des principes régissant le Comité de l'assurance de l'INAMI[81].
- 12 représentants des organisations professionnelles du secteur d'aide et des soins, ainsi que des organisations représentatives des prestataires d'aide et de soins et des fédérations d'établissements d'aide et de soins, dont au moins un représentant des secteurs de la prévention et de la promotion de la santé ;
- 12 représentants des organismes assureurs ;
- 5 représentants de l'autorité selon l'application de la clé d'Hondt ;
- 2 représentants des organisations d'employeurs et d'indépendants ;
- 2 représentants des organisations syndicales.

Mis à part les représentants de l'autorité, les membres de ce Comité sont désignés sur proposition des organisations concernées et du CESW, et nommés par le Gouvernement.

Le Comité 1) gère le budget de la branche «Bien-être et santé» ; 2) approuve sur proposition des commissions composant la branche et des commissions transversales, et après avis du Conseil de monitoring financier et budgétaire, les conventions de revalidation des centres spécialisés de rééducation et revalidation, pour lesquelles le ministre de tutelle dispose d'un droit de veto – auquel cas le Gouvernement exercerait les compétences du Comité ; 3) développe des synergies à travers les commissions transversales.

Si les autres comités sont laissés à leur appréciation pour instaurer des commissions subrégionales de coordination, le projet de décret prévoit d'emblée les commissions qui composeront le Comité «Bien-être et Santé». Ses commissions auront pour mission de 1) négocier et conclure des conventions, 2) proposer des conventions de revalidation au Comité de sa branche et 3) déterminer les besoins de financement (sauf en ce qui concerne la Commission «Accueil et hébergement des personnes âgées»). Leurs membres seront désignés pour 5 ans. Quatre commissions sont prévues :
- La Commission 1ère ligne d'aide et de soins sera compétente en matière d'organisation des aides et des soins de santé de 1ère ligne et en matière de soutien aux professions d'aides et de soins de santé de 1ère ligne. Elle sera composée, de manière égale, d'une part de représentants désignés par les organisations professionnelles du secteur de l'aide et des soins de 1ère ligne, et par les organisations représentatives des services d'aide et de soins de 1ère ligne (ou de leurs gestionnaires) et, d'autre part, d'un groupe de représentants des organismes assureurs ;
- La Commission Hôpitaux ;
- La Commission Santé mentale est compétente en matière de politique de dispensation des soins de santé mentale dans les hôpitaux psychiatriques, dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux, dans les institutions de soins autres que les hôpitaux et en dehors des institutions de soins.

80 La clé d'Hondt est un système de calcul selon lequel chaque parti politique est représenté proportionnellement au nombre de voix en sa faveur. Ce système favorise le multipartisme au sein des instances de décision.

81 Compte rendu intégral de la séance publique de la Commission des travaux publics, de l'action sociale et de la santé du 15 juillet 2015.

Elle sera composée d'un nombre égal, d'une part, de membres désignés par les organismes assureurs et, d'autre part, de membres désignés par les organisations professionnelles du secteur de la santé mentale et par les organisations représentatives des hôpitaux, établissements ou services de santé mentale ou de leurs gestionnaires ;
- La Commission Accueil et hébergement des personnes âgées.

Et puisque la volonté du Gouvernement fédéral et des gouvernements fédérés est d'assurer une certaine synergie et cohérence au sein des politiques et donc du secteur de la santé, des commissions transversales seront créées. Il est également prévu que les commissions «Bien-être», «Handicap» et «Familles» siègent ensemble, sur impulsion du Gouvernement, au cas où des intérêts communs les rassemblent autour de l'une ou l'autre question. De même, ce principe de collaboration est aussi vrai concernant les commissions transversales (détaillées ci-après) qui peuvent siéger ensemble ou en compagnie d'une ou plusieurs commission(s) thématique(s).

Commission (transversale) prévention et promotion de la santé

Une première commission transversale est commune aux branches «Bien-être et Santé» et «Familles». Ses missions sont 1) de conclure des conventions en matière de prévention et de promotion de la santé, et 2) d'évaluer les moyens budgétaires en ces matières. Elle sera composée d'un nombre égal de membres :
- Désignés sur proposition des organisations représentatives des prestataires dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé ;
- Désignés sur proposition des organismes assureurs.

Commission (transversale) autonomie et grande dépendance

La commission «autonomie et grande dépendance», quant à elle, regroupe les Comités «Bien-être et Santé» et «Handicap». Ses missions consistent à 1) conclure des conventions liées à l'assurance autonomie[82], 2) proposer aux Comités «Santé et Aînés» et «Handicap» des accords relatifs aux aides à la mobilité sur base des travaux de la commission technique[83] et 3) faire des propositions en matière de couverture des besoins liés à la perte d'autonomie. Elle sera composée de :
- 3 représentants des organisations professionnelles du secteur de l'aide et des soins et des organisations représentatives des hôpitaux, établissements ou services d'aide et de soins ou de leurs gestionnaires désignés par les membres du Comité «Bien-être et santé» ;
- 3 représentants des fédérations d'institutions et de services qui s'adressent à des personnes handicapées désignés par les membres du Comité «Handicap» ;
- 3 représentants des associations représentatives des personnes handicapées et de leur famille désignés par les membres du Comité «Handicap» ;
- 3 représentants des organismes assureurs désignés par les membres du Comité «Bien-être et santé».

Conseil de stratégie et de prospective

Le conseil de stratégie et de prospective assurera la **fonction consultative**, en héritage du Conseil Wallon de l'Action Sociale et de la Santé (CWASS). Il est composé d'un Collège central de stratégie et de prospective, d'une part, et de groupes d'experts, d'autre part (de 10 à 20 experts selon les thématiques concernées, désignés par le Gouvernement wallon). Ainsi, le Collège susmentionné se composera de :
- 2 représentants de chaque comité désignés par celui-ci ;
- 4 représentants des organisations syndicales désignés sur proposition du CESW ;
- 4 représentants du banc patronal et des organisations des travailleurs indépendants, désignés sur proposition de CESW ;
- 12 membres reconnus pour leur expertise particulière dans les matières gérées par l'Agence, désignés par le Gouvernement ;
- 1 membre du personnel de l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS), désigné par le Gouvernement.

82 L'assurance autonomie sera mise en place pour le 1er janvier 2017, elle en est donc encore à l'étape de construction.
83 Composée de membres désignés par, d'une part, les représentants des associations représentatives des pharmaciens et bandagistes et, d'autre part, les organismes assureurs.

Les experts sont désignés par le Collège central de stratégie et prospective parmi une liste d'experts établie par le Gouvernement wallon après appel à candidature et sur proposition du Collège. La liste comporte de manière paritaire des représentants du monde scientifique, des organismes assureurs, des caisses d'allocations familiales, des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, de l'ensemble des travailleurs indépendants et de l'ensemble des travailleurs salariés, des organisations professionnelles représentatives et des organisations représentatives des gestionnaires des établissements, services et institutions, et des usagers. Chaque domaine de l'Agence est représenté de manière équilibrée parmi les experts.

L'objectif principal du Conseil de stratégie et de prospective est de développer une vision stratégique transversale des matières pour lesquelles l'Agence est compétente. Pour cela, le Conseil va :

1. Opérer une veille des développements des politiques en matière de santé au sein des différents niveaux de pouvoir (fédéral, fédéré, européen et international) et en évaluer la cohérence ;
2. Évaluer de manière qualitative et quantitative l'éventail des structures œuvrant dans le cadre des politiques concernées et formuler des propositions en vue du développement de ces structures. Autrement dit, le Conseil proposera des recommandations à long terme, en anticipation des besoins des citoyens ;
3. Émettre un avis sur les politiques et les textes à portée générale (décrets, arrêtés, ...), en complément des avis émis par le CESW, soit à la demande du Gouvernement, du Conseil général ou d'un Comité, soit de sa propre initiative.

Les demandes d'avis seront traitées par le Collège lorsqu'il s'agit d'avis généraux et par un groupe d'experts lorsqu'il s'agit d'avis sur des matières spécifiques. Pour remplir ses missions, le Collège peut donc faire appel à un groupe d'experts rassemblés autour de la thématique concernée. Enfin, le Collège est garant de la cohérence des avis rendus par le Conseil.

Telle que l'a expliquée le Ministre Prévot dans son exposé portant sur la création du nouvel OIP santé, le 15 juillet 2015 au Parlement wallon, l'idée sera de constituer, à chaque fois que nécessaire et par «recrutement», un groupe de travail ad hoc (contrairement à des groupes permanents, donc) composé des interlocuteurs concernés (usagers, ligues de proches des usagers, professionnels, acteurs de terrain...) et réuni soit sous l'impulsion du ministre compétent, soit des acteurs de terrain. Le Conseil de stratégie et de prospective s'appuiera sur un service qui en dépendra directement et intégrera donc également l'Observatoire wallon de la santé (logé à la DGO5) et le service d'étude de FAMIFED, et ce, notamment afin de ne pas multiplier les instances émettrices d'avis.

Le CESW sera quant à lui compétent pour a) les politiques transversales qui dépassent les compétences de l'Agence (notamment l'évaluation des accords sociaux du non-marchand) et b) pour les avant-projets de décrets liés aux compétences de l'Agence.

Conseil de monitoring financier et budgétaire

Le principe fondateur d'un tel conseil est la volonté d'assurer une certaine transparence budgétaire au sein d'un OIP en charge d'une telle multiplicité de responsabilités budgétaires, et plus particulièrement en charge des allocations familiales. Le Conseil de monitoring financier et budgétaire incarne donc l'ambition d'une gestion meilleure des moyens budgétaires. En vertu de ces principes, le Conseil est entre autres associé au processus de préparation du budget, chargé d'émettre un avis sur toute question budgétaire que lui soumettent le Gouvernement, le Conseil général ou les Comités. Enfin, il est chargé de l'évaluation des recettes et dépenses de l'AViQ.
La Conseil est composé d'un représentant de chaque comité, de 3 experts budgétaires et financiers, d'un inspecteur des finances (de l'Inspection des finances), d'un représentant de la Cour des Comptes et d'un délégué de l'Administration du budget de la Région.

Avant de poursuivre, signalons que le Conseil général et les deux Conseils devront se soumettre à une règle commune : tous les 5 ans, ces trois organismes devront transmettre au ministre une évaluation basée sur le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé.

Dispositif d'audit interne

Ce dispositif est chargé d'une part «d'assister le Conseil général et les Comités [...] dans leurs activités de supervision» et, d'autre part, «de leur fournir une assurance quant au degré de maîtrise des risques et des opérations et activités gérées par l'Agence». Il comprend un comité d'audit indépendant et une cellule d'audit interne.

Ainsi, le comité d'audit indépendant se réunit 4 fois par an et est composé : du président du Conseil général et de deux experts externes et indépendants de l'Agence, choisis en fonction de leurs compétences en termes d'audit interne. Ces derniers sont désignés par le Gouvernement sur proposition du Conseil général.

Le comité d'audit dispose d'un département d'audit interne (ou «cellule d'audit interne») qui est chargé de la gestion des missions du comité d'audit concernant notamment les questions d'audit interne, les questions de démarche qualité, les certifications de compte et le «risk management». En plus de la mise en place de l'audit interne prévu par le décret, le comité assurera celle d'un dispositif de contrôle. Une procédure d'évaluation permanente de la structure administrative fera également partie des prérogatives du dispositif.

> Enjeux et points d'attention

Nombre des décisions prises dans le cadre de l'Accord de coopération-cadre sont à l'origine de procédures ou d'institutions dont les missions leur sont dédiées. L'un des dommages collatéraux du transfert de compétences pourrait être l'éclatement et la complexification des politiques entre les différents niveaux de pouvoir fédéral et fédérés. C'est sans doute pourquoi une préoccupation récurrente qui marque les travaux fondateurs du nouvel OIP est d'inscrire celui-ci dans une dynamique de concertation intra-francophone (et au-delà si possible). Travailler à une meilleure cohérence des politiques et des services de santé proposés aux individus garantirait la **liberté de choix et de circulation** de ces derniers. Et plus qu'un principe de cohérence, c'est aussi vers plus de simplicité administrative que le Gouvernement veut tendre[84]. Dès lors, une série de mécanismes consultatifs est prévue afin de garantir une veille politique quant à la cohérence des décisions prises par les différents niveaux de pouvoir. La concertation intra-francophone[85] est actuellement prévue par le projet de décret, sous la forme d'un Conseil de stratégie et de prospective qui sera l'un des organes faîtiers de la future Agence et assurera une veille législative. Ce même projet inscrit dans ses pages l'instauration de commissions transversales afin de travailler à la cohérence et la transversalité des politiques de santé, des aînés et des personnes handicapées. La création d'un organe de concertation est prévue quant à elle par l'Accord de coopération-cadre ; sa mission sera de garantir la cohérence des décisions prises en matière de santé par la COCOF, la Région wallonne et la FWB. Enfin, l'accord du gouvernement du 9 octobre 2014 entend impulser la constitution d'un «Institut du futur» qui, lui, veillerait à la cohérence interfédérale.

Un autre principe qui parcourt le projet de décret et les travaux entourant la création de l'Agence est celui de la **bonne gouvernance**. Plusieurs éléments entrent dans ce projet :

- La distinction entre les missions paritaires et non-paritaires[86] : l'Agence devrait regrouper à la fois l'administration, la fonction régalienne (décisionnelle) et la fonction consultative. Le Conseil général et les comités au sein des branches assureront la fonction paritaire. Les fonctions relevant de la gestion paritaire seront donc distinguées de celles relevant de la fonction consultative et de la gestion administrative. Cette dernière dépend en effet elle-même de l'autorité en ligne directe du ministre de tutelle. La particularité de la future Agence provient de son caractère hybride, c'est-à-dire qu'en fonction des matières gérées par le nouvel organisme, celui-ci pourra être assimilé à un OIP de type A ou de type B[87], ou à une institution publique de sécurité sociale. Le caractère hybride se traduit au niveau de la structure budgétaire par la double distinction : d'une part, une distinction entre le budget de gestion et le budget des missions et, d'autre part, au sein même du budget des missions, une

84 À ce sujet, la Fédito wallonne, dans son Mémorandum 2014, recommande la poursuite du travail d'harmonisation et simplification administratives en concertation avec les représentants du secteur.

85 Instituée par l'accord de coopération-cadre du 27 février 2014 passé entre la FWB, la RW et la COCOF relatif à la concertation intra-francophone.

86 Les missions non-paritaires étant celles qui ne s'opèrent pas par l'intermédiaire d'un organisme assureur ou d'une caisse d'allocations familiales en tant qu'organismes de paiements.

87 Comme l'AWIPH ou l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) par exemple.

distinction entre le budget dévolu aux missions paritaires et celui dévolu aux missions qui ne sont pas paritaires[88].

- Les procédures de contrôle et d'évaluation : l'Agence sera notamment suivie par le Conseil de monitoring financier et budgétaire ; le projet de décret prévoit également un dispositif d'audit interne et une procédure d'évaluation de la structure administrative. Concernant l'évaluation interne de l'OIP, encore, le Conseil général, le Conseil de stratégie et prospective et le Conseil de monitoring financier et budgétaire ont pour obligation de remettre une évaluation au ministre de tutelle tous les 5 ans (au milieu de chaque législature) ou à la demande expresse du ministre. Enfin, la signature future d'un contrat de gestion de l'Agence impliquera l'obligation décrétale d'une procédure d'évaluation.
- Absence de jetons de présence : l'idée initiale est de ne pas multiplier les revenus salariaux des personnes sollicitées dans le cadre du nouvel OIP qui travailleraient déjà pour une structure extérieure, quelle qu'elle soit. La question subsiste cependant de savoir si une telle mesure entraînerait des inégalités au sein des représentants présents à un même comité, commission ou groupe d'experts, sachant que leurs revenus, leur charge de travail, leur situation salariale ou encore leur temps de travail ne seront pas forcément égaux à la base.
- Gestion des conflits de compétences et d'intérêts : effectivement, le projet de décret établit d'une part la règle selon laquelle un membre d'un comité ou d'une commission, dans le cas où la matière délibérée serait l'objet de conflits d'intérêts, directs ou indirects, patrimoniaux ou personnels, sera exclu de toute délibération qui concernerait ladite matière. Et, d'autre part, le décret confie le rôle de gestion des conflits de compétences et d'intérêts au Conseil Général. Enfin, les décisions à caractère individuel ne feront pas l'objet d'un avis consultatif mais seront du ressort de la gestion administrative.

Ensuite, la création de l'Agence s'accompagne d'une mise à neuf de la **fonction consultative**. Une réforme de cette dernière, impulsée par le Ministre-Président Paul Magnette, est en effet en cours de préparation en Wallonie, l'idée étant de rationaliser et diminuer le nombre de conseils, commissions et comités d'avis, afin d'éviter tout doublon consultatif[89]. Entre autres, le CESW demande la clarification des compétences entre la fonction consultative du futur OIP et celles qui incombent au CESW, afin d'éviter les redondances (CESW, 2015).

Un point d'attention est à relever en ce qui concerne la gestion des **conflits d'intérêts et de compétences** : la question est de savoir si ce que le décret prévoit sera suffisant. En effet, les modalités selon lesquelles le Conseil arbitrera de tels conflits restent indéterminées. Sachant, qui plus est, que le secteur de la santé est d'une taille relativement petite, le nombre d'opérateurs est donc limité. Dès lors, les différentes casquettes des opérateurs peuvent rapidement entrer en conflits. On peut aussi poser la question des rapports de force entre les structures représentées, par exemple entre des organismes privés et des petites structures associatives (Mormont, 2015). Le CESW, de son côté, demande également la clarification des procédures et instances de contrôle.

La question de la **représentativité** a également trouvé écho auprès de plusieurs instances. En effet, celles-ci ont exprimé leurs inquiétudes concernant la représentation de certains acteurs sociaux. Notamment, le Conseil économique et social de Wallonie[90] et Marinette Mormont du journal Alter Echos (2015) interrogent l'équilibre de la représentativité des acteurs du secteur, des usagers et des proches d'usager dont la présence, au moins au sein des organes de gestion de l'Agence, fait partie des accords de la «Sainte-Émilie». Et si la question de la représentation des usagers et proches d'usager semble être réglée en ce qui concerne la branche «Handicap», ce n'est pour le moment pas le cas pour ce qui est des autres branches. De plus, plusieurs syndicats s'estiment minorisés dans les branches spécifiques.[91] Il est à craindre que la problématique de la représentativité ait une incidence directe sur la cohérence des politiques en matière de santé au niveau intra-francophone. Corolairement aux questions de représentativité et de cohérence des politiques au niveau francophone – et au-delà, entre les Régions et communautés linguistiques – et afin de garantir la liberté de choix et de circulation des usagers, la Fédito wallonne recommande d'instaurer une concertation des acteurs de terrain au sein des structures de gestion, non seulement de l'Agence, mais aussi du CWASS et du futur organe de concertation intra-francophone[92].

88 Avant-projet de décret pour la création du nouvel OIP en première lecture.
89 LaLibre.be (2015).
90 CESW (2015).
91 Interpellation de M. Daele au ministre Prévot au Parlement wallon, le 15/07/2015.
92 Fédito wallonne, Mémorandum 2014.

Enfin, une question fondamentale pour le futur du secteur de l'assuétude subsiste : où vont donc se retrouver les **assuétudes** au sein de la future Agence ? Le secteur des assuétudes aspire à ce que leur domaine d'expertise conserve une place à part entière dans le processus de création de l'OIP santé, et ne soit dès lors pas dilué dans un autre secteur (comme la santé mentale, par exemple). Comme le formule très bien la Fédito bruxelloise : «[...] les matières «drogues» ne se limitent ni aux assuétudes liées à la santé mentale, ni à la substitution médicale, ni à l'accompagnement social, ni à la réduction des risques, ni encore à la prévention. Les matières drogues font appel à toutes ces pratiques et à tous les partenaires qui en découlent [...].» (Alexandre, 2015). Étant donné la tendance actuelle, telle qu'elle l'est du côté néerlandophone, à intégrer les assuétudes à la santé mentale, et au vu du flou persistant de la situation, nombre d'acteurs de 1ère, 2ème et 3ème ligne sont dans l'attente d'éclaircissements, et rappellent régulièrement qu'assuétudes et problèmes de santé mentale ne vont pas forcément et inévitablement de pair. Ainsi, si le secteur défend la nécessité d'une concertation avec les structures de santé mentale, il tient néanmoins à conserver son identité et ses spécificités. Il semblerait cependant, comme nous l'avons déjà écrit dans la partie dédiée à Iriscare en région bruxelloise, que les assuétudes pourraient être traitées de manière transversale, dans la commission «prévention et première ligne», la commission «revalidation» et la commission «santé mentale». Le thème «drogues», quant à lui, serait discuté au sein de diverses commissions[93].

1.3.4. LES MODIFICATIONS DU CODE WALLON DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ

Le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé devrait connaître des modifications au cours des mois à venir. Ainsi, en premier lieu, la création du nouvel OIP santé s'accompagnera de modifications conséquentes du Code wallon, notamment via l'abrogation des articles 1 à 30 qui fondait jusque-là le Conseil wallon de l'Action sociale et de la Santé[94].

La Fédito wallonne plaide afin d'établir la Réduction des Risques comme priorité et stratégie à part entière au sein du Code wallon. Pour cela, elle a élaboré une série de recommandations adressées au Ministre Prévot[95]. Il est également prévu d'intégrer les subventions du fonds de lutte contre les assuétudes au Code afin d'en assurer la pérennité suite à son transfert aux Régions le 1er janvier 2015.

Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes
Transféré depuis 1er janvier 2015 à la RW, ces subventions ont dans un premier temps été renouvelées en 2015 pour un même montant que celui de 2014. D'après le Ministre Maxime Prévot, un inventaire des subventions «octroyées à tous les services et réseaux assuétudes tant au niveau régional que fédéral ou encore relatives à la prévention ou à la promotion de la santé qui arrivent dans le giron régional au 1er janvier 2016» est en cours. L'idée est d'intégrer ces subventions dans le Code Wallon de l'Action sociale et de la Santé «afin de pérenniser notamment les projets du fond assuétudes transférés, entre autres, au sein des services agréés»[96].
Comme nous l'avons déjà dit plus haut, le SPF Santé publique a mené une évaluation du Fonds de lutte contre les assuétudes en 2015. La réflexion en cours qui y fait suite porte sur une éventuelle reconduction des projets pour l'année 2016 et sur leur éventuelle intégration dans des agréments spécifiques.

D'autres modifications ont déjà été opérées en 2015. Ainsi, le décret du 22 janvier 2015 modifie certaines dispositions du Code relatives aux accords sociaux dits «du non-marchand», qui vise notamment deux choses : 1) intégrer et pérenniser les mesures décidées dans le cadre des accords non-marchands (par exemple valoriser les heures «inconfortables», instaurer des jours de congé supplémentaires en fin de carrière, etc.), et 2) impulser progressivement une collecte de données «pour affiner le cadastre de l'emploi

93 Sébastien Alexandre, Directeur de la FEDITO Bxl, communication personnelle, 18/11/2015.
94 Projet de décret relatif à la création de l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles, passé en première lecture au Gouvernement wallon.
95 Cf. partie 1.3.7. sur les priorités en réduction des risques.
96 Interpellations et questions au Gouvernement de Devilliers au ministre Prévot du 31/03/2015.

non-marchand en Wallonie et permettre dès lors de mieux préparer et de tirer les enseignements, les conclusions et les suivis des accords du non-marchand antérieurs.»[97].

Le 14 octobre 2015, le Parlement wallon a adopté le décret relatif[98] à la reconnaissance d'une plateforme d'échange électronique des données de santé, qui entrera en vigueur le 1er mars 2016. L'idée est d'améliorer la circulation des données des patients et assurer ainsi un meilleur suivi médical, dans le respect du secret médical, au sein du territoire francophone (elle sera mise en interconnexion avec les systèmes de santé des autres entités fédérées). Les données seront stockées dans un «coffre-fort». Dans les grandes lignes, comme l'a expliqué le Ministre Prévot[99], y auront accès les professionnels de santé que «la personne a [choisis] comme soignants» ; ceci ne concerne dès lors pas la médecine du travail. Plus encore, le mandat s'étend aux personnes épaulant le professionnel de santé dans son travail (e.g. secrétaire) ou qui l'assistent d'un second avis médical. À tout moment le patient peut décider de rompre un lien quel que soit son initiateur ou décider de cacher l'une ou l'autre donnée le concernant. Enfin la durée de l'accès au coffre-fort et les données consultables dépendent de la nature du lien thérapeutique qui lie le patient au professionnel de santé.

1.3.5. LE CADRE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Suite à la 6ème Réforme de l'État, les Régions ont hérité, en l'état, des décrets auparavant fédéraux, relatifs aux compétences transférées. Ainsi, jusqu'à ce que les Régions décident ou non de se réapproprier lesdits décrets, les anciens continuent à être les références en leurs matières. En Wallonie, le processus de création d'un nouveau décret de la santé n'est pas aussi avancé qu'en région bruxelloise. Aussi, fin 2014, le Gouvernement a voté le décret[100] budgétaire de l'année 2015 du Gouvernement wallon. Celui-ci modifie le décret promotion de la santé de la Communauté française du 14 juillet 1997 encore en vigueur, et prolonge dès lors le plan quinquennal de la promotion de la santé jusqu'au **31 décembre 2016**. Le décret budgétaire 2016, encore en cours d'élaboration lors de la rédaction de ces lignes, confirmera la prolongation des agréments et subventions jusque fin 2016.

Le Ministre Prévot a également annoncé en Commission[101] que cette période de standstill sera mise à profit afin d'élaborer un nouveau décret de promotion de la santé en RW. Il précise encore que l'une des premières missions du Conseil de stratégie et prospective du futur OIP santé wallon[102], et des acteurs de la promotion de la santé, sera de «proposer un schéma intégré de programmes de promotion de la santé» pour la fin de l'année 2016. Par ailleurs, un travail d'évaluation de l'ancien décret a été réalisé par des représentants du secteur et la plateforme de la promotion de la santé, et devra servir de base de travail pour la rédaction du décret wallon à venir.

Suite à une demande semblable émanant du cabinet du ministre wallon et de celui de la ministre bruxelloise («quels sont les points forts et les points faibles du décret de promotion de la santé ?»), deux plateformes, l'une wallonne, l'autre bruxelloise, ont été mises en place. L'incertitude du devenir du secteur, la reconduction sans modification du plan quinquennal et la non-indexation des subventions depuis 2009 ont entraîné des inquiétudes quant à la sécurité de l'emploi et à la pérennité de l'expertise. Dans ce contexte précarisé, les deux plateformes ont formulé une série de recommandations à l'intention du politique, concernant le futur décret wallon de promotion de la santé, dont notamment[103] :

- Revoir la définition de la promotion de la santé en y intégrant les notions d'inégalités sociales de santé, de déterminants sociaux de la santé, de transversalité, de santé globale et de continuum promotion de la santé-prévention-réduction des risques- soins ;

97 M. Prévot, Compte rendu intégral de la séance du 06/01/2015 de la Commission des travaux publics, de l'action sociale et de la santé.
98 Décret du 16 octobre 2015 insérant certaines dispositions dans le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, relatives à la reconnaissance d'une plate-forme d'échange électronique des données de santé.
99 M. Prévot, Question écrite de C. Leal Lopez au Gouvernement wallon, 10/11/15.
100 Décret du 11 décembre 2014, mis à jour le 7 août 2015.
101 Compte rendu de la Commission parlementaire des travaux publics, de l'action sociale et de la santé du 27/10/2015.
102 Cf. partie ci-dessus sur la future Agence wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des familles.
103 Plateforme wallonne du secteur de la Promotion de la Santé (juin 2015).

- Préserver les éléments qui ont permis une évolution des pratiques de promotion de la santé, par exemple : la professionnalisation des opérateurs de promotion de la santé, l'évaluation quantitative et qualitative, l'articulation entre les stratégies de médecine préventive et la promotion de la santé ;
- Concrétiser un système d'informations sanitaires qui aurait pour mission de collecter et traiter les données qualitatives (dont les pratiques professionnelles) et quantitatives relatives à la promotion de la santé ;
- Établir un programme pluriannuel ou des stratégies concertées co-construits par l'ensemble des acteurs concernés (acteurs de terrain, politiques, experts, usagers...). Ce programme établirait les priorités et objectifs à poursuivre ainsi que les indicateurs quantitatifs et qualitatifs qui permettront de mesurer leur réalisation ;
- Instaurer une structure de pilotage dont les missions seraient de planifier la politique et sa mise en œuvre, d'organiser la concertation entre les parties, évaluer la réalisation des politiques et éventuellement les réorienter ;
- Stabiliser le secteur en attribuant aux opérateurs des agréments à durée indéterminée, et ainsi assurer une certaine continuité dans les équipes, la sauvegarde de l'expertise et l'ancrage dans les réseaux et sur le terrain ;
- Soutenir les initiatives émergentes avec un budget suffisamment conséquent ;
- Prévoir un financement adéquat pour mener à bien l'entièreté des projets et programmes, en ce compris la planification, la mise en œuvre, l'évaluation, etc.
- Instaurer un organe d'avis consultatif représentatif des parties prenantes qui rendrait des avis à son initiative ou sur demande ;
- Renforcer la décentralisation de la politique et appuyer les acteurs locaux, notamment via les CLPS maintenus et transférés aux Régions ;
- Assurer une cohérence des politiques entre les différents niveaux de pouvoir ;
- Assurer la transversalité de la promotion de la santé dans toutes les politiques.

1.3.6. DE NOUVELLES LOGIQUES DE FINANCEMENT ?

Lors de la 3ème Conférence organisée par l'Unipso (Union des entreprises à profit social) et le MIAS LLN (Master en Ingénierie et Action Sociale de Louvain-la-Neuve), le 31 octobre 2015, le Ministre Prévot était l'interlocuteur politique au sujet des relations entre secteur à profit social et pouvoirs subsidiant. Les nouvelles logiques de financement dont il est question sont les appels à projet et l'allocation personnalisée.

Les orateurs, lors des deux conférences précédentes, se sont livrés à un exercice critique vis-à-vis de ces deux propositions[104]. Il en est ressorti qu'un système de financement reposant sur des appels à projet plaçait les associations dans une temporalité courte, sans aucune garantie de prolongement. Une telle situation crée un contexte d'insécurité des projets, de l'emploi et donc de l'offre de services, ce qui va à l'encontre d'une amélioration quelconque des services non-marchands, alors que des garanties sur le long terme bénéficieraient à la fois aux associations et à leurs usagers. La mise en concurrence des structures associatives, en particulier dans un secteur de taille réduite comme celui de l'action sociale et de la santé, ajoute aussi une charge de travail conséquente, en particulier pour les petites structures. Ces dernières, pour subsister, devront peut-être en intégrer de plus grosses, et le secteur perdrait dès lors en diversité d'offre, au risque finalement qu'il serve de moins en moins l'intérêt collectif pour suivre les aléas des appels d'offre.

Quant à la logique des allocations personnalisées, elle consiste à verser directement une allocation (dont l'origine n'est pas spécifiée) au bénéficiaire qui choisirait le type de service qui lui convient. Dans ce cas-ci, c'est l'usager qui organise la concurrence entre les structures et induit une exigence de flexibilité à laquelle les services devront répondre. En effet, un tel mode de financement place les services dans une logique marchande dans laquelle ils devront évoluer vers des critères d'attractivité et de compétitivité ; des critères qui ne vont pas forcément de paire avec la qualité desdits services. De nouveau, la question se pose de savoir «comment mesurer la satisfaction et l'équilibre entre les besoins individuels et collectifs». Enfin, les acteurs du secteur s'inquiètent des impacts de telles mesures sur les usagers les plus vulnérables.

104 Résumé de la Conférence, Fédito wallonne, Pascale Hensgens, 03/11/2015.

De telles propositions reposent sur une logique libérale selon laquelle mettre en concurrence les services non-marchands serait bénéfique pour les usagers. Or la théorie de la main invisible est une abstraction. Une abstraction qui fonctionnerait dans un monde où il y aurait de la place pour tous et où la mise en concurrence des opérateurs ne s'accompagnerait pas de l'appauvrissement de l'offre de services ; en particulier si ces derniers poursuivent des objectifs opposés aux principes de la concurrence, c'est-à-dire l'intérêt collectif et l'aide sociale et solidaire. En pratique cependant, le secteur associatif souffrirait de telles logiques de financement et perdrait de sa diversité et flexibilité. Plus encore, la mise en concurrence que suppose une logique d'appel à projet – en particulier dans un secteur de taille réduite tel que celui de la promotion de la santé – handicaperait fortement tout travail en réseau et désolidariserait le secteur.

1.3.7. LES PRIORITÉS EN RÉDUCTION DES RISQUES

La Fédito wallonne a élaboré une proposition de priorités en matière de réduction des risques (RdR) à l'intention du Ministre Prévot. Selon cette proposition, la RdR doit être considérée comme complémentaire à la prévention et au traitement, et doit être soutenue par les pouvoirs publics de manière équivalente afin de répondre de manière optimale aux objectifs de santé, d'inclusion sociale et d'insertion définis dans le Code wallon da l'Action sociale et de la Santé. Les actions mises en place gagneraient donc en efficience si elles étaient inscrites dans un continuum «promouvoir-prévenir-soigner-soutenir». La Fédito wallonne rappelle que la RdR s'inscrit dans une dynamique de co-construction avec les usagers et de respect de ses choix. Elle s'appuie sur l'expertise et la participation des usagers. Tous les milieux de vie sont ciblés par cette proposition : milieu familial, milieu scolaire, milieu carcéral, milieu de l'accueil et de l'hébergement, milieu festif, milieu de la rue, milieu du travail, et milieu sportif.
Plus spécifiquement, la Fédito wallonne propose 3 objectifs généraux et transversaux aux différents milieux de vie des usagers :

1. Favoriser et développer l'accès à l'information et au matériel de RdR ;
2. Donner les moyens (financiers, légaux, de formation) aux acteurs de la RdR, professionnels et usagers, d'aller à la rencontre des publics-cibles là où des conduites à risque sont identifiées sur l'ensemble du territoire wallon ;
3. Sensibiliser l'environnement aux pratiques de RdR (grand public, responsables locaux, police…), dont :
   - Reconnaître la réduction des risques comme un pilier à l'instar de la prévention et du soin ;
   - Promouvoir la philosophie de la RdR avec des campagnes d'informations ;
   - Favoriser les lieux d'échanges, de rencontres, de médiation entre le secteur RdR, le judiciaire et les responsables politiques.

1.3.8. LUTTE ANTI-TABAC

La 6ème réforme de l'État a transféré aux Régions les compétences en matière d'assuétudes, dont le tabagisme. Ainsi, après 5 plans anti-tabac, les membres du comité de pilotage du Plan wallon sans-tabac (PWST) ont décidé de ne pas en échafauder un 6ème, mais plutôt «d'inscrire celui-ci **dans la continuité**, sans se fixer des échéances contraignantes.»[105]. En octobre 2015, le Ministre Prévot a annoncé que les compétences transférées relatives à la prévention du tabagisme et le Fonds Tabac «sont en cours d'intégration dans le PWST» et que, la fin de l'année transitoire 2015 s'approchant, «les prochaines réunions du Comité de pilotage du PWST seront l'occasion de poursuivre les discussions entamées en 2015 entre les acteurs de la prévention et ce, afin d'évaluer quelles actions pourraient être mises en œuvre en collaboration avec les acteurs de terrain subventionnés par la Wallonie, le tout étant à mettre en cohérence avec la politique de promotion de la santé.»[106].

Lors de la séance du 20 novembre 2015 en Commission des travaux publics, de l'action sociale et de la santé, le Ministre Prévot a aussi déclaré être dans l'attente qu'on lui présente «l'articulation du dispositif PWST avec la promotion de la santé», avant d'ajouter qu'avec le transfert de compétences, le dispositif intégrerait de nouvelles compétences. Le dispositif consisterait en :

- L'intégration de «l'axe «prévention» dans un cadre de promotion de la santé ;

105 Ministre Prévot, en réponse à la question écrite de M. Trotta au Gouvernement wallon, 25/02/2015.
106 Ministre Prévot, en réponse à la question écrite de V. Defrang-Firket au Gouvernement wallon, 16/10/2015.

- [L]es «dynamiques d'accompagnement engagées dans le cadre du Fonds de lutte contre les assuétudes-tabac» en appui notamment de mesures législatives prises au niveau fédéral ;
- Un élargissement de la mobilisation actuelle aux communes et ce plus particulièrement via les services de prévention, les CPAS, les plans de cohésion sociale.»

Ces considérations ne concernent cependant pas le tabac chez les jeunes, qui reste dans les compétences de la FWB ; dans cette perspective, le Ministre Prévot affirme sa volonté d'impulser une collaboration entre les entités fédérées.

Le transfert du Fonds fédéral des assuétudes permet déjà, entre autres, à la Wallonie de subventionner l'Institut Bordet «dont un des projets est de promouvoir le sevrage tabagique des jeunes adultes.» Toujours dans le cadre de l'élargissement des compétences de la RW en matière de santé, «l'Administration et une dizaine d'associations et de fédérations travaillent pour une articulation concrète du dispositif «Plan wallon sans tabac» avec la promotion de la santé. Les actions prévues suivent les engagements pris par la ratification de la **Convention cadre pour la lutte anti-tabac** (CCLAT) par les Régions et le Gouvernement fédéral, à savoir :
- Aider les fumeurs à cesser de fumer ;
- Réduire l'exposition à la fumée secondaire ;
- Contribuer à rendre le tabac moins accessible ;
- Communiquer de manière plus efficace ;
- Contribuer et favoriser une réglementation efficace des produits du tabac.»[107].

1.3.9. LES PROJETS EN COURS ET À VENIR

L'édification du futur OIP santé wallon et des institutions connexes étant en cours d'élaboration, plusieurs chantiers relatifs aux accords de la «Sainte-Émilie» sont en suspens :
- **Le pacte de simplification administrative**[108] : il faudra d'abord que les structures du futur OIP soient mises en place, et qu'un décret portant sur la réforme de la fonction consultative soit proposé (c'est-à-dire réduire voire regrouper le nombre de conseils consultatifs). Il sera alors ensuite possible d'établir des outils et lieux de concertation et de dialogue avec les autorités bruxelloises ;
- **L'organisme de coordination**[109] des politiques francophones en matière de santé, dont le but est d'éviter que l'on porte atteinte à la liberté de choix et de circulation de la population (au moins au niveau francophone) : l'établissement d'un tel organisme est pour le moment retardé le temps que les autorités bruxelloises gèrent les transferts de la COCOF vers la COCOM, et avancent sur le dossier OIP santé bruxellois ;
- **L'«Institut du futur»** dont la mission sera d'assurer une cohérence des politiques en matière de santé au niveau national ;
- Une fois le décret de création de l'Agence voté, celui-ci entraînera d'importantes modifications du Code Wallon de l'Action Sociale et de la Santé. En plus de cela, d'**autres dispositifs décrétaux** sont à l'agenda, notamment ceux permettant 1) la séparation stricte des rôles de régulateur et d'opérateur ; 2) le libre choix aux familles de la caisse chargée du paiement de leurs allocations ; etc.
- **Contrat de gestion** : l'OIP sera soumis à un contrat de gestion passé entre le Gouvernement (représenté par le ministre) et le Conseil Général (il faut donc que l'OIP soit déjà créé). Par conséquent, il sera également soumis au décret du 12 février 2004.[110] Un contrat de gestion est une convention passée entre le Gouvernement et l'organe de gestion, en vue de définir les règles et conditions spéciales en vertu desquelles cet organe exerce ses missions de service public. Le décret du 12 février 2004 du Gouvernement wallon légifère à ce sujet et prévoit une procédure de contrôle/évaluation. Le contrat de gestion précise les objectifs d'impact, de qualité, d'efficacité, d'efficience et d'économie à atteindre ; ils sont déterminés par des critères mesurables, précis et assortis de délais de réalisation.

107 Ministre Prévot, en réponse à la question écrite de M. Dreze au Gouvernement wallon, 28/09/2015.
108 Question orale de S. Hazée au Gouvernement wallon, 20/01/2015.
109 Ibidem.
110 Relatif au contrat de gestion et aux obligations d'information pour les matières réglées en vertu de l'article 138 de la Constitution.

1.4. DÉBATS ET ÉVOLUTIONS DE LA SITUATION

1.4.1. LE CADRE LÉGAL DES PRATIQUES DE RÉDUCTION DES RISQUES (RDR)

Actuellement, un défi pour la RdR est la pérennisation de ses pratiques. Aussi, la 6ème réforme de l'État s'est accompagnée de revendications du secteur pour que les activités de RdR soient érigées en tant que pilier à part entière au sein des Régions. Une autre difficulté est liée à la loi fédérale de 1921 qui vise à a) réprimer la production, la détention et la vente de drogues illicites, et b) lutter contre le trafic. Son article 2bis établit un risque de punition (réclusion) au cas où les infractions aux dispositions concernant les substances citées «constituent des actes de participation en qualité de dirigeant à l'activité principale ou accessoire d'une association». L'article 3 de la même loi pénalise **en cas de facilitation** à autrui de l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit des substances «soit en procurant à cet effet un local, soit par tout autre moyen, ou qui auront incité à cet usage», sauf en cas de prescription de traitement de substitution «par un praticien de l'art de guérir». Enfin, l'article 4 stipule qu'en cas d'infraction, le juge peut décider de la fermeture temporaire ou définitive de l'établissement en question. Ces articles constituent de sérieux obstacles au développement d'initiatives de réduction des risques. D'ailleurs, une **exception** a dû être prévue à l'article 3 afin de permettre l'échange de seringues et autres matériels stériles à destination des usagers de drogues par injection (UDI) (voir l'arrêté royal du 5 juin 2000).

Une réforme législative de la loi «drogues» de 1921 permettrait a) aux usagers, jobistes[111] et professionnels de participer aux activités de RdR en toute légalité, b) un meilleur soutien et financement des pouvoirs publics aux activités de RdR, et c) de travailler à une meilleure transversalité des stratégies avec les différents secteurs concernés.

Des travaux et propositions ont déjà été lancés, sans pour autant avoir trouvé un écho favorable. Parmi ceux-ci, les propositions de modification de la loi de 1921 de Willy Demeyer. En effet, nous en faisions état dans notre précédent rapport, deux propositions de loi ont été déposées par Demeyer et consort fin 2013. Elles ont été rejetées le 31 mars 2015. Pour rappel, la première proposition visait à la reconnaissance légale des lieux d'usage supervisés pour usagers de drogues (c'est-à-dire des salles de consommation à moindres risques ; ce point est davantage développé ci-dessous), la seconde visait à la reconnaissance légale du traitement assisté par diacétylmorphine, pour les patients toxicomanes résistants aux traitements existants comme la méthadone (c'est-à-dire encadrer et prolonger l'expérience TADAM).

À noter que les dernières modifications[112] en date de la loi de 1921 sont de nature répressive, et ce, même si plusieurs propositions «d'ouverture» ont été introduites et systématiquement rejetées[113]. Et tant que le fédéral n'autorisera par les entités fédérées à mener des politiques différentes, des pratiques et structures essentielles à la RdR ne trouveront pas de cadre légal et continueront à se trouver sous la menace de poursuites judiciaires pour «incitation à la consommation de drogues». Cette situation explique pourquoi les salles de consommation à moindre risque ne parviennent pas encore à s'implanter dans notre pays.

> Salles de consommation à moindre risque[114]

Les salles de consommation à moindre risque (SCMR) offrent un espace aux usagers où ils peuvent consommer les drogues qu'ils souhaitent sous supervision. Ils sont en effet encadrés par un personnel médical, dans un endroit hygiénique à l'abri de la police, des regards et donc du stress ; les UDI ont accès à du matériel neuf et stérile (seringue et matériel connexe). Les usagers reçoivent aussi un accompagnement psycho-médico-social, des conseils de réduction des risques (transmission de maladies infectieuses, «bonne utilisation» du matériel, suggestion d'un mode de consommation alternatif, etc.) en vue d'améliorer les conditions de consommation. D'une salle à l'autre, les services et la composition de l'équipe

111 Les jobistes sont des usagers de drogues qui prennent directement part à la réalisation des projets associatifs et participatifs. Ils bénéficient tous d'une formation et sont «défrayés» pour leur travail.

112 Loi du 7 février 2014.

113 Notamment, une proposition de trois sénateurs (VLD, CdH et MR) a été déposée afin de faciliter les initiatives associatives en matière de testing des produits psychotropes et d'améliorer le système d'alerte précoce (nous renvoyons à ce sujet le lecteur à la partie dédiée au sein de ce rapport).

114 À ce sujet, nous référons le lecteur au dossier «Les salles d'injection supervisée» tiré du rapport 2011-2012 d'Eurotox.

pluridisciplinaire peuvent varier, mais l'idée reste d'accueillir et aider les usagers le mieux possible, dans une approche globale de la santé dégagée de tout jugement moral.

Les salles de consommation sont un complément indispensable aux programmes de RdR déjà existants, tels que les traitements de substitution, le travail de rue, les interventions en milieu festif ou en prison, et bien entendu l'échange de seringues. Les SCMR ont la particularité de toucher un public qui échappe davantage au dispositif existant, parce que hautement fragilisé et précarisé, et qui sont souvent contraints de consommer dans l'espace public.

En 2015, on pouvait répertorier environ une centaine de SCMR à travers le monde, principalement en Europe : au Canada, en Suisse, en Allemagne, en Espagne… François Baufay (2012), pour la Fédito bruxelloise, a fait un état des études menées sur les SCMR. Il en retire plusieurs constats :

- Depuis 25 ans de SCMR à l'étranger, aucun cas de décès par overdose n'est à rapporter. Le seul décès recensé dans une SCMR, en Allemagne, est la conséquence d'un choc anaphylactique (puissante réaction allergique) ;
- Les SCMR ne constituent pas une quelconque incitation à la consommation de drogues ;
- Les utilisateurs des SCMR changent positivement leur mode d'administration du produit. Ils ramènent davantage leurs seringues usagées et n'acceptent plus de partager leur matériel d'injection ;
- Les SCMR s'inscrivent dans une complémentarité (et non une compétition) avec les autres programmes de RdR. En effet, les usagers des SCMR sont aussi «en contact avec d'autres dispositifs de RdR et de traitement, oscillent parfois entre ces divers dispositifs et font usage parallèle de ceux-ci» (2012, p16). Comme nous le notions dans notre rapport 2011-2012, les SCMR ne sont pas une solution miraculeuse et unique à la problématique des consommations de drogues par injection. Il faut plutôt les voir comme une offre complémentaire aux structures de prévention, de soins et de RdR existantes. Cette complémentarité se manifeste également par la reprise de contact avec un public très difficile à atteindre, puisque souvent en rupture avec le reste de l'offre socio-sanitaire. Comme les SCMR sont pour les usagers un endroit de refuge et d'accès à des soins de base, cela (re)donne l'occasion de les orienter vers d'autres services si nécessaire et s'ils le souhaitent ;
- Elles «augmente[nt] le statut de santé de [leurs] usagers ; diminue[nt] les comportements à risques ; augmente[nt] l'accès aux structures de soins ; diminue[nt] les consommations publiques et les nuisances associées ; n'ont pas d'incidence en terme d'augmentation de la criminalité ; semble[nt] néanmoins provoquer un peu de deal dans les environs de la SCMR si [le] temps d'attente pour rentrer dans la SCMR [est] trop long.» (Baufay, 2012, p17).

Les SCMR n'ont toutefois pas d'effet miraculeux sur la criminalité, puisque le cadre juridique des pays évalués par ces études reste celui de la prohibition. «Les SCMR ne résolvent pas les problèmes liés à la prohibition, les problèmes financiers et autres facteurs psycho-sociaux menant les usagers à la commission d'actes délictueux.» (2012, p17).

Pour résumer, les SCMR ont deux effets positifs majeurs. Premièrement, elles améliorent considérablement les conditions de consommation des usagers et d'accès aux soins. En effet, elles mettent à leur disposition un environnement sécurisé, tant d'un point de vue humain (à l'abri des regards) que médical (puisque supervisé par des professionnels formés) ; elles mettent à disposition du matériel neuf et stérile qui diminue drastiquement la morbidité liée à l'injection et les risques de contamination ou de transmission de maladies infectieuses (hépatites, VIH…). Deuxièmement, les SCMR réduisent par leur existence-même la consommation en rue qui comporte son lot de risques hygiéniques dus à l'abandon du matériel de consommation, et de nuisances pour les habitants (errance, seringues abandonnées) (Salah, 2015b).
Un autre effet encore, d'ordre financier celui-ci : le coût des SCMR est moindre que le recours à l'incarcération ou à l'hospitalisation, et les usagers – puisque en meilleure santé – coutent moins cher à la sécurité sociale (Dubois, 2015).

En Belgique, comme nous l'écrivions plus haut, les propositions de loi de Demeyer n'ont pour le moment pas trouvé oreille attentive à la Chambre des représentants et ont été renvoyées à la Commission de Santé Publique de la Chambre (Alexandre, 2015). Néanmoins, dans le cadre de la Cellule politique générale drogues, un groupe de travail (GT), qui réunit les représentants des ministres du niveau fédéral

et des entités fédérées, a été créé afin d'examiner ce dossier : le GT SCMR. Leur rapport sera présenté en conférence interministérielle fin 2016[115].

1.4.2. DESCENTE DE POLICE DANS LES ÉCOLES

Les représentants de l'exécutif de la FWB ne savent pas toujours comment se positionner quand ils sont interrogés sur la place de la police dans les établissements scolaires. A-t-elle une réelle plus-value en matière de prévention des usages de drogues ? Devrait-elle remplir une fonction informative voire éducative auprès des jeunes scolarisés ? La répression et les descentes de police dans les écoles, les fouilles systématiques des élèves et l'implication de chiens renifleurs sont-elles efficaces ? Et, sans doute plus important encore : est-ce légal et quels en sont les effets sur les élèves ?

La lutte contre les assuétudes mobilise différents acteurs qui remplissent parfois des missions fort différentes au sein des établissements scolaires. Il y a tout d'abord le personnel de l'établissement (enseignants et éducateurs), susceptible d'intervenir en la matière de manière spontanée, préventive et collective (par exemple, dans le cadre d'un cours de biologie ou de morale), mais aussi réactive à une problématique identifiée avec un élève (par exemple, l'intervention individualisée d'un éducateur). Le personnel peut aussi s'appuyer sur les professionnels de la prévention qui interviennent dans une logique plus globale de promotion de la santé. Le travail de ces intervenants externes à l'établissement consistera à sensibiliser/former les intervenants scolaires, ou à intervenir directement auprès des élèves lors de séances d'animation spécifiques[116]. Enfin, l'école est également susceptible de faire appel à la police. Les interventions policières peuvent prendre plusieurs formes dans ce contexte : la forme informative (rappel de la loi, diffusion de messages de prévention) et la forme répressive («descente» avec fouilles des élèves voire utilisation de chien renifleur), qui pourra déboucher sur une sanction pénale et une sanction disciplinaire (renvoi de l'école) de l'élève surpris en possession de drogues.

La circulaire 1721 du 4 janvier 2007 de la Ministre de l'Enseignement Obligatoire Marie Arena rappelle que le recours aux forces de l'ordre ne doit se faire qu'en cas de force majeure, par exemple en cas de forte suspicion de trafic de drogues dans l'enceinte de l'école. Plus encore, elle recommande surtout de faire appel aux services de prévention et de promotion de la santé pour les missions pédagogiques et préventives (psycho-médico-social, promotion de la santé à l'école, aide en milieu ouvert, etc.).

En fait, les différentes circulaires éditées depuis 1999 sont des recommandations faites aux établissements scolaires concernant les mesures à prendre en cas de consommation, de détention ou de trafic de drogues au sein des écoles. Elles n'ont dès lors pas force de loi et ne peuvent entrer en contradiction avec des lois de force supérieure. Il semblerait même que le cadre législatif ne converge pas en la faveur des descentes de police. L'autorité parentale (sur les enfants mineurs), d'abord, consacrée par l'article 18 de la Convention Internationale relative aux droits de l'enfant, ne se soumet à l'accord pédagogique contracté avec la direction que dans l'enceinte de l'école et dans les limites de ses missions éducatives. Dès lors, dans la mesure où une fouille des élèves par la police ne rentre pas dans un projet pédagogique quel qu'il soit (Infor-Drogues, 2014), une telle initiative devrait passer par l'accord préalable des parents.

En outre, sauf dans des cas bien précis[117], la police ne peut entrer dans l'établissement scolaire sans l'autorisation du/de la directeur/rice ou de son adjoint(e). Les cas l'y autorisant sont soumis à l'obligation de mandat (d'amener, d'arrêt ou de perquisition) ou au flagrant délit ou crime[118]. La loi «drogues» de 1921 autorise toutefois les policiers à pénétrer dans un établissement scolaire sans autorisation ou mandat «s'ils disposent d'indices sérieux que des majeurs font usage de drogues en présence de mineurs ou encore que l'école sert de lieu où des drogues sont fabriquées ou entreposées.» (Infor-Drogues, 2014, p11). Cependant, et il est central de le noter, pour que la présence de la police et les fouilles soient légales, il faut que de sérieux indices justifient de tels recours, et que ceux-ci précèdent la visite de l'établissement.

115 Vladimir Martens, communication personnelle, 12/01/2016

116 Le Gouvernement de la Communauté française a également lancé en avril 2006 la création de points d'appuis aux écoles en matière de prévention des assuétudes, intégrés au sein des Centres locaux de la promotion de la santé (CLPS). Ils assurent un rôle de relais permettant notamment de faciliter et optimiser les interventions externes, en visibilisant au mieux l'offre en la matière et en la coordonnant à la demande.

117 Flagrant délit, cas d'urgence ou catastrophe (incendie ou inondation, par exemple)

118 Décret de la Communauté Française du 30 juin 1998

Enfin, la fouille d'élèves dans l'établissement scolaire rentre en contradiction avec le principe du respect de la vie privée des élèves. En effet, des conventions internationales qui ont force de loi auprès des pays signataires[119] (dont la Belgique) protègent les mineurs de toute «immixtion arbitraire ou illégale» dans leur vie privée. Plus encore : l'école est un lieu privé, et en vertu de cela s'y applique «la protection particulière attachée au domicile privé»[120], et cette protection s'étend aux effets personnels des élèves et aux casiers mis à leur disposition par l'école (Infor-Drogues, 2014, p11).

Dans ce contexte, la gamme de libertés et contraintes des policiers peut varier. S'ils disposent d'une autorisation légale pour entrer dans l'école, l'opération ne s'applique dès lors qu'à l'élève (mineur ou majeur) concerné par ladite autorisation (mandat ou flagrant délit) et ne peut donc pas s'étendre à tous les élèves. S'ajoute à cela l'obligation de discrétion et de «[respect] de la dignité du mineur»[121]. Dans le cas où la police n'a pas de titre légal pour pénétrer l'établissement, seul(e) le/la directeur/rice ou son adjoint(e) est habilité(e) à l'y autoriser. Et quand bien même, «les policiers ne disposent d'aucune base légale pour procéder à des actes qui portent atteinte aux droits et libertés individuelles des élèves ou qui implique un acte de contrainte. [...] De même, les élèves ne peuvent être fouillés (ou voir leur casier fouillé) [...].» (Infor-Drogues, 2014 : 13). Ce qu'il faut retenir, en particulier, c'est que la police n'a pas pour rôle de prévenir la consommation, la détention ou le trafic de drogues, mais de réagir à ces situations. Des indices sérieux doivent justifier au préalable tout recours au reniflage ou à la fouille des élèves. Et si des indices suffisants justifient une intervention policière, celle-ci ne doit concerner que le ou les individus sur lesquels portent ces indices, et ne peut s'étendre de facto à une école ou une classe entière.

Il faut aussi remarquer que les effets des descentes et fouilles des élèves sont multiples et ne reflètent pas forcément ce que leurs instigateurs en attendent. L'efficacité d'abord : la consommation de cannabis (puisque c'est surtout de cette drogue dont il s'agit) s'est stabilisée au cours des années 2000.[122] Les quantités saisies lors des fouilles sont faibles (Conseil communautaire de l'aide à la jeunesse, sans date) et «posent d'autant plus la question de l'opportunité et de la proportionnalité des moyens policiers déployés et de leurs conséquences potentielles sur les élèves.» (Infor-Drogues, 2014, p4). D'ailleurs, quels effets produisent les descentes dans les écoles sur les élèves ? Jean-Yves Hayez, pédopsychiatre, soulève plusieurs éléments de réponse : «aucun adolescent n'est sorti [de ce type d'opération policière] avec le projet de ne plus fumer mais bien celui d'être plus prudent dans l'enceinte de l'école. [...] En fait, cela pousse les adolescents à se cacher encore mieux, donc à échapper encore plus à la prévention secondaire.» (Hayez, 2012, cité par Infor-Drogues, 2014, p16). Le Conseil communautaire de l'aide à la jeunesse (CCAJ) de la FWB souligne également le sentiment d'insécurité que ces pratiques intrusives peuvent provoquer chez les élèves, notamment lorsque l'école participe elle-même à une telle violence institutionnelle. Plus encore, selon le Conseil, les descentes de police peuvent renforcer «tant la violence et la transgression des interdits pour certains que le repli sur soi voire le traumatisme pour d'autres.». Dès lors, plutôt que d'instaurer un environnement propice aux échanges entre jeunes et adultes, notamment en matière d'assuétudes, de telles pratiques créent un climat de méfiance et creuse la fracture entre les générations.

Qu'est-ce qui motive alors les établissements scolaires à laisser les policiers pénétrer dans leur enceinte ? Selon Infor-Drogues (2014), les opérations anti-drogues poursuivraient trois objectifs : 1) la prévention par la force (afin «d'impressionner les élèves»), 2) l'identification des consommateurs et/ou dealers dans la perspective bien souvent de les aider ou de les expulser (mais «si le souhait de l'école est d'«aider le mieux possible les élèves en souffrance et en difficulté ainsi que leurs parents» [LaLibre.be, 2013], il est difficile de comprendre pourquoi l'école commence par la mise en place de ces opérations policières au caractère stigmatisant.» (Infor-Drogues, 2014, nous soulignons), et enfin 3) le marketing scolaire (promouvoir «la réputation de l'école et [souligner sa] pro-activité»).

De telles pratiques «pseudo-préventives» prennent place dans un contexte de confusion multiple. Une confusion, d'abord, quant aux rôles de la police et de l'école : la pédagogie n'est pas du ressort de la police, et son rôle informatif devrait se limiter au seul rappel de la loi. L'autorité scolaire, quant à elle, «n'est pas

119 Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et la Convention internationale relative aux droits de l'enfant

120 Décret de la CFB du 30 juin 1998 visant à assurer à tous les élèves des chances égales d'émancipation sociale. Url : http://bit.ly/1tIMbDB.

121 «Recommandation CMRec(2008)11 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe sur les Règles européennes pour les délinquants mineurs faisant l'objet de sanctions ou de mesures», Conseil de l'Europe, 2008.

122 «La santé des élèves de l'enseignement secondaire : Résultats de l'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) 2010 en FWB», ULB. Service d'Information Éducation Santé, 2013. URL : http://bit.ly/1rOs3O9.

basée sur la force ou la violence, mais est relationnelle et exige un lien de confiance.» (Infor-Drogues, 2014 : 17). Faire appel à la police, en dehors des cas prévus par la loi, déforce l'autorité de l'école et entache son projet pédagogique et les relations entre jeunes et adultes. Une confusion, ensuite, entre la prévention des assuétudes et la prévention de la délinquance, qui témoignent d'un empiètement des compétences du fédéral sur le fédéré. Le CCAJ le constate d'ailleurs : «[...] le souci de prévention relatif à la question des drogues qui anime le gouvernement fédéral via le ministre de l'Intérieur déborde largement des questions strictes de sécurité, de répression et de contrôle des drogues pour s'immiscer dans les secteurs sanitaires, social et éducatif qui relèvent en grande partie des compétences des entités fédérées.» (CCAJ, sans date). Or la temporalité des interventions policières et leurs effets ne sont pas compatibles avec ceux du travail long et complexe de la promotion de la santé. Les résultats des descentes de police répondent à une conjoncture sécuritaire et répressive vis-à-vis de l'usage des drogues ; ces méthodes donnent une *impression* d'efficacité parce qu'elles sont spectaculaires et répondent aux exigences d'un contexte sociopolitique prohibitionniste qui met certaines drogues hors de la légalité et considère l'usage de drogues d'emblée comme problématique.

Pour finir, signalons que le Plan drogues de la région bruxelloise de la Fédito Bruxelles prévoit une action qui vise à «soutenir les démarches de promotion de la santé à l'école, d'une part en évitant le recours à la police dans une optique de prévention, et d'autre part en maintenant l'interface entre les secteurs prévention des assuétudes, promotion de la santé et autres secteur»[123]. De même, le Délégué général aux droits de l'enfant et le Point d'Appui Assuétudes du Centre bruxellois de promotion de la santé (CBPS) ont constitué un groupe de concertation et de réflexion «École-Police» en 2013 : le CREPB (Concertation Réflexion Écoles-Police Bruxelles)[124]. Les objectifs du CREPB sont de réfléchir à la problématique des opérations «anti-drogues» dans les écoles, «proposer des alternatives à ces interventions policières musclées, voire violentes, et enfin construire collectivement des réponses adaptées. Il s'agit également de répondre aux effets souvent traumatisants de telles opérations : sentiment d'insécurité ; perte de confiance en l'école ; stigmatisation de certains jeunes parfois identifiés à tort comme usagers de drogues.» (CREPB, sans date).

1.4.3. LE DÉBAT SUR LA LÉGALISATION DU CANNABIS

› L'échec du modèle prohibitionniste : un constat mondial

Plusieurs études épinglent la nécessité de revisiter les modèles législatifs et pénaux qui encadrent la consommation et la production des drogues illicites en général, et du cannabis en particulier (Werb et al, 2011 ; Kopp et al, 2014). Les politiques répressives et la «guerre à la drogue» montrent en effet leurs limites. Ainsi, malgré la prohibition, les prix baissent (lorsque l'on tient compte de l'inflation) et la pureté augmente, la prévalence de l'usage de drogues et la disponibilité de celles-ci ne diminuent pas, les violences et la criminalité liées au trafic non plus (elles augmenteraient même) (Werb et al, 2011).
Werb et al. ont fait le tour des études scientifiques anglophones (surtout américaines) qui mettent en relation la prohibition et l'augmentation des violences relatives à l'économie parallèle. Bien que leurs réflexions vaillent pour les États-Unis, les mêmes constats peuvent être faits pour la Belgique (Decorte et al, 2013). Les résultats de cette revue de la littérature «suggèrent qu'un durcissement des lois sur les drogues est peu susceptible de réduire les violences liées au marché de la drogue. Au contraire, les données à ce jour suggèrent que la violence armée et un haut taux d'homicide semblent être les conséquences inévitables de la prohibition et que, paradoxalement, perturber l'économie parallèle peut augmenter la violence.» (Werb et al, 2011, p1, notre traduction). On peut naïvement penser que les violences liées aux drogues se limitent à celles induites par leurs effets psychoactifs ou par la délinquance pouvant être associée à la recherche d'argent pour acheter le produit. Cependant une grande partie des violences sont le résultat de la concurrence féroce entre ceux qui se partagent ce marché très lucratif. Une concurrence qui peut être aiguisée par le durcissement des lois anti-drogues. Plus encore, toute perturbation du marché par la mort ou l'arrestation d'un membre provoquerait une augmentation de la violence puisqu'une part du marché «s'est libérée».

123 À ce sujet, nous invitons le lecteur à prendre connaissance du Plan drogues de la Fédito bruxelloise.
124 Le CREPB regroupe le CBPS, le Délégué général aux droits de l'enfant, Infor-Drogues, Prospective Jeuness, la Liaison Prohibitionniste, la Ligue des droits de l'Homme, le Service Droit des jeunes, Bruxelles Laïque et le Fonds des Affections Respiratoires.

La prohibition aux États-Unis a d'autres conséquences «inattendues». D'abord, elle génère énormément de profits qui échappent complètement à l'État et qui «ont déstabilisé des pays entiers à travers le monde, comme la Colombie, le Mexique et l'Afghanistan, et ont contribué à une sérieuse instabilité dans l'Afrique de l'Ouest» (2011, p5, notre traduction). La prohibition est également à l'origine d'une importante augmentation de la population carcérale qui alourdi les dépenses publiques. Enfin, les auteurs rappellent aussi que l'incarcération pour des crimes liés à la drogue a généré d'importantes disparités raciales au sein de la population carcérale où les «minorités ethniques» sont surreprésentées[125].

Face à ces constats, les auteurs concluent que des alternatives à la prohibition, telles que le modèle portugais, devraient être envisagées par les décideurs politiques. Depuis 2001, le Portugal a décriminalisé la consommation et la possession de cannabis (pour autant que l'usager détienne une quantité inférieure à 10 jours de consommation). Les moyens auparavant alloués à la répression ont pu être réinjectés dans les politiques de prévention, de réduction des risques et de soin. D'après de récentes évaluations, ce changement de politique[126] s'est accompagné d'une diminution de la consommation de drogues, en particulier de cannabis chez les jeunes, ainsi que d'une diminution de dommages liés à la consommation (voir Greenwald, 2009 ; DPA, 2015). Cependant, Werb et ses collaborateurs notent également que la décriminalisation n'a pas entraîné de diminution significative des violences en lien avec les drogues au Portugal, ce qu'ils expliquent par le fait que la production et le trafic de drogues n'y sont toujours pas régulés, ce qui en constitue la limite.

> Les débats et évolutions à l'étranger

Ce constat que la prohibition est un échec semble peu à peu percoler dans certains pays du globe. Ainsi, en novembre 2015, **le ministre irlandais** en charge des stratégies drogues, Aodhán Ó Ríordáin, a déclaré être persuadé que seul «un bouleversement culturel (a cultural shift)» peut sérieusement porter atteinte aux consommations problématiques de drogues et d'alcool. «L'addiction n'est pas un choix, c'est un problème de santé publique. C'est pourquoi je crois qu'il est impératif que nous adoptions une approche davantage compréhensive et compatissante des problèmes liés à la drogue» (Townes, 2015, notre traduction). L'Irlande est donc en marche vers la décriminalisation de la possession de petites quantités de drogues, dont la cocaïne, l'héroïne et le cannabis, sur un modèle similaire à celui du Portugal (bien que nous n'en connaissions pas encore les modalités exactes). Dans ce cadre, la vente restera interdite mais la possession et la consommation ne seront plus considérées comme des actes criminels. Des salles de consommation et d'injection seront aussi ouvertes au fur et à mesure dans les grandes villes du pays afin de réduire les risques liés à l'usage de drogues.

De l'autre côté de l'Océan, la **Cour Suprême brésilienne** débat actuellement sur la décriminalisation de l'ensemble des drogues illégales. Comme ce sera le cas en Irlande, la possession pour trafic de drogue resterait punissable par la loi, mais la possession pour consommation personnelle pourrait être décriminalisée. Les juges ont donc impulsé un mouvement, mais celui-ci ne trouve pas forcément l'approbation de l'opinion publique. Il leur reste encore à préciser ce qu'ils entendent par «consommation personnelle», certains juges proposant d'établir des quantités précises à priori, d'autres de laisser la législature déterminer les quantités autorisées (Attanasio, 2015).

Si la consommation de cannabis a été légalisée en 2009 au **Mexique**, il n'en est pas de même pour la culture domestique. Il se pourrait cependant que cela change dans un avenir relativement proche : le 4 novembre 2015, la Cour Suprême mexicaine a statué sur une affaire de culture de cannabis pour consommation personnelle. Les juges ont déclaré que la prohibition en matière de culture domestique était inconstitutionnelle. Cette décision ne constitue pas un changement législatif mais initie la procédure de jurisprudence ; en effet, si la Cour Suprême statue de la même manière pour encore 4 autres affaires judiciaires, alors ladite décision fera jurisprudence et aura donc force de loi. Cependant, le processus judiciaire qui mène jusqu'à la Cour Suprême est long et laborieux, et parvenir à la jurisprudence pourra prendre encore plusieurs années. La légalisation de la culture de cannabis pour consommation personnelle au Mexique n'aura toutefois probablement pas d'impact considérable au niveau de la lutte contre les cartels. En effet, la production et le trafic de cannabis est une activité que ces cartels destinent principalement pour l'exportation vers les États-Unis. C'est pourquoi la légalisation du cannabis aux

125 Pour plus de développements, nous invitons le lecteur à lire l'ouvrage de Coppel et Doubre «Drogues : Sortir de l'impasse» (2012).
126 Pour une description plus détaillée du modèle portugais, voir la partie consacrée aux tribunaux de traitement de la toxicomanie ci-après.

États-Unis (comme c'est déjà le cas dans les États du Colorado et de Washington) est un complément indispensable afin d'offrir des alternatives aux usagers américains pour se procurer du cannabis, et d'assister le Mexique dans sa lutte contre les cartels (Arcos, 2015).

De toute évidence, la légalisation de la culture de cannabis ne constituerait pas une entaille suffisante pour venir à bout des cartels qui conduisent d'autres activités prolifiques comme le kidnapping ou l'extorsion, mais elle contribuerait à vider les prisons surpeuplées et permettrait des économies à l'État mexicain. Cependant, il est à noter que toute mesure de légalisation ou de décriminalisation des drogues, dans quelque pays que ce soit, devrait s'accompagner d'un État régulateur qui règlemente le marché, contrôle la qualité et la transparence des produits, protège les usagers de l'arbitraire, finance les programmes de réduction des risques et la prévention, et coordonne suffisamment ses services pour lutter efficacement contre la corruption et le clientélisme[127].

> Les débats et évolutions en Belgique

Malgré sa prohibition, la consommation de cannabis reste élevée en Belgique. Selon l'enquête Flash Eurobaromètre de 2014, 26 % des belges de 15-64 ans en ont déjà consommé au moins une fois dans leur vie, tandis que l'usage récent (12 derniers mois) s'élève à 13 %, et l'usage actuel (30 derniers jours) à 5 %. Cette enquête indique aussi que la majorité des répondants (58 % des Européens et 59 % des Belges) estime qu'il leur serait *assez* voire *très facile* de se procurer du cannabis endéans 24 heures. Comme dans beaucoup de pays, la consommation de cannabis est relativement élevée en Belgique (voir chapitre 2, pour plus de détails). En outre, les quantités de cannabis saisies sur le territoire belge ne fléchissent pas, le prix de vente est relativement stable si on tient compte de l'inflation, et la pureté (en THC) de l'herbe et de la résine de cannabis augmente globalement dans le temps (voir section 2.4.).

Cela confirme qu'ici aussi l'offre n'est pas impactée par le système répressif et que l'approche prohibitionniste est inefficace (voir Werb et al, 2013). En effet, le paradigme prohibitionniste attend comme preuve de son efficacité la diminution de la pureté et de la disponibilité des produits, ainsi que l'augmentation de leur prix. Ce constat d'échec de la prohibition du cannabis est également étayé par le fait que les pays les plus répressifs en la matière n'observent pas forcément une diminution de la consommation, et inversement : les pays ayant adopté une dépénalisation ou une décriminalisation de la possession de cannabis pour usage personnel n'observent pas forcément une augmentation de la consommation (pour une comparaison chiffrée de plusieurs pays européens dont la Belgique, voir Hogge, 2015). La prohibition du cannabis entraîne en outre une série de conséquences indésirables sur le plan sanitaire et social (Decorte et al, 2013) ; elle entrave le développement de l'usage thérapeutique d'un produit (dont l'intérêt en la matière est reconnu par de nombreuses études scientifiques), et grève lourdement les finances publiques, alors que le secteur de la prévention est fortement sous-financé. Développer des alternatives à la prohibition du cannabis parait donc nécessaire.

En Belgique, le cannabis est prohibé sur base de la loi de 1921, elle-même complétée par deux autres textes (la loi du 3 mai 2003 et la directive du 1er février 2005) qui en atténuent quelque peu la portée et instaure une certaine tolérance vis-à-vis de la simple détention de petites quantités pour usage personnel, pour autant que la personne soit majeure et qu'il n'y ait pas de trouble à l'ordre public ni de circonstances aggravantes. Comme nous l'avons développé dans notre rapport 2013-2014, cette loi et cette directive souffrent d'un manque de clarté et instaure une incertitude pour les consommateurs en raison de l'interprétation qui peut être faite d'un même fait par les policiers et du traitement qu'en feront les différents parquets.

Face à ce flou et aux inégalités qui peuvent en découler et en raison de l'inefficacité du système prohibitif, les trois fédérations régionales des institutions actives en toxicomanie (VAD, Fédito wallonne et Fédito bruxelloise, 2014) ont récemment recommandé, dans un communiqué de presse commun, une révision de la directive de 2005 et plaident pour «la décriminalisation pleine et entière de la consommation et de la possession de cannabis à usage personnel, le renforcement des stratégies de prévention et la consolidation des dispositifs d'aide et de soins adaptés.» Dans la foulée, la Fédito bruxelloise a publié un document défendant la mise en place d'une réglementation du cannabis en Belgique (FEDITO bxl, 2014). Elle y

127 Kopp et al. (2014) engagent une discussion au sujet du rôle de l'État dans la légalisation du cannabis.

réclame, sur base d'un argumentaire détaillé, la nécessité de développer des alternatives à la prohibition, telles qu'un marché réglementé ou, a minima, les cannabis social clubs (CSC).

Notons que l'avancée législative la plus récente en Belgique concerne le cannabis thérapeutique ; l'arrêté royal du 11 juin 2015 réglementant les produits contenant un ou plusieurs tétrahydrocannabinols (THC) autorise la délivrance du seul médicament Sativex (spray oral). Ce même arrêté royal précise également que «les pharmaciens ne sont pas autorisés à fabriquer ni à délivrer des produits à base de plantes de cannabis.», ce qui participe à rappeler que le cannabis est toujours illégal et que la préparation magistrale de tout médicament à base de cannabis n'est pas tolérée. Le Sativex sera délivré sur prescription et est pour le moment uniquement destiné à lutter contre la spasticité dont souffrent deux tiers des personnes atteints de sclérose en plaques (Soumois, 2015). Le THC permet, dans ce cas précis, de diminuer la contraction incontrôlée et prolongée des muscles. La plus grande attente en la matière reste cependant l'autorisation de l'usage du cannabis comme anti-douleur. Et selon Soumois (2015), si des essais cliniques sont en cours (notamment à l'Institut Bordet), l'utilisation du cannabis pour traiter la douleur n'est pas à l'ordre du jour.

L'exemple le plus parlant de ce flou législatif et judiciaire autour du cannabis est la fleuraison des cannabis clubs. Tom Decorte (2014), criminologue et chercheur à l'université de Gand, a livré une étude sur les cannabis clubs belges.

Un cannabis social club, c'est quoi ?

Selon Decorte (2014), qui s'est intéressé aux CSC belges, il s'agit d'une organisation privée et légale. Les cultivateurs (qui sont distincts des membres de l'association) produisent du cannabis pour les membres (des personnes majeures), pour une consommation privée et limitée, leur évitant ainsi de se tourner vers le marché noir. En Belgique, cette démarche repose sur la directive de 2005, qui tolère qu'une personne majeure puisse cultiver une plante de cannabis femelle pour consommation personnelle (cette infraction, ainsi que la possession de moins de 3 grammes, devant constituer le degré le plus bas de la politique de poursuite)[128]. Dans un CSC belge, les plants sont nominatifs et l'usager devra payer sa récolte (au gramme), de manière à ce que le cultivateur soit défrayé. Toutefois, les modèles de cannabis clubs peuvent différer d'un pays à l'autre. D'après Decorte, les CSC «à la belge» ne sont pas (encore) motivés par le profit, et fonctionnent comme un système dans lequel le cannabis n'est pas facilement disponible. En effet, les CSC fonctionnent sur un modèle de *membership* et de fidélité de ses membres (et n'acceptent dès lors pas les usagers occasionnels ou touristiques). Aussi, les nouveaux membres doivent suivre une procédure d'inscription qui comprend certains contrôles. Ils patientent ensuite plusieurs semaines, voire plusieurs mois, avant de recevoir du cannabis pour la première fois.

Dans son étude, Decorte (2014) a effectué une étude détaillée de cinq CSC belges, afin d'en identifier les points forts et les faiblesses par rapport aux autres modèles décrits dans la littérature. Parmi les **points forts** du modèle belge, le chercheur indique que les CSC assurent un contrôle direct sur la qualité et la puissance (le taux de THC notamment) du cannabis qu'ils produisent, voire court-circuitent les circuits criminels. De plus, ils offrent bien souvent des avantages économiques (un prix moins élevé que sur le marché noir) et ils permettent de suivre les modes et/ou habitudes de consommation des usagers, étant donné que les clubs limitent le nombre de plants et de grammes par usager. Dès lors, ils pourraient aussi jouer un rôle dans la détection des usages problématiques, selon les défenseurs de ces clubs. En outre, à la réception de leur cannabis, les membres des clubs reçoivent un dépliant avec une description de la variété du produit (composition génétique, effets physiques spécifiques et mentaux, etc.), et – le cas échéant – une note moyenne donnée par les membres qui l'ont testé. Ils reçoivent une brochure rappelant les règles du club et les instructions pour une utilisation contrôlée. Le dépliant renseigne également les adresses d'un médecin généraliste et d'un centre de prévention, au cas où des membres éprouveraient des problèmes de santé (ou autres) liés à leur consommation. Cette documentation n'est toutefois actuellement disponible que dans les CSC solidement établis dans le pays.

128 Cette mesure à cheval entre la répression et la dépénalisation permet – dans une certaine mesure – aux cannabis clubs d'évoluer juridiquement dans une zone grise. Toutefois, ce flou juridique est loin d'assurer leur subsistance : certains clubs ont été dissous à cause d'actions en justice et d'autres ont préféré cesser leurs activités suites à des menaces juridiques. Par exemple, en octobre 2015, les plants de l'asbl «Bon Pied Bonne Herbe» à Tournai ont été saisis par la police sous couvert que les pratiques des cannabis club restent illégales.

En ce qui concerne les **menaces** qui pèsent sur les CSC belges, l'auteur identifie de possibles tentatives de détourner ce modèle à des fins criminelles, l'émergence de clubs à but lucratif, ou encore une forme de violence qui pourrait émaner des entrepreneurs du marché noir, en raison de la concurrence que les cannabis clubs représentent. Ainsi, les faiblesses du modèle belge seraient principalement liées à la nature «instable» voire «transitoire» de ces clubs, au manque de transparence de leurs opérations, à la légèreté de certaines stratégies de contrôle «qualité», au risque qu'ils se transforment en entreprises, etc. D'après Decorte, les CSC «pourraient fournir une option sûre et viable pour les décideurs qui envisagent l'option d'un marché réglementé pour le cannabis, mais qui ne souhaitent pas pour autant franchir le cap de la disponibilité commerciale complète.». Les autorités locales pourraient même accompagner et/ou encadrer l'implantation et le développement des CSC, veiller à ce qu'ils ne se transforment pas en mégastructures commerciales (comme c'est le cas en Espagne), faire appliquer des normes de qualité de production et des taux de concentration en THC, et ainsi contribuer à leur plus-value en terme de santé publique par rapport au modèle prohibitionniste.

> Quels modèles législatifs alternatifs ?

La législation autour du cannabis – et des drogues illégales en général – peut prendre plusieurs formes, de la plus prohibitive à la plus libérale, comme en témoignent la diversité des législations nationales en la matière. Selon les interlocuteurs, on parle de régularisation, de dépénalisation, de légalisation… selon des termes et des règles qui changent de l'un à l'autre pays. Pour conclure donc, nous voudrions éclaircir ces considérations multiples qui sont autant de modèles législatifs que la Belgique pourrait adopter.

Dans un article intitulé «Cannabis : Réguler le marché pour sortir de l'impasse», Kopp et al. (2014), en réponse au constat d'échec de la prohibition, proposent trois modèles législatifs alternatifs pour le cannabis : la dépénalisation, la légalisation dans le cadre d'un monopole public et la légalisation dans le cadre concurrentiel.

Le **scénario 1** (dépénalisation de l'usage) a comme avantage de réduire fortement le coût budgétaire de la répression, mais pas de contrôler le niveau des prix ni la qualité du produit puisqu'il sera toujours produit dans la clandestinité. Dans ce cas, l'état se prive également de pouvoir prélever des recettes fiscales liées à la vente du produit. Selon les auteurs, en cas de dépénalisation de l'usage, la prévalence de la consommation pourrait légèrement augmenter en raison de l'absence de risque d'interpellation pour le simple usager, et de la diminution probable de la stigmatisation des usagers. Il s'agit du modèle alternatif le plus répandu dans le monde et il peut prendre différentes formes. Généralement, la dépénalisation porte sur la seule consommation et la possession de petites quantités, comme c'est notamment le cas dans plusieurs États des États-Unis ou au Portugal.
La légalisation de la production, de la vente et de l'usage du cannabis dans le cadre d'un monopole public (**scénario 2**) permettrait à l'état de contrôler le prix et la qualité du produit. Cette option génèrerait des recettes fiscales significatives pour l'État (en lien avec la vente du produit) et entraînerait une diminution importante des dépenses publiques liées à la répression. D'après l'estimation des auteurs, si ce modèle était implanté en France, l'impact budgétaire total pour un prix du cannabis majoré d'environ 40 % par rapport au prix de vente actuel sur le marché noir, s'élèverait à 1.8 milliards d'euros pour un nombre de consommateurs inchangé, dont une partie pourrait être directement utilisée pour améliorer la prévention et l'offre de soin. Enfin, le fait de pouvoir fixer le prix permettra à l'État d'influer sur l'accessibilité au produit et ainsi d'avoir un impact sur la consommation. Néanmoins, la fixation d'un prix trop élevé pourrait avoir comme conséquence une résurgence du marché noir.
La légalisation dans le cadre d'un marché concurrentiel (**scénario 3**) est similaire à la légalisation dans le cadre d'un marché public, si ce n'est que le prix subira des fluctuations liées aux lois du marché. Il pourrait dès lors dans un premier temps chuter, en raison de la concurrence, et entraîner une augmentation de la consommation.

L'approche des auteurs s'ancre essentiellement dans des considérations marchandes, et place le prix comme l'un des principaux – si ce n'est le seul – déterminants de la demande. Pourtant, les rapports offre/demande sont nettement plus complexes, et peut-être plus encore lorsqu'il s'agit de substances psychoactives, car différents déterminants sont à l'œuvre (individuels, culturels, situationnels et sociologiques). Augmenter le prix d'un produit psychoactif ne provoque donc pas *de facto* une diminution du nombre de consommateurs ou de la fréquence de consommation, d'autant plus qu'une telle mesure peut avoir un impact variable au sein des différentes strates de la population. En effet, les usagers peuvent

trouver davantage de récompense, de plaisir, de soulagement, etc. dans la consommation de cannabis et choisir de diminuer leurs dépenses dans d'autres domaines (nourriture, santé, logement…). Et les impacts en termes de perte de qualité de vie sont d'autant plus conséquents que les usagers sont précarisés.

Dans cette même mouvance et en continuité avec le plaidoyer de Decorte et al. (2013) pour une évaluation critique de la politique belge en matière de cannabis, nous invitons le lecteur à prendre connaissance de la proposition de réglementation formulée en novembre 2014 par la Fédito bruxelloise (voir FEDITO Bxl, 2014)[129]. Cette proposition insiste sur la nécessité de ne pas banaliser la consommation et de l'interdire au mineur, d'établir des règles claires et objectives pour les consommateurs majeurs et d'effectuer un contrôle et une réglementation stricte sur la qualité des produits (taux de THC limité, présence obligatoire d'un certain pourcentage de cannabidiol, etc.). Elle propose également d'autoriser l'autoproduction et la production collective (sous forme de CSC) à des fins de consommation personnelle ainsi que la vente dans des lieux agréés, sans possibilité de publicité. Enfin, ce document passe en revue les différents mesures pouvant être prises afin d'améliorer la prévention, la réduction des risques et le soin spécifiques en matière de cannabis.

1.4.4. LES SYSTÈMES JUDICIAIRES ALTERNATIFS POUR LES USAGERS DE DROGUES

Afin de proposer aux usagers de drogues une peine alternative à l'emprisonnement, les tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT) ont fleuri dans le monde au début des années 2000. Au Canada, aux États-Unis, en Australie et en Europe, ils offrent une alternative aux traitements «traditionnels» des délits liés à la drogue, dans les limites des délits ressortant du crime organisé (c'est-à-dire pour autant que l'individu ne soit pas poursuivi pour une infraction commise au profit ou sous la direction d'une organisation criminelle). Dans la présente partie, nous présentons le projet-pilote gantois de tribunal de traitement de la toxicomanie, lancé en 2008, ainsi que le modèle de la Commission de dissuasion de la toxicodépendance (CDT), mis en place au Portugal en 2001 conjointement à la décriminalisation de l'usage de drogues.

> Le tribunal de traitement de la toxicomanie de Gand

En Belgique, les TTT se sont développés en tant que projet-pilote à Gand depuis 2008. L'idée est de réorienter vers des parcours de traitement et de réhabilitation (plutôt que d'incarcérer) les personnes arrêtées pour des délits commis en raison de leur usage de drogues. Le principe est le suivant :
Quand une personne est arrêtée pour un délit, le parquet décide s'il est pertinent ou non de la réorienter vers la DBK («drugbehandelingkamer») ou TTT (en français). Il fonde sa motivation sur l'existence ou non d'un lien causal entre la consommation de drogues et le délit commis (et pour lequel le prévenu est reconnu coupable). Si le prévenu corrobore le diagnostic du parquet, ce dernier lui propose d'entrer dans un parcours TTT. Dans le cas où le prévenu accepte cette alternative, il est mis en contact avec une «personne de liaison» chargée de son suivi, mais restera suivi par le même juge et le même procureur (Wittouck et al., 2015a). Dans le cas où le prévenu refuse, ou si le parquet décide *a priori* que l'orientation en TTT n'est pas pertinente, la procédure pénale classique (c'est-à-dire sans suivi ou réhabilitation du prévenu) se poursuit et conduit à l'audience finale (où le tribunal rend son jugement définitif). La personne de liaison assure l'accompagnement de l'usager en remplissant trois fonctions : 1) co-construire avec l'usager le plan de traitement et les objectifs, en concordance avec les besoins particuliers de celui-ci ; 2) mettre l'usager en relation avec les institutions d'aide et de soins appropriées ; 3) assister l'usager dans l'exécution du plan et dans son exposé au tribunal (Wittouck et al., 2015b).
Une fois le plan de traitement établit, celui-ci est présenté au parquet. S'il y a désaccord de l'une ou l'autre partie, l'usager et la personne de liaison retravaillent le plan. S'il y a accord, le plan peut débuter. L'usager remet les preuves exigées par son parcours TTT au magistrat qui juge de sa bonne avancée ou non (audience de suivi). Au terme du parcours – ou si celui-ci est interrompu – le juge évalue le parcours et identifie les éventuels progrès, et en tiendra compte lors du prononcé du jugement définitif du délit à l'audience finale.

129 http://feditobxl.be/cannabis/

Les TTT gantois ont été évalués sur base de deux variables quantifiables : les dépenses liées à leur mise en place et le taux de récidives chez les prévenus qui en ont bénéficié. Concernant la récidive, l'étude de Wittouck et al. (2015b) montre que le taux de récidive est significativement moindre chez les personnes ayant suivi un parcours TTT que chez celles qui ont suivi la procédure classique ou qui ont été condamnées à une mesure probatoire, durant les 18 mois suivant le jugement définitif. Plus spécifiquement, il apparait que, sur le nombre total de répondants ayant bénéficié d'un parcours TTT, l'on constate une amélioration du comportement pour 80 % d'entre eux. 3/4 de ces derniers n'ont pas récidivé lors des 18 premiers mois après leur trajet TTT ; et «1/4 a commis au cours de cette période moins de faits en moyenne sur une base annuelle qu'auparavant.». Toutefois, les 20 % restant récidivent aussi fréquemment voire plus fréquemment.

En ce qui concerne les dépenses liées aux TTT, elles ont été estimées pour le modèle gantois à environ 120.000 euros. S'il n'y a pas eu ici d'estimation du coût-bénéfice, des évaluations réalisées dans d'autres pays suggèrent un intérêt en la matière, en raison de la baisse de la récidive et de l'incarcération (Logan, Hoyt, McCollister, French, Leukefeld, & Minton, 2004), et d'une hausse des recettes fiscales, notamment grâce à une amélioration de l'employabilité des «(anciens) toxicomanes» (Wittouck et al., 2015b).

L'intérêt des TTT réside dans le fait que lors d'une procédure classique, le juge ne sait pas toujours orienter les prévenus de manière efficace vers des structures d'aide. Dans le cadre du TTT, le plan proposé à la cour s'élabore sur une évaluation globale du prévenu (santé, emploi, assuétudes au sens large, logement, finances, etc.). La question qui se pose avant d'orienter le prévenu vers un parcours TTT est de savoir si les actes du prévenu auraient été les mêmes s'il ne consommait pas de drogues. Et si le programme proposé se situe dans une dynamique motivationnelle et de responsabilisation, la sanction est toujours possible, puisque le TTT reste un tribunal.

Ceci dit, le fonctionnement du TTT suscite quelques critiques. En effet, il n'est pas toujours aisé de distinguer si les objectifs du plan auxquels souscrit le prévenu correspondent effectivement aux besoins de celui-ci ou aux attentes du TTT (Wittouck et al., 2015b). L'on peut dès lors se demander quelle est la marge de manœuvre réelle du prévenu, qui, d'une part, se trouve face à l'autorité imposante du système judiciaire, et, d'autre part, risque de se trouver condamné ou sanctionné s'il ne collabore pas et refuse le plan le concernant.

En voulant privilégier le soin plutôt que la sanction, les TTT semblent considérer les usagers de drogues comme étant des personnes *malades*. Et la rhétorique du choix – qui dans les faits n'est pas si libre qu'il y paraît – place la consommation (et donc la maladie et la guérison) du côté de la responsabilité individuelle, ce qui peut paraître à première vue antinomique. Toutefois, Wittouck et ses collaborateurs (2015b) nuancent en précisant que la motivation personnelle n'est pas le seul facteur de réussite du TTT, et que le contexte social est également déterminant, d'où la nécessité de mettre également en place un travail visant l'inclusion et la réinsertion sociale, de manière à limiter le risque de stigmatisation et de discrimination (voir Colman & Vander Laenen, 2012 ; Sumnall & Brotherhood, 2012).

Le lien causal entre délit et consommation de drogues est un prérequis des TTT qui permet certes d'orienter les usagers problématiques vers des structures de soins et d'aide à la place d'une réponse pénale classique. Cependant, les acteurs judiciaires ne sont pas formés pour établir si une consommation est ou non problématique, si l'usager est en état de dépendance. Ce mélange de critères juridiques et diagnostiques a pour conséquence que des usagers peuvent être orientés à tort vers un TTT, et que d'autres pourraient ne pas se le voir proposer alors que cela serait indiqué (Wittouck et al, 2015b).

Plus globalement, il parait nécessaire de replacer le délit et la consommation à la fois dans le parcours individuel de l'usager (ce que prévoit en théorie les TTT), mais aussi dans un contexte sociétal de précarisation et d'une culture prohibitionniste (ce qui n'apparait pas d'emblée dans les TTT). Les personnes prises dans les trajets TTT sont en «fin de parcours», un parcours de désaffiliation, de marginalisation, de précarisation,[130] dont l'inéluctabilité apparente témoigne d'un dysfonctionnement systémique en amont, qui handicape la détection précoce des usages problématiques, la promotion de la santé et l'aide aux personnes ; un dysfonctionnement inextricable du contexte prohibitionniste et répressif dans lequel

130 Voir les profils des groupes comparés dans l'étude de Wittouck et al. (2015).

il s'inscrit. Rappelons en effet que ce paradigme prohibitionniste favorise la criminalité liée à l'usage de drogues (les usagers les plus marginalisés n'ayant souvent pas d'autres options que le deal, le vol, la mendicité ou la prostitution pour pouvoir acheter leurs produits). Cette prohibition est aussi responsable du sous-financement des secteurs de la prévention, de la réduction des risques et de l'assistance, ce qui limite l'efficacité des programmes de prévention de l'usage problématique et de détection précoce. En effet, ce système alloue prioritairement les moyens disponibles dans la répression policière et judiciaire. Plus encore, il construit l'histoire des usagers des TTT comme étant inhérente à l'individu et de l'ordre de la responsabilité individuelle.

On peut aussi reprocher à cette démarche d'être une nouvelle forme d'ingérence de la Justice dans les soins, alors que ces deux secteurs poursuivent des objectifs différents avec une temporalité distincte, ce qui peut provoquer des tensions et entraver la bonne collaboration (Hough, 2002). La durée d'une prise en charge est plus longue qu'un trajet en TTT (dont la durée varie entre 3 et 8 mois, en moyenne), en particulier quand l'approche de l'individu est globale, et d'autant plus si celui-ci est désaffilié, marginalisé et qu'il désire s'extirper d'un cumul de difficultés (logement, dettes, santé…), ce qui est souvent le cas pour les personnes qui bénéficient d'un TTT. Il pourrait donc être pertinent de mettre en place un dispositif assurant une continuité des soins après le trajet TTT.

L'évaluation menée par Wittouck et al. (2015b) est en définitive favorable aux TTT, mais elle en identifie les limites. Les auteurs suggèrent donc une série de recommandations afin d'améliorer les TTT avant de les étendre à d'autres arrondissements :

- Appuyer les motifs d'intégration au parcours TTT uniquement sur base de critères juridiques ;
- Orientation vers le secteur de l'aide uniquement sur base d'objectifs concrets, réalisables et vérifiables ;
- Suivi judiciaire ciblé des objectifs figurant dans le plan de traitement ;
- Faire concorder le jugement final avec le déroulement du trajet et veiller à la continuité des soins au terme du TTT ;
- Améliorer le système d'enregistrement des données judiciaires relatives aux personnes avant et pendant le TTT.

L'EMCDDA (2015c) souligne toutefois que les évaluations relatives à ce type d'alternative ont fourni des résultats mitigés en Europe, par manque d'homogénéité des méthodes d'évaluation mais aussi parce que les objectifs des TTT ne sont pas toujours clairement spécifiés. Enfin, il relève aussi que ce type d'approche est peu plébiscité en Europe, les pays ayant plus volontiers opté pour des politiques de décriminalisation ou de dépénalisation (qui constituent des alternatives à la prison et non pas des alternatives à la sanction).

› Le modèle portugais[131]

Depuis que la loi décriminalisant l'usage de drogues a été votée en novembre 2000, le modèle portugais fait figure de proue en matière d'alternative à la répression de l'usage de drogues. Les drogues y demeurent cependant prohibées. Concrètement, si un individu est intercepté avec des quantités inférieures à 10 jours de consommation (estimées à 1g d'héroïne, 25g de fleurs et feuilles de cannabis, 1g de MDMA, par exemple), il devra se présenter en commission de dissuasion de la toxicodépendance (CDT)[132]. Au-delà de ces quantités, l'individu pourra être poursuivi pour trafic.

Les CDT sont sous la responsabilité du ministère de la santé (et non pas de la justice). Elles sont composées d'une équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer la situation personnelle et la consommation de l'usager. Aucun casier judiciaire n'est ouvert, dans la mesure où il s'agit d'une procédure administrative. Via des entretiens préliminaires, l'équipe tentera d'appréhender la situation psychosociale de la personne et d'évaluer les risques et la nature de sa consommation (de substances légales et illégales). Elle l'informera également des risques liés à la consommation et rappellera le cadre légal. Une fois le profil de la personne dressé, la commission s'efforcera de déterminer si l'usager est dépendant ou non, et établira

131 Les informations reprises ici sont issues des interventions de João Goulão, directeur du Service portugais d'Intervention autour des Comportements Addictifs et des Dépendances (SICAD) et de Carla Silva Joaquim de la Commission de Dissuasion de Lisbonne, lors de la journée d'étude «Les tribunaux de traitement de la toxicomanie. Quels enjeux, quels résultats, quel avenir ?», organisée le 23 octobre 2015 par la Fédito Bruxelles et la Concertation Assuétudes-Prison de Bruxelles.

132 Si l'usager à moins de 16 ans, il est acheminé vers une commission pour les mineurs où l'on évalue les risques, l'importance de ses problèmes scolaires, familiaux, etc.

un plan d'action adapté. S'il est déclaré non-dépendant, l'usager sera renvoyé vers des «interventions motivationnelles»[133]. En cas de diagnostic de dépendance, la commission proposera un traitement. Si l'usager accepte, la procédure se poursuit. En cas de refus ou de récidive, une série de sanctions est possible : amende, travaux d'intérêt général, donation, présentations périodiques.

S'il précise qu'il peut être difficile d'établir des liens de cause à effet entre la dépénalisation et des résultats particuliers, João Goulão, directeur du Service portugais d'Intervention autour des Comportements Addictifs et des Dépendances (SICAD), pointe plusieurs tendances qui se dessinent depuis la création des CDT, en 2001 :

- Réduction de la stigmatisation des usagers de drogues ;
- Réduction de la consommation de drogues illicites chez les adolescents ;
- Réduction des morts et maladies infectieuses liées à la consommation d'opiacés ;
- Réduction de l'engorgement du système pénal ;
- Efficacité accrue des forces de police qui ont davantage de temps pour lutter contre le crime organisé.

La dépénalisation de la production et la régularisation étatique du marché permettraient, comme déjà souligné (cf. partie sur la légalisation du cannabis), de contourner les problèmes liés au marché noir et aux organisations criminelles.
«Au sein du paradigme prohibitionniste, le Portugal est allé aussi loin que possible» (João Goulão). Cependant, l'objectif fondateur des CDT reste bien de dissuader la consommation de drogues et de prévenir l'usage et l'abus de drogues. Dès lors, dans une approche hygiéniste, tout usager régulier risque d'être considéré comme une personne malade qui requiert une prise en charge médicale. À notre sens, une approche selon laquelle tout usager de drogues dépendant est uniquement atteint d'une maladie s'affranchit de comprendre l'individu dans sa complexité psycho-socio-sanitaire. Sans rejeter l'existence d'usagers de drogues dont la consommation est maladive et requiert une attention médicale, dans pareille rhétorique, l'on pourrait douter de l'existence de consommations récréatives ou régulières non-problématiques. Enfin, le paradigme soutenu par ces procédures semble également être celui de la carrière. Selon celui-ci, toute consommation de drogues est destinée à devenir problématique et tout usager à finir toxicodépendant, sans reconnaître la possibilité de développer un usage responsable et contrôlé.

1.4.5. TRANSFERT DE COMPÉTENCES : PRISON ET SOINS DE SANTÉ

Notre précédent rapport évoquait l'appel en faveur d'un transfert des compétences relatives aux soins des détenus depuis le ministère de la Justice vers le ministère de la Santé publique ou celui de la Sécurité sociale[134]. En effet, un tel transfert s'avère incontournable afin de garantir une prise en charge optimale de la santé des détenus et de pérenniser à la fois les récoltes de données et les projets de prévention et de RdR.

Deux évènements récents plaident en faveur d'un tel transfert. D'abord, le SPF Justice n'a pas donné suite au financement de l'opération Boule-de-Neige en milieu carcéral de l'asbl Modus Vivendi et ses partenaires. Les opérations Boule-de-Neige reposent sur une méthode de prévention par les pairs. D'abord menée auprès d'un public de rue, elle a été adaptée aux spécificités de l'usage de drogues en milieu carcéral. Dans le cadre de ce projet, des détenus volontaires sont formés à la prévention et à la RdR, moyennant une petite rémunération, et sont chargés de contacter et transmettre leur savoir à leurs pairs. Si le financement de ce projet a ainsi été arrêté, c'est notamment parce que le temps de travail des deux coordinateurs politique drogues en charge de faire les liens entre le projet Boule-de-Neige et les prisons a été fortement diminué. Dans la mesure où ces coordinateurs sont responsables de l'ensemble des questions drogues en milieu carcéral, la mise en place de programmes de prévention et de réduction des risques est ainsi menacée, tout comme la continuité des soins spécifiques en assuétudes entre la prison et le milieu libre. En cas de rupture de traitement à la sortie de prison, les ex-détenus s'exposent fortement au risque de rechute, voire d'overdose. À cela s'ajoute la rupture tout aussi abrupte du suivi médical, puisque bien souvent les médecins et soignants traitants au sein de la prison ne sont pas informés de la libération de

133 «L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement.» (Miller & Rollnick, 2013)

134 Appel lancé par la Concertation Assuétudes-Prison de Bruxelles (CAPB) en mars 2014, avec le soutien de la Fédito bruxelloise et de la Fédito wallonne.

leur patient (Cornellis, 2015)[135]. Les coordinateurs sont certes toujours en charge de cette fonction de coordination, mais sans plus avoir le temps de l'exercer optimalement (Modus Vivendi, 2015).

Ensuite, et corollairement, l'enquête récurrente du SPF Justice sur l'usage de drogues en milieu carcéral et sur les risques associés ne sera probablement par reconduite. Cette étude, effectuée en collaboration avec le milieu associatif en 2006 et 2008 et menée par le SPF Justice seul en 2010, analysait les comportements en lien avec l'usage de drogues de 10 % (soit environ 1200 détenus) de la population carcérale de l'ensemble des 33 prisons du royaume (36 aujourd'hui)[136]. Elle devait aboutir à la définition d'une politique adéquate en matière de drogues en prison, l'usage y étant relativement élevé (pour plus de détail sur les résultats de la dernière enquête, voir notre rapport précédent). Et l'enquête, qui plus est, n'est pas sans avoir déjà fourni des résultats pertinents puisque «des liens ont pu être établis entre certaines substances psychotropes et l'absence de traitements médicamenteux accessibles aux détenus.»[137].

Dans un contexte où les politiques publiques n'assurent pas la cohérence entre les soins au sein des prisons et ceux à l'extérieur de celles-ci, les initiatives associatives sont pourtant indispensables. L'asbl Transit, par exemple, a conclu des accords avec 3 prisons afin que soit délivrée une avance de quelques jours de traitement aux détenus libérés, en attendant qu'ils intègrent le centre d'accueil et d'hébergement de Transit.

Concrètement, les acteurs de terrain exigent deux réformes essentielles : d'une part le transfert de la compétence «soins de santé en prison» du ministère de la Justice vers celui de la Santé publique, et d'autre part l'allocation d'un budget suffisant à la réalisation des missions des différentes asbl actives en prison. Avec la 6ème réforme de l'État, chaque entité fédérée devient libre de répartir les compétences liées à la santé et aux soins, et donc de négocier un tel transfert. On pourra alors espérer la reprise de l'opération Boule-de-Neige en prison et celle de l'enquête sur la prévalence des drogues en milieu carcéral. La question du transfert de la compétence «soins de santé en prison» est en cours de réflexion en région bruxelloise[138], ce qui n'est apparemment pas le cas en Région wallonne. Un groupe fédéral de réflexion baptisé «soins et détention» travaille également sur la question du transfert de cette compétence.

Si transfert il y a, un problème persisterait cependant : à savoir que l'entretien et la gestion des établissements pénitenciers, ainsi que la garantie des conditions fondamentales d'existence, resteraient aux mains de la Justice. Or, les conditions de détention sont souvent déplorables (surpopulation, insalubrité, etc.), ce qui peut bien entendu avoir des conséquences sur la santé physique et/ou mentale des détenus. Dès lors, si cela reste inchangé, un tel transfert s'apparenterait à placer moult rustines sur une chambre-à-air de toute façon poreuse : nécessaire, certes, mais assurément pas suffisant.

1.4.6. RÉFORME DES SOINS EN SANTÉ MENTALE ET ASSUÉTUDES

La réforme 107 est ainsi baptisée d'après l'article 107 de l'arrêté royal du 10 juillet 2010 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, qui permet son financement. Ce dernier est réalisé en allouant une partie des fonds destinés aux établissements hospitaliers vers des circuits et réseaux de soins ambulatoires, en contrepartie d'un gel de lits psychiatriques. Les moyens ainsi dégagés sont réinjectés dans des soins longitudinaux dispensés dans le milieu de vie du patient. Ainsi, une partie des moyens investis dans une prise en charge résidentielle des patients en santé mentale peut-être déplacée vers des soins ambulatoires (notamment à travers le déploiement d'équipes mobiles). De fait, les hôpitaux réaffectent une partie de leurs ressources humaines dans ces dispositifs. Cependant, les hôpitaux ne sont pas dans l'obligation

135 La question de la continuité des traitements se pose également au cours de l'incarcération : «un patient peut actuellement être amené à voir changer son traitement, ou à complètement l'arrêter, alors qu'il n'y a pas de raison médicale à cela lors d'un transfert d'une prison à une autre par exemple.» (Zanella, 2015).

136 Nathanaël Bailly, Observatoire bruxellois pour la prévention et la sécurité, communication personnelle, 27/07/2015.

137 Ibidem.

138 Proposition de résolution relative à la problématique de la formation, de la réinsertion et de la santé dans les prisons du 19 mars 2014, déposée au nom des commissions réunies de l'Enseignement, de la Formation, de la Culture, du Tourisme, du Sport et du Transport scolaire, des Affaires sociales et de la Santé, Parlement francophone bruxellois.

de répondre favorablement à la dynamique lancée par la réforme qui reste encore temporaire et non-systématique[139].

L'idée est donc, d'une part, de privilégier une approche globale de la santé mentale, qui s'élabore à partir des besoins psycho-socio-sanitaires du patient, et, d'autre part, de désinstitutionnaliser les soins de santé mentale – partant du postulat que l'ambulatoire présente de meilleurs résultats que le résidentiel. Dans le cas où l'admission en institution serait inévitable, le personnel soignant veillera à ce que celle-ci soit aussi courte que possible[140].
L'objectif de la réforme est double : humaniser les soins et réaliser des économies. Les projets ainsi financés doivent répondre à 5 fonctions qui favoriseront la constitution de réseaux et de circuits de soins : la prévention et le dépistage, l'accompagnement ambulatoire intensif (les équipes mobiles), la réhabilitation psycho-sociale, le traitement résidentiel intensif de courte durée, et le développement d'habitats spécifiques diversifiés.
Les équipes mobiles mises en place dans le cadre des projets 107 doivent adopter une organisation en réseau sur un territoire donné et conclure des conventions de collaboration avec tous les acteurs concernés par cette prise en charge globale du patient, qu'ils soient spécialisés ou non en santé mentale.

Les premières appréciations, positives et négatives, d'équipes mobiles déjà opérationnelles avant la réforme 107, mettent en évidence plusieurs points qui fournissent un éclairage sur les recommandations et critiques formulées par le secteur des assuétudes.
Ainsi, dans une évaluation des effets de la réforme sur les Maisons Médicales (MM), Causin et al. (2014) observent que la réforme fait l'objet de nombreuses critiques, notamment parce qu'elle «a été élaborée sans concertation avec la première ligne, que les hôpitaux n'ont aucune obligation de s'y engager, et que le personnel affecté reste celui de l'hôpital.». En effet, d'une part, le personnel des équipes mobiles continue à être employé par les hôpitaux, dont il est issu ; d'autre part, le réseau 107 et les équipes mobiles semblent s'être greffés aux réseaux ambulatoires déjà établis. Le risque, dès lors, est que les hôpitaux «s'associent de manière un peu virtuelle avec quelques opérateurs de terrain sans tenir compte vraiment de ce qui se fait déjà. Ce qui pourrait aboutir à des concurrences stériles plutôt qu'au développement de complémentarités dont on a vraiment besoin.» (Dr Mariage, 2010).

Causin et al. (2014) listent déjà plusieurs constats épinglés par la MM de Tournai, partenaire d'un projet 107 depuis 2 ans :

- L'augmentation du nombre de patients souffrant de troubles de la santé mentale. Ceci peut s'expliquer par différents facteurs, tels que la prise en compte plus systématique – ou plus fréquente – de la composante psychique au sein des difficultés multiples des patients qui fréquentent les MM, une meilleure identification de la MM comme structure impliquée dans la prise en charge de problématique de santé mentale, et un sur-étiquetage «psy» des patients suivis par l'équipe mobile.
- L'augmentation de la charge de travail a augmenté, notamment parce que les patients ayant des troubles mentaux sont bien souvent ancrés dans des problématiques sociales plurielles et complexes (y compris des problématiques de consommation de drogues et d'alcool nécessitant une réponse tout aussi complexe et coûteuse en ressources humaines et temps de travail.
- Indéniablement, les réalités de terrain rattrapent rapidement la théorie. En effet, comme souligné ci-dessus, les travailleurs des équipes mobiles '107' sont originellement des travailleurs hospitaliers. Ils ont donc déjà développé une certaine «culture de travail», c'est-à-dire qu'ils ont des manières de travailler, des habitudes de fonctionnement et de pensée, certes adaptées au milieu hospitalier, mais qui nécessitent des ajustements à la réalité du travail ambulatoire. Ces ajustements prennent du temps et ne peuvent se faire sans la bonne volonté et la collaboration avec les intervenants de 1ère ligne ; c'est en effet par l'expérience sur le terrain et les échanges professionnels que se forgent le savoir-être et le savoir-faire.
- Des constats positifs enfin, à savoir que de tels services offrent une permanence 24h/24h, un accompagnement plus approprié qui prend en compte la composante psychique, et des hospitalisations moins fréquentes et de moins longue durée.

139 «En effet, il n'y a pas encore de projets 107 dans toutes les provinces de Wallonie et il y en a 2 dans la province du Hainaut mais pas à Charleroi. Le projet est en train de se mettre en place dans la Province du Luxembourg.» (Pascale Hensgens, Fédito wallonne, communication personnelle, 08/12/2015). De même, il existe pour le moment 2 projets à Bruxelles.

140 «Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins», réseaux Psy107.

Enfin, si la rencontre avec les équipes mobiles est «formatrice» et «fructueuse» pour les acteurs sociaux, elle concrétise tout de même des difficultés non négligeables pour la pérennité des projets 107. En effet, Causin et al. (2014) dénoncent le fait que les hôpitaux ont la «fâcheuse tendance à vouloir rester au centre du système» et que les financements sont inadaptés. Il faudra donc à l'avenir extirper le personnel des équipes mobiles du carcan hospitalier et d'une «logique de soins centrés sur la maladie au bénéfice d'un système centré sur le patient dans son milieu». Suite à ces constats, les auteurs recommandent fortement que «les réseaux [soient] autonomes et dispose[nt] d'une structure juridique associant les acteurs du réseau et de[s] représentants des usagers [...] et [soient] les employeurs des équipes mobiles»[141].

Les financements dégagés par le gel des lits psychiatriques sont largement investis dans la seconde mission des réseaux, à savoir l'accompagnement ambulatoire intensif (c'est-à-dire les équipes mobiles) alors que, pour rappel, 5 missions sont visées par cette réforme. Par conséquent, «au-delà de ces équipes, pour tout ce qui est en plus, on doit puiser dans les ressources des partenaires», déplore Irina Stefanescu[142] (Mormont, 2014). Cela pose principalement deux problèmes. Premièrement : l'implication des hôpitaux dans les projets 107 est conditionnée par le nombre de lits qu'il est possible de geler. Or les régions ne sont pas égales en termes de lits psychiatriques, et par conséquent, en termes de financements transférables. Bruxelles, plus particulièrement, est significativement moins fournie en lits que les autres régions. Néanmoins, avant même la réforme 107, la tendance bruxelloise était déjà au recours à l'ambulatoire, tant en réseaux formels qu'informels, comme alternative à l'hospitalisation[143]. Deuxièmement : «les hôpitaux utilisent régulièrement leurs lits pour répondre à des problématiques sociales» (De Boeck, cité par Mormont, 2014), dont la précarité de logement. Or, les projets 107 supposent, pour être efficients, que les patients aient un domicile, ce qui n'est pas toujours le cas. Ainsi, Causin et al. (2014) précisent que dans certains services psychiatriques, on dénombre «jusqu'à 80 % de sans domicile fixe» et que dans ces cas-ci, les patients sont domiciliés à l'hôpital. La déshospitalisation «pourrait dès lors augmenter la précarité et l'errance de certains patients».

Dans une interview de l'asbl L'Autre Lieu[144], Devlesaver (2015) met en évidence une autre problématique liée au lancement de la réforme 107, à savoir que cette dernière rigidifie la plasticité des parcours de soins. Autrement dit, la réforme instaurerait des «parcours standardisés» qui ne tiendraient pas compte des pratiques réelles des usagers et du caractère multidimensionnel de la santé mentale. Dès lors, la réforme ne ferait que déplacer la main mise institutionnelle – de l'hôpital psychiatrique donc – vers le domicile des usagers plutôt que de proposer des soins de santé en réelle adéquation avec les besoins et réalités multiples des usagers. Ces besoins étant aussi nombreux et particuliers qu'il y a de patients. Ainsi, les circuits empruntés par les usagers peuvent être sinueux, et prendre en charge le «mal-être» c'est aussi «explorer comment trouver son chemin au sein des différents services ; c'est repérer les ressources susceptibles de nous aider (et celles-ci peuvent être très éloignées d'un circuit de soins stricto sensu).». Dans ce contexte et selon Devlesaver (2015), les équipes de terrain, d'appui et de suivi gagneraient à inclure des acteurs non spécialisés en santé mentale, afin d'offrir une prise en charge globale et inclusive de la santé mentale, flexible et adaptée aux besoins des usagers.

Si la Réforme 107 en est à son coup d'essai[145], l'accord du Gouvernement fédéral du 9 octobre 2014 n'a pas forcément rassuré le **secteur des assuétudes**. Il faut noter, d'abord, que lorsque l'accord aborde la question des drogues, c'est uniquement sous l'angle soit de la répression, soit des soins de santé mentale. Le cadre est posé.
Plus précisemment, la Fédito wallonne s'interroge sur le flou persistant de certaines assertions présentes dans l'accord gouvernemental concernant la Réforme de la santé mentale. En effet, lorsque l'accord précise que «la nouvelle organisation du secteur [...] promeut [...] la coopération entre les hôpitaux et les prestataires de soins ambulatoires», la Fédito wallonne pose la question de l'implication de la 1ère ligne

141 D'ailleurs, «la réforme santé mentale enfants/ados a tenté de sortir de cet écueil du «tout à l'hôpital».» Dans ce cas-ci, «c'est le comité de réseau qui décide des actions qu'il finance sans toutefois avoir de personnalité juridique. Il a donc la possibilité de passer des conventions avec des services de première ligne qui peuvent faire office d'employeurs.» (Pascale Hensgens, Fédito wallonne, communication personnelle, 08/12/2015).

142 Irina Stefanescu est psychologue au service de santé mentale La Gerbe et représentante de la fonction 1 au Comité de réseau de la zone Bruxelles-Est.

143 Notamment via la création du réseau Hermès Plus (Causin et al, 2014).

144 «L'Autre Lieu est une ASBL qui s'intéresse aux liens entre santé mentale et société. Veillant à ce que le bien-être d'une personne soit abordé globalement, elle refuse le monopole des professionnels sur la santé et lutte contre toute forme d'enfermement psychiatrique» (http://www.autrelieu.be/).

145 Son évaluation «a été confiée à deux équipes de recherche universitaires» (Causin et al, 2014).

dans le processus. La fédération souligne qu'une telle concertation est «une condition indispensable à l'élaboration de circuits de soins dans un modèle centré sur le milieu de vie de l'usager.» (Fédito wallonne, 2015). Plus loin dans l'accord gouvernemental, il est écrit, encore, que «les rôles des différents acteurs de la santé concernés seront précisés et harmonisés. [...] Cela doit aller de pair avec une réduction de la consommation de psychotropes.». L'inclusion de l'usage (problématique ?) des drogues dans la Réforme des soins de santé mentale ainsi explicitée, la Fédito wallonne (2015) pointe quelques zones d'ombre :

- Quelle forme «va prendre le développement du modèle sous-tendu par la Réforme des soins en santé mentale» ?
- Quelle place «en termes d'expertise [...] sera réservée au secteur wallon spécialisé en assuétudes» ?
- De quels moyens humains et financiers celui-ci bénéficiera-t-il afin de «favoriser l'accueil et l'accompagnement de certains usagers de drogues exclus des dispositifs de soins et d'accompagnement» ?
- Que recouvre la notion d'«harmonisation des rôles des différents acteurs de la santé» ?
- Quelle «méthode de concertation des rôles des différents acteurs de la santé» sera mise en place ?

La consultation des acteurs spécialisés en assuétudes est pourtant un enjeu central dans la mise en place de la Réforme, puisqu'elle permettrait une meilleure coopération entre professionnels et une meilleure connaissance du terrain et des projets en cours. Car dans les faits, les projets 107 viennent se greffer sur un dispositif wallon de prise en charge des assuétudes, qui fonctionne déjà en réseau avec des partenaires publics et privés de différents secteurs (dont les maisons médicales, la santé mentale, la réduction des risque, etc.), et ce, afin de favoriser la continuité des prises en charge.
Ainsi, «le champ d'intervention des acteurs «assuétudes» dépasse largement le cadre du champ d'intervention des soins en santé mentale.» (Fédito wallonne, 2015). Et c'est là tout l'enjeu des interactions entre le secteur «assuétudes» et la Réforme 107, à savoir que si la Fédito wallonne soutient une «réelle dynamique de complémentarité», elle met en garde contre toute dérive incorporatrice qui assimilerait les assuétudes à une problématique de santé mentale. Et ceci alors que la nature des interventions en assuétudes (et des phénomènes que celles-ci recouvrent) est aussi diversifiée que celle des modes de financement[146]. Plus encore, les structures spécialisées en assuétudes inscrivent déjà leurs services dans une logique de continuum psycho-socio-sanitaire. Autrement dit, les interventions du secteur «assuétudes» vont au-delà de ce que propose la Réforme, puisqu'elles comprennent les usagers dans la complexité des réalités qui s'imbriquent et s'influencent : l'usager est certes doté d'une psyché, mais il est aussi un être social et socialisé qui s'inscrit dans un contexte socioculturel, sanitaire et politique. Aussi, les interventions «tiennent compte des contextes de consommation, des projets personnels de vie, des conditions de vie mais aussi de la réalité sociale.», ce qui explique pourquoi le secteur des assuétudes s'inscrit déjà dans des réseaux de collaboration avec les structures d'autres secteurs, que ce soit la Justice, la Santé, l'Éducation ou la Santé mentale.

Les défis de la Réforme 107, pour le secteur «assuétudes», consisteront d'une part à conserver la plasticité des soins et l'entrée de l'usager dans le réseau, en continuant d'adapter les soins et l'accompagnement aux besoins de la personne. Le secteur des assuétudes n'a pas attendu la Réforme pour créer un réseau intra et intersectoriel afin de garantir une prise en charge complète des usagers. Les travailleurs ont déjà tissé des liens à la fois entre eux et avec les usagers. Et puisque nous parlons d'adapter les services aux besoins des usagers, il nous semble important de rappeler que les demandes de soins émanent – sans pour autant qu'elles en soient à l'origine – également de personnes aux désaffiliations multiples, parfois sans domicile fixe. «Le lien social ne s'impose pas, il se rétablit progressivement par la qualité de la présence», rappelle Dispa (2015). C'est pourquoi des soins de qualité, la prévention et la réduction des risques, requièrent du temps et un réel travail de proximité et de patience afin d'établir un lien de confiance et de comprendre toute la complexité de la situation dans laquelle l'usager se trouve. Néanmoins, même si la notion de temps est essentielle dans le travail de proximité avec les usagers de drogues, soigner c'est aussi parfois travailler rapidement et dans l'urgence quand besoin en est. Or, dans certaines provinces belges, la fermeture de lits psychiatriques a exclu quasi d'office la prise en charge de personnes toxicodépendantes en situation d'urgence[147].

146 Les financements dépendent du décret Services de Santé mentale, des Plans stratégiques de sécurité et de prévention, des plans de cohésion sociale, du Service public fédéral Justice, du fond de lutte contre les assuétudes, etc.

147 Pascale Hensgens, Fédito wallonne, communication personnelle, 08/12/2015.

D'autre part, les défis de la Réforme reposent sur la nature de la relation entre le secteur des assuétudes et celui de la santé mentale. Si le double diagnostic[148] est une réalité, il n'est pour autant pas une règle systématique. Et plutôt que tendre vers la stigmatisation des usagers et une réduction de l'offre de prise en charge globale, il convient de renforcer la collaboration entre les secteurs et les travailleurs de divers horizons. Cette collaboration gagnerait en efficience si les comités des réseaux fondaient leurs décisions sur les réalités de terrain et les besoins à la fois des usagers et des acteurs sociaux, car «certains ont l'impression de travailler sur base de modèles, de programmes de soins directement issus de l'imagination de technocrates» (Mormont, 2014), trop éloignés du terrain pour instaurer un travail conjoint entre les deux secteurs.

Plus globalement et au-delà de cette réforme, il sera aussi nécessaire de réviser l'éclatement des niveaux de décision et de pouvoir, l'éclatement et le déséquilibre interrégionaux des moyens de financement et sources de subsides, et enfin, il faudra adopter une vision globale et concertée de la santé sur le(s) territoire(s) (Mormont, 2014).

1.4.7. UNION EUROPÉENNE : LES STANDARDS MINIMUMS POUR UNE RÉDUCTION DE LA DEMANDE DE DROGUES (2015)

Dans le cadre de son Action Plan on Drugs 2013-2016, le Conseil de l'Union Européenne (UE) a présenté le 14 septembre 2015 ses conclusions au sujet de l'implémentation de standards de qualité minimums relatifs à la réduction de la demande de drogues en UE. Bien que n'ayant pas force de contrainte pour les membres de l'Union, ce travail témoigne de la volonté des membres de mettre en valeur les stratégies de réduction de la demande de drogues, alors que l'accent est généralement mis sur la réduction de l'offre (la répression principalement) sur la scène internationale.
Ces standards minimums portent sur la prévention, la réduction des risques, le traitement et la réhabilitation et défendent une approche qualitative dans les interventions de réduction de la demande. Ils sont proposés parce qu'il existe «des différences entre les États membres concernant la qualité des interventions et services»[149] et qu'il est dès lors nécessaire de «réduire l'écart entre les pratiques déjà existantes et d'améliorer le niveau qualitatif global.».
Concernant les interventions en **prévention**, le Conseil propose les standards de qualité suivants :

- Les interventions en prévention ont pour cible «la population en général, les populations ayant un risque de développer un usage problématique ou une population/un individu avec un problème particulier. Les interventions peuvent viser à prévenir, retarder ou réduire l'usage de drogues, son escalade ou ses conséquences négatives sur la population générale et/ou sous-populations ; elles se basent sur les besoins de la population-cible.» ;
- Les professionnels de la prévention sont formés et spécialisés. Ils peuvent compter sur le soutien des institutions publiques et travaillent pour des organismes reconnus et accrédités ;
- Les intervenants ont accès et reposent leurs actions sur des critères de qualité en accord avec les informations qui remontent du terrain et/ou des programmes dont l'efficacité est prouvée ;
- Les interventions font partie d'un plan plus large et cohérent de prévention. Les programmes sont régulièrement évalués afin d'être améliorés.

En ce qui concerne la **réduction des risques** :

- La RdR inclut «des mesures relatives, sans s'y limiter, aux maladies infectieuses et à la mortalité liée à la drogue». Encore une fois, elles sont adaptées aux besoins de la population ;
- Les «interventions, informations et références sont fournies en concordance avec les caractéristiques et besoins des usagers des services, indépendamment de leur état de traitement» ;
- Les interventions «sont accessibles à tous ceux qui en ont besoin, même quand leur situation est à haut risque» ;

148 La notion de double diagnostic renvoie à une comorbidité ou coexistence, chez une même personne, d'un trouble psychiatrique et d'un problème lié à l'usage d'une ou plusieurs substances psychoactives (OMS, 1995).

149 Sauf si le contraire est précisé, les citations entre guillemets de cette partie sont nos traductions du document «Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union», publié par le conseil de l'UE en 2015.

- Les interventions sont construites «sur base d'expériences et de données scientifiques, et dispensées par un personnel qualifié et/ou formé (y compris les volontaires), qui suit une formation professionnelle continue».

Enfin, relativement aux interventions en matière de **traitement, d'intégration sociale et de réhabilitation** :
- Les traitements sont fondés sur des données probantes et sur les caractéristiques et besoins des usagers. Ils se font dans le respect de la dignité, de la responsabilité et de l'inclinaison au changement de ces derniers ;
- L'accès au traitement est ouvert «à toute personne dans le besoin et sur demande. Il n'est pas conditionné par des critères ou circonstances individuels ou sociaux, ou par le manque de ressources financières de l'usager. Le traitement est dispensé dans un délai raisonnable et dans une perspective de continuité des soins» ;
- Les interventions sont balisées de multiples objectifs à remplir progressivement, et qui sont régulièrement retravaillés et adaptés. Le cheminement de l'usager prend en compte les possibles rechutes ;
- Les interventions et services «reposent sur le consentement éclairé de l'usager. Ils sont axés sur le patient et encourage son autonomie [empowerment]» ;
- Le personnel est qualifié et formé en continu ;
- Les interventions et services font partie intégrante d'un continuum de soins et d'aide à la personne (logement, formation, éducation, aide sociale...) qui vise à l'intégration sociale de l'usager ;
- Les services de traitement mettent à disposition, sur base volontaire, des tests sanguins afin de détecter les maladies infectieuses. Ils offrent également des conseils en matière de RdR et un soutien pour les personnes malades ;
- Les interventions et services sont régulièrement évalués en interne et/ou en externe.

Le Conseil invite les États membres à apporter leur soutien aux programmes de réduction de la demande en accord avec ces standards, et d'investir dans leur évaluation en vue de leur amélioration. Il encourage à la coopération interministérielle et à l'inclusion de la société civile dans les différents processus d'implémentation des standards de qualité minimums.

1.4.8. INPUD «CONSENSUS STATEMENT ON DRUG USE UNDER PROHIBITION» (2015)

Ce document «Consensus Statement on Drug Use Under Prohibition» de l'INPUD (International Network of People who Use Drugs) émet une série de constats qui sont autant d'illustrations interpellantes du non-respect, à une échelle internationale, des grands principes mis en lumière par le Conseil de l'UE (voir la section précédente). Parmi ces principes fondamentaux, l'INPUD met notamment l'accent sur «le respect des principes éthiques, des droits de l'Homme, de la confidentialité et des caractéristiques sociales et culturelles, y compris les inégalités de genre et de santé.»[150].

L'INPUD est un mouvement international qui rassemble des usagers de drogues et soutient la déclaration de Vancouver. Laquelle réclame que leurs droits humains des usagers soient respectés et que des mesures de réduction des risques soient mises en place pour protéger la santé publique et individuelle. À cette fin, les usagers plaident pour être représentés dans les instances qui prennent des décisions susceptibles d'affecter leurs vies.

Les constats qu'ils rapportent sont issus d'une recherche qualitative qui rassemble et systématise les témoignages d'usagers de plusieurs pays. Quatre consultations sont à l'origine des recommandations formulées par l'INPUD ; chacune était composée de plusieurs focus groupes. L'une a pris place à Dar es Salaam (Tanzanie), une autre à Bangkok (Thaïlande), à Londres (Royaume-Uni) et à Tbilissi (Géorgie). Les

150 Sauf mention contraire, les citations entre guillemets sont tirées du document «Consensus Statement on Drug Use Under Prohibition» de l'INPUD (2015) et ont été traduites de l'anglais par nos soins. Nous invitons d'ailleurs le lecteur à prendre connaissance du document et des témoignages des participants (https://www.inpud.net/consensus_statement_2015.pdf).

participants ne venaient pas forcément des pays dans lesquels les consultations ont eu lieu. Et ces focus group ont été complétés par une consultation en ligne.

Le document est parcouru de citations des participants afin d'appuyer les constats et revendications politiques du réseau. La structure du document se découpe en 10 chapitres, chacun reprenant l'un des droits fondamentaux dont les usagers demandent l'application et le respect, au même titre que tout citoyen et citoyenne.

1. Le droit d'être protégé par la loi et l'autorité de la loi ;
2. Le droit à la non-discrimination ;
3. Le droit à la vie et la sécurité de leur personne ;
4. Le droit de ne pas être soumis à la torture ou à des traitements cruels, inhumains ou dégradants ;
5. Le droit d'accéder au meilleur état de santé possible ;
6. Le droit de travailler, de choisir librement son emploi, dans des conditions de travail justes et favorables, et d'être protégé contre le non-emploi ;
7. Le droit de ne pas être sujets à des arrestations et détentions arbitraires ;
8. Le droit à l'intégrité physique ;
9. Le droit de fonder une famille elle-même protégée par la loi, dont les membres ont le droit au respect de leur vie privée, et libre de toute interférence arbitraire ;
10. Le droit de se rassembler, de s'associer et de fonder des organisations.

Cette démarche fait écho à de nombreuses préoccupations et recommandations du secteur des assuétudes et porte la voix des usagers de drogues, qui témoignent crument des réalités de vie dans un contexte prohibitionniste.

Alors que «les usagers de drogues ont le droit d'avoir des droits.», persiste cependant une différence de traitement entre les usagers et les autres citoyens. En effet, ceux-ci sont souvent criminalisés, stigmatisés et socialement exclus, et sont traités comme «des citoyens de seconde zone» qui n'auraient pas le droit à la protection légale de leurs droits fondamentaux. Dès lors, bien souvent, ils n'ont pas recours aux mêmes infrastructures légales que les autres citoyens, particulièrement les lois protégeant des violences et des discriminations, et assurant le droit à la santé. Marqués par des «interactions problématiques» avec des représentants de l'ordre, les usagers «peuvent être réticents et/ou dans l'incapacité de dénoncer les abus, violences ou discriminations» dont ils pourraient être victimes. Dans ce contexte, l'INPUD demande à ce que l'usager et l'usage de drogues soient décriminalisés, mais aussi que les usagers aient accès à la justice et à la protection de la police, et que ces représentants de l'ordre soient formés en la matière.

Parce que criminalisés, les usagers de drogues sont perçus comme étant «dangereux, déviants et perturbateurs de l'ordre social», et les **amalgames** sont fréquents entre usagers de drogues, criminels, marginaux, voleurs… Les stigmates sont susceptibles de s'exprimer par les discours et pratiques de différents acteurs qui entourent les usagers, que ce soit les professionnels de la santé ou les forces de l'ordre, leur famille ou leur communauté. L'un des participants de la consultation de Bangkok, népalais d'origine, fait d'ailleurs remarquer que les usagers sont vus comme étant un groupe monolithique.
Et en plus d'être perçus comme des criminels, les usagers – particulièrement ceux dépendants – sont également catégorisés comme des personnes malades et pathologiques. Le discours «l'addiction est une maladie» est aujourd'hui le plus répandu et «construit les gens qui ont des dépendances aux drogues comme ayant une 'maladie', comme étant malades, dangereux et incapables d'exercer leur agencéité [capacité à s'autodéterminer].». Cette approche de l'addiction justifie des «traitements forcés» et le «retrait de la garde des enfants aux parents [dépendants]». Et la manière dont la loi régit la consommation et la possession de drogues, dont elle définit l'usager, le criminalise ou le médicalise, n'est pas anodine en ces matières. En effet, l'un des participants à la consultation de Londres, portugais, fait remarquer que depuis la réforme de la loi de son pays en 2001, les usagers de drogues «[sont vus comme] des gens malades, et non plus des criminels. […] Cette loi […] a besoin d'être réécrite parce qu'elle assimile l'usage de drogue à une maladie, et ne considère pas l'usage récréatif.». Un autre participant de la consultation de Bangkok, rapporte qu'au Vietnam (son pays d'origine) «le gouvernement a déclaré que les usagers de drogues sont des patients, et qu'en tant que tel, ils requièrent un traitement.» Ces deux exemples suffisent à illustrer l'importance de la loi dans la manière dont sont considérés et traités les usagers. Selon le cadre conceptuel, le législateur déterminera s'ils seront traités comme des criminels ou comme des malades, ou si l'usage de drogues doit être traité comme un problème d'ordre psychiatrique ou social, etc. Et de la même manière, la loi, par les termes qu'elle associe à l'usage de drogues, a aussi le pouvoir de reconnaître la consommation

récréative et la consommation non-problématique ; elle a aussi le pouvoir de donner la priorité soit à la répression, soit à la réduction des risques et à l'amélioration de l'accès aux soins.

Les processus de stigmatisation et de perception négative parcourent certes la société mais sont également **intériorisés** par les usagers de drogues qui, dès lors, développent une image dévalorisante d'eux-mêmes et pourraient parfois même, au fil du temps, se comporter de manière à se conformer à ces stéréotypes, un phénomène bien connu en psychologie sociale et largement documenté (voir Snyder, Tanke & Berscheid, 1977, pour une expérience originale). L'INPUD parle de «stigmate intériorisé» qui «vient impacter négativement l'estime de soi, la santé mentale et le bien-être» de l'usager. Ce mécanisme renforce la marginalisation des usagers qui subissent déjà une stigmatisation sociétale. De plus, cette dynamique opère aussi *entre* les usagers. Un participant de la consultation de Londres, originaire de France, fournit un exemple qui illustre très bien ce mécanisme : «Je me souviens, quand j'étais sniffeur d'héroïne, je voyais ceux qui s'injectent comme des junkies [...] et quand j'étais un junkie, je regardais ceux qui s'injectaient du crack, en pensant 'Oh ces gars sont vraiment des épaves (*a mess*) [...]'.».
Autrement dit, à l'échelle de la société, il apparait que tant les usagers que les non-usagers catégorisent et marginalisent les individus sur base du critère de leur consommation de drogues[151]. Les usagers de drogues peuvent être perçus de l'extérieur comme un groupe homogène – ou presque – aux marges de la société «normale». Les usagers intériorisent, et se réapproprient aussi, les critères péjoratifs et stigmatisant qui les placent dans un groupe exogène, et peuvent reproduire ce même processus de distinction à l'intérieur de leur propre «groupe» : ils se distingueraient alors entre eux en hiérarchisant le caractère problématique des pratiques liées à l'usage de drogues (i.e. les injecteurs sont 'pires' que les sniffeurs, etc.)[152].
L'INPUD attire dès lors l'attention sur les mots utilisés pour parler des usagers de drogues, souvent négatifs, et qui entretiennent la stigmatisation dont ils sont victimes et participent donc aux dynamiques d'exclusion. Le mouvement dénonce aussi l'impunité des discours de haine (*hate speech*) ou de honte (*shame*) à l'égard des usagers, dans les médias et plus largement dans la société.

Etre identifié comme usager de drogues produit une série d'effets sur la vie des acteurs. Cela peut notamment poser des obstacles sur le chemin vers **la santé et l'accès aux soins**. L'un d'eux est inhérent au contexte prohibitionniste : criminaliser la consommation et la possession au même titre que la production de drogues entraîne une série de conséquences ayant directement ou indirectement un impact négatif sur la santé des usagers. Par exemple, le simple fait d'être en possession d'une seringue ou de tout matériel connexe à la consommation de drogues peut constituer une preuve pénale contre l'usager, ce qui peut constituer un frein à l'utilisation des programmes d'échange de seringues. La police peut également procéder à la destruction du matériel. De telles pratiques ne dissuadent pas la consommation (ou de façon fortement disproportionnée[153]) mais plutôt les initiatives de réduction des risques. En outre, la peur des contrôles et des violences «sponsorisées par l'État» constitue un facteur stressant qui incite à consommer vite et dans de mauvaises conditions émotionnelles et hygiéniques. Enfin, la criminalisation s'accompagne d'une absence de contrôle autour de la qualité et de la composition des produits en circulation et assure la prospérité du marché noir et du crime organisé.
Le deuxième grand obstacle est dû au fait que le personnel des services de soins et d'aide aux personnes applique différents standards de traitement entre les usagers et les non-usagers. Les usagers se trouvent confrontés à des formes de discrimination, de violences institutionnelles, à «des manquements au secret médical», etc. En outre, l'un des grands enjeux pour la santé des usagers de drogues est l'accès aux services de réduction des risques. Pourtant, ceux-ci ne sont ni suffisamment nombreux, ni suffisamment financés, ce qui explique la prévalence élevée au niveau mondial des cas d'infection au VIH (13,1 %) et à l'hépatite C (plus de 50 %) chez les injecteurs, ainsi que le nombre élevé de décès par overdose dénombrés chaque année au niveau mondial (183.000 ; UNODC, 2014). Et quand ils existent, l'accès aux services de soins et de RdR peut lui-même être parsemé d'embuches : haut seuil d'accès, ouverture à des heures inadaptées, mal localisé, coût dissuasif, de longues listes d'attente, des traitements punitifs... Dans certains services, l'accès aux soins (au sens large) peut également être refusé en cas de la consommation active de l'usager. Autrement dit : s'il consomme, les soins lui seront refusés.

151 Le sociologue américain Howard Becker développe les mécanismes complexes de définition, d'appropriation et de réappropriation de la «norme» et de la «déviance» dans son ouvrage Outsiders (1985) que nous recommandons au lecteur curieux.

152 Le rapport renvoie pour développement à un autre document de l'INPUD, «Drug User Peace Initiative : Stigmatizing People who Use Drugs» (2014).

153 Nos réflexions au sujet de l'efficacité des méthodes répressives sont développées par ailleurs dans la partie dédiée aux descentes de police dans les écoles.

Les **violences** constituent une autre conséquence des mécanismes de discrimination à l'encontre des usagers de drogues. Et celles-ci sont multidimensionnelles, «ça va de la violence physique à la violence sexuelle, à la violence et coercition structurelles de la part du personnel des institutions et centres fermés, en passant par la violence et le harcèlement psychologiques, le meurtre, les exécutions soutenues par l'État et les homicides extrajudiciaires». Les témoignages des participants font prendre conscience que les réalités de vie des usagers de drogues sont parfois extrêmement violentes, au point qu'ils en perdent toute confiance en la loi et en ceux qui la représentent. Ces violences peuvent notamment être perpétrées par la police sans que leurs auteurs en soient inquiétés. Plus grave encore, certains États punissent les crimes liés à la drogue par la peine de mort, comme le précise un participant indonésien (consultation de Bangkok).

Les violences sont aussi observées dans le cadre de détentions et d'incarcérations où les usagers subissent l'arbitraire du personnel pénitentiaire et de soins. Par exemple, les usagers de drogues «peuvent être forcés à expérimenter l'état de manque en détention et être interrogés dans cet état. Ces pratiques sont reconnues comme des formes de torture.». Dans de nombreux pays, les usagers en détention sont soumis à des traitements forcés dont la motivation repose sur la logique «l'addiction est une maladie», une conception pathologique et infantilisante de l'addiction. Et puisqu'ils sont jugés incapables de prendre des décisions en leur âme et conscience, les soins et traitements dispensés peuvent se passer de leur consentement éclairé. L'INPUD dénonce également des situations de travail forcé au sein des institutions de détention.

Enfin, les usagers de drogues ne sont que très mal protégés contre l'arbitraire des forces de police. En effet, les contrôles s'opèrent au faciès et, sous couvert de mener la guerre contre les drogues, l'on justifie le harcèlement et le contrôle compulsif des groupes déjà marginalisés par la société, que ce soit sur critère de leur couleur de peau, de leur genre, de leur origine ou de leur classe sociale. «Interpeller et fouiller, arrêter et détenir les usagers de drogues» sont des outils pour les écarter de l'espace public ; ces pratiques «renforcent l'exclusion et la ségrégation sociales des usagers de drogues hors de la société civile».

Pour finir, il est important de noter **l'intersectionnalité** (c'est-à-dire le cumul et le renforcement) entre les discriminations envers les usagers de drogues et d'autres formes de discriminations et de violences plus larges, y compris les violences genrées et sexuelles envers les femmes. Ajoutons à cela les discriminations à l'encontre des personnes de couleur, LGBT[154], sans-abri, ou séropositives qui renforcent d'autant plus les violences physiques, morales et symboliques que vivent les usagers de drogues.

1.4.9. LA SESSION SPÉCIALE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS-UNIES SUR LES POLITIQUES DROGUES

En avril 2016 se tiendra une Session spéciale de *l'Assemblée Générale des Nations-Unies* (UNGASS) à New York sur la problématique des drogues. Elle fait suite aux Sessions Extraordinaires de 1998 et de 2009.

Cette séance est organisée dans un contexte où les appels en faveur d'une réforme des politiques de drogues au niveau international sont de plus en plus nombreux. L'inefficacité des stratégies prohibitives actuelles plaide pour l'adoption de législations innovantes, notamment en matière de cannabis.

Les réseaux européens et internationaux, notamment le «Forum européen de la société civile sur la drogue» et le «Consortium International sur les Politiques des Drogues» sont mobilisés.

Dans le cadre de la préparation de cet événement, la FEDITO bruxelloise a demandé au gouvernement fédéral de consulter le secteur spécialisé[155]. À ce stade, aucune concertation n'a toutefois été initiée mais la FEDITO bruxelloise a organisé une matinée d'information et d'échanges le 26 février 2016[156], en vue de contribuer au plaidoyer international.

154 Lesbiennes, gays, bisexuel.le.s et transgenres.
155 FEDITO Bxl asbl (mai 2014).
156 Site web de la FEDITO Bxl asbl, http://feditobxl.be/fr/evenement/ungass2016/

2 SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET TENDANCES

Ce chapitre présente une série d'indicateurs et données permettant de dépeindre la situation épidémiologique relative à l'usage de drogues et aux problématiques associées, et d'en suivre l'évolution dans le temps.
Il porte en grande partie sur cinq indicateurs épidémiologiques clés de l'OEDT que nous détaillerons pour la Wallonie et pour la région bruxelloise.
Il comprend aussi des données qui éclairent la problématique de l'usage de drogues de manière complémentaire (données relatives à la disponibilité et l'offre de drogues, au registre des traitements de substitution aux opiacés, etc.).
Enfin, il présente également certaines données de prévalence de l'usage de drogues récoltées ponctuellement dans des groupes spécifiques à haut risque (personnes incarcérées et personnes prostituées).

Cinq indicateurs clés font actuellement l'objet d'une récolte au niveau européen :
- prévalence de l'usage de drogues dans la population générale et chez les jeunes
- prévalence de l'usage problématique (ou à risques) de drogues
- demande de traitement chez les usagers de drogues (TDI)
- maladies infectieuses liées à l'usage de drogues
- mortalité liée à l'usage de drogues

2.1 LA PRÉVALENCE DE L'USAGE DE DROGUES

Lorsque l'expérimentation d'une substance est vécue positivement[157], la personne peut être tentée de réitérer l'expérience et dans certains cas, elle entrera dans un mode de consommation dit «récréatif». Mais parfois, en fonction de certains facteurs de risque ou en l'absence de facteurs protecteurs, elle fera usage de ce produit de façon plus régulière et ne s'inscrira plus dans ce contexte initial de consommation récréative. L'individu pourra alors avoir tendance à consommer en dehors de tout contexte social, de plus en plus fréquemment et de manière incontrôlée. Lorsque cette consommation entraine des conséquences psychosociales dommageables chez l'individu (problèmes scolaires ou professionnels, conflits interpersonnels, etc.), on parlera alors de consommation abusive qui, progressivement, pourra évoluer vers un état de dépendance. Mais certains individus parviendront à développer un usage régulier et contrôlé du produit, sans que cela puisse être considéré comme problématique sur le plan clinique.

Selon les estimations, seule une minorité des usagers de produits psychoactifs évoluerait vers une consommation problématique (UNODC, 2011 ; Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005). L'étiologie d'un usage, qu'il soit problématique ou non, se situe au niveau des interactions entre l'individu, le produit et son environnement (Zinberg, 1984). Un des facteurs de risque les plus souvent identifiés dans les études relatives au développement de l'usage problématique est la précocité du premier usage du produit (voir par exemple Anthony & Petronis, 1995), d'où l'importance de développer des programmes de prévention adaptés aux jeunes afin de retarder autant que possible le premier contact avec le produit, et de proposer des structures d'aide et de soins suffisamment nombreuses et attractives pour diminuer le délai entre le début de l'usage problématique et la première demande d'aide (ce délai étant généralement de plusieurs années).

157 Lorsque les effets lui déplaisent réellement, l'individu aura tendance à ne pas renouveler l'expérience, sauf en cas de pression sociale suffisante ou de désir de dépasser cette première expérience négative (et ce en raison d'attentes particulières vis-à-vis du produit).

Les données de prévalence d'usage présentées dans ce chapitre sont généralement récoltées sur base de questionnaires auto-administrés. L'avantage de cette méthode est qu'elle assure l'anonymat des répondants et que ceux-ci peuvent dès lors se sentir à l'aise de révéler des comportements illégaux ou socialement non-désirables. En revanche, nous n'avons pas de certitude quant au degré de sincérité des réponses, les répondants pouvant parfois minimiser ou au contraire exagérer les consommations qu'ils rapportent. Malgré ces biais potentiels, cette méthode est considérée comme assez fiable. Nous souhaitons toutefois que le lecteur garde à l'esprit que dans un contexte de prohibition, ces enquêtes ne peuvent fournir qu'une approximation de la prévalence réelle des comportements d'usage de drogues que la loi prohibe et sanctionne actuellement.

Enfin, il importe de préciser que dans les rapports de recherche, les indicateurs épidémiologiques sont souvent complétés par des intervalles de confiance permettant d'évaluer la marge d'erreur de l'estimation. Cette dernière s'explique en raison d'une démarche d'*échantillonnage* durant la phase d'enquête, à défaut de pouvoir consulter la *population* dans son ensemble. Pour des raisons pratiques de lisibilité, nous éviterons de présenter ces intervalles de confiance dans le présent rapport. Le lecteur est donc invité à garder en mémoire cet aspect estimatif lors de l'examen des données.

Dans les enquêtes de prévalence rapportées dans ce chapitre, la consommation d'une substance est généralement évaluée sur une période de temps donnée :

- on parle de «consommation sur la vie» ou «d'expérimentation» lorsque l'on dénombre les personnes ayant déclaré avoir déjà consommé au moins une fois un produit donné au cours de leur vie ;
- de «consommation récente» lorsque l'on s'intéresse aux personnes l'ayant consommé au moins une fois au cours de la dernière année ;
- et enfin de «consommation actuelle» dans le cas des personnes ayant consommé au moins une fois le produit au cours des 30 derniers jours.

Ces indicateurs de consommation, pour lesquels il suffit d'avoir consommé un produit au moins une fois au cours d'une de ces périodes pour faire partie des «consommateurs», sont une première estimation intéressante. Toutefois, ils apportent peu d'éléments en ce qui concerne les conséquences sanitaires de l'usage et les «nuisances» sociales associées. Ainsi, ils sont parfois complétés par d'autres indicateurs permettant d'estimer la fréquence d'usage ou encore l'usage problématique. Mais usage «régulier» n'équivaut pas toujours à usage «problématique», et estimer l'usage problématique à partir de deux ou trois questions ne peut pas remplacer un diagnostic médical, et parait inadéquat et offensant au regard des outils scientifiques généralement développés en la matière (voir par exemple le «Substance Dependence Severity Scale» proposé par Miele et al., 2000).

Dans cette partie, nous présenterons successivement des données sur la prévalence de l'usage de drogues dans la population générale et chez les jeunes scolarisés en FWB. Nous présentons également des données relatives aux traitements de substitution aux opiacés, ainsi que celles de prévalence de l'usage d'alcool. Les données en lien avec d'autres groupes spécifiques tels que le milieu festif ou encore les usagers rencontrés «en rue» seront traitées dans le chapitre 3, consacré à l'éclairage de la situation épidémiologique à partir des données indicatives issues d'actions de terrain.

2.1.1. L'USAGE DE DROGUES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

Les enquêtes menées au sein de la population générale permettent d'estimer l'ampleur de la consommation des différentes drogues parmi l'ensemble des habitants d'un territoire donné à un moment donné. Généralement, elles fournissent des indications sur la prévalence de la consommation de différents produits selon trois «fenêtres temporelles» (au cours de la vie, au cours des 12 derniers mois, au cours des 30 derniers jours). Elles proposent également des estimations plus précises qui tiennent compte de variables sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'éducation, ...). Actuellement, en Belgique, les seules données disponibles sur la consommation de drogues dans la population générale proviennent de l'enquête de santé par interview (dite HIS pour Health Interview Survey) réalisée par l'Institut scientifique de santé publique (WIV-ISP). Comme il s'agit d'une enquête de santé très générale, le nombre de questions sur les drogues est limité, comme nous le verrons ci-dessous.

2.1.1.1. Enquête de santé par interview (HIS) dans la population générale

L'enquête de santé par interview (HIS) est financée par l'État, les régions et les communautés, et est réalisée par le WIV-ISP environ tous les quatre ans. Elle a pour objectif d'estimer l'état de santé de la population générale vivant en Belgique. Depuis 2001, un volet «drogues illicites» a été rajouté à cette enquête afin d'évaluer, en quelques questions, la consommation de certains produits illicites (cannabis, amphétamines/ecstasy) dans la population âgée de 15 ans ou plus. En 2004, les questions sur les amphétamines et l'ecstasy ont été abandonnées en raison du petit nombre d'usagers de ces produits, et le volet «drogues illicites» est depuis lors proposé uniquement aux personnes âgées de 15 à 64 ans, sous l'impulsion d'un protocole européen. En revanche, les questions relatives à l'usage de cannabis ont été étendues. Enfin, depuis 2008, des questions portant sur l'usage d'autres substances ont à nouveau été proposées. Elles ne peuvent cependant pas être directement comparées à celles de 2001 car les indices de prévalence étaient alors calculés sur une tranche d'âge plus large et qu'ils n'ont hélas pas été recalculés depuis lors. Les dernières données disponibles, issues de l'enquête réalisée en 2013, ainsi que l'évolution des consommations au cours du temps, seront présentées à la fois au niveau national et régional.

Année de collecte de données	**2013**
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Étude de l'état de santé de la population vivant en Belgique
Population cible	Population générale
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire (stratifié et par grappe)
Échantillon d'étude	Environ 5000 personnes[158] pour le volet sur les «drogues illicites» (10.829 au total)
Taux de réponse	52,3 %
Couverture	Belgique
Distribution d'âge	15 à 64 ans pour le volet «drogues»
Instrument d'investigation	Interview en face-à-face et questionnaire*

* En raison de leur caractère sensible ou intime, les réponses aux questions sur l'usage d'alcool et de drogues (notamment) ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire remis à chaque participant après l'interview. L'interview et la remise du questionnaire sont précédées d'un démarchage téléphonique en vue de convenir d'un rendez-vous avec l'enquêteur.

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 qu'elle génère sous-estiment la prévalence réelle de l'usage de cannabis et des autres drogues illicites dans la population générale, et ce pour deux raisons :

1) la participation à l'enquête se fait par ménage. Or en 2013, près de la moitié des ménages contactés par téléphone ont refusé d'y participer. Ils ont alors été «remplacés» par d'autres ménages sur base de trois critères partagés : la localisation géographique, la taille du ménage, et l'âge de ses membres. Mais on ne peut exclure qu'une certaine proportion des ménages ayant refusé de participer ont pris cette décision afin de ne pas divulguer certains comportements (notamment la consommation de drogues illicites) ou par peur que l'anonymat de l'enquête soit transgressé.

2) L'enquête ne s'applique pas, de par sa méthode de sélection des participants, aux personnes marginalisées (en institution, sans domicile fixe, incarcérées, etc.), qui sont pourtant à risque de consommation.

158 Dont 1088 personnes pour la région bruxelloise et 1979 personnes pour la Wallonie.

PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS EN 2013

Comme on peut le constater dans le tableau 1, la dernière enquête HIS (voir Gisle, 2014) montre qu'en 2013, la **prévalence de l'usage de cannabis sur la vie** (expérimentation du produit au moins une fois au cours de la vie) est de 15 % dans la population belge âgée de 15 à 64 ans. Elle est plus marquée au sein de la tranche d'âge des 25-34 ans (30,2 %) ainsi que, dans une moindre mesure, au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans (26,1 %). L'expérimentation de cannabis est plus élevée en Région bruxelloise (22 %) que dans les deux autres régions du pays (environ 14 %). L'âge moyen du premier contact avec ce produit chez les personnes en ayant déjà consommé est de 18 ans et 5 mois au niveau national (18 ans et 4 mois à Bruxelles et 18 ans et 8 mois en Wallonie).

En ce qui concerne la prévalence de l'**usage récent de cannabis** (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois), on constate qu'elle est de 4,6 % en 2013. Les tranches d'âge les plus concernées par l'usage récent sont les 15-24 ans (12,2 %) et les 25-34 ans (8,4 %). Enfin, l'usage récent de cannabis est également plus élevé en Région bruxelloise (8,1 %) que dans les deux autres régions du pays (5,8 % en Wallonie et 3,5 % en Flandre).

Finalement, l'enquête révèle que la prévalence de l'**usage actuel de cannabis** (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) est de 2,6 % de la population belge en 2013. Toutefois, il concerne surtout les 15-24 ans (6 %) ainsi que les 25-34 ans (5,2 %). L'usage actuel de cannabis est également plus marqué en Région bruxelloise que dans les autres régions du pays. En ce qui concerne la *fréquence* de consommation de cannabis chez les 2,6 % d'«usagers actuels», la plupart d'entre eux (40,7 %) a déclaré en avoir consommé 1 à 3 jours au cours du mois précédant l'enquête, 21,1 % durant 4 à 9 jours, 17,3 % durant 10 à 19 jours et 20,9 % durant 20 jours ou plus. Ainsi, l'usage quotidien (ou presque) de cannabis concernerait 0,5 % de la population belge âgée de 15 à 64 ans (1,2 % des bruxellois et 0,7 % de wallons).

Tableau 1 : Prévalence de la consommation de cannabis en 2013 en Belgique et par région. Enquête HIS 2013

	Wallonie (%)	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Belgique (%)
Prévalence vie	**14,8**	**22,0**	**14,1**	**15,0**
15-24 ans	20,9	34,0	28,3	26,1
25-34 ans	32,4	28,4	29,4	30,2
35-44 ans	17,1	22,5	12,2	14,6
45-54 ans	5,0	15,1	5,7	6,1
55-64 ans	2,0	8,7	2,1	2,5
Prévalence 12 derniers mois	**5,8**	**8,1**	**3,5**	**4,6**
15-24 ans	12,7	20,6	11,0	12,2
25-34 ans	11,7	12,1	6,0	8,4
35-44 ans	5,5	6,2	1,8	3,3
45-54 ans	1,1	2,5	1,2	1,2
55-64 ans	0,3	0,3	0,4	0,4
Prévalence 30 derniers jours	**3,6**	**5,2**	**1,7**	**2,6**
15-24 ans	8,4	13,4	3,8	6,0
25-34 ans	7,4	8,2	3,4	5,2
35-44 ans	3,3	3,2	1,1	2,0
45-54 ans	0,2	1,9	0,8	0,7
55-64 ans	0,3	0,0	0,3	0,3
Fréquence d'usage les 30 derniers jours	**N=60**	**N=44**	**N=36**	**N=140**
1 à 3 jours	42,0	47,2	36,6	40,7
4 à 9 jours	26,3	23,1	14,7	21,1
10 à 19 jours	13,7	6,5	25,7	17,3
20 jours ou plus	18,1	23,2	22,9	20,9

Source : Gisle, 2014

Si on compare les résultats de cette enquête par région, il apparaît que les indicateurs de consommation de cannabis sont généralement plus élevés en Région bruxelloise que dans les autres régions du pays, quoique la différence entre Bruxelles et la Wallonie ne soit plus significative pour tous les indicateurs en 2013 (sauf si on se centre sur les tranches d'âge les plus jeunes). Par exemple, la prévalence d'usage de cannabis sur la vie est de 22 % à Bruxelles, alors qu'elle est de 14-15 % en Flandre et en Wallonie. Cette apparente plus grande consommation de cannabis à Bruxelles ne semble pas pouvoir s'expliquer par le caractère exclusivement urbain de cette région. En effet, lorsque l'on envisage la consommation au niveau national, le degré d'urbanisation du lieu de résidence des répondants n'influence généralement pas les différents indicateurs, après standardisation pour l'âge et pour le sexe, sauf en ce qui concerne l'âge d'expérimentation du cannabis (statistiquement plus bas dans les zones urbaines). Et elle s'observe généralement tant chez les hommes que chez les femmes résidant à Bruxelles. Nous n'avons, à ce stade, pas d'explication à donner à ce phénomène (plus grande disponibilité du produit ? plus faible dangerosité perçue ? différences «culturelles» régionales ? etc.).

ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS

Globalement, au niveau de la population âgée de 15 à 64 ans, la prévalence d'**usage de cannabis sur la vie** a significativement augmenté depuis 2001, mais la différence entre 2008 et 2013 n'est pas statistiquement significative après standardisation pour l'âge et le sexe. En ce qui concerne la prévalence de l'**usage récent** (12 derniers mois), la prévalence observée est relativement stable depuis 2004. Enfin, la prévalence de l'**usage actuel** (30 derniers jours) n'a pas non plus augmenté de manière significative depuis 2001. En revanche, l'âge moyen de la première expérimentation du cannabis a significativement diminué depuis 2004, passant de 19 ans et 2 mois en 2004 à 18 ans et 5 mois en 2013.

On observe, pour certaines tranches d'âge, une évolution plus marquée de la consommation de cannabis, qui n'est toutefois pas similaire selon le niveau d'analyse (national ou régional) et l'indicateur considéré. Par exemple, au niveau national ainsi qu'en Wallonie, l'expérimentation de cannabis a augmenté de manière plus importante chez les 25-34 ans que chez les 15-24 ans. Cette augmentation pourrait en partie s'expliquer par un effet de mode associé à un effet de cohorte, puisqu'en 2001 la consommation de cannabis était plus marquée chez les 15-24 ans (les consommateurs de 15-24 ans de 2001 sont devenus les consommateurs de 25-34 ans de 2008 et 2013). En revanche à Bruxelles, l'augmentation de l'expérimentation est plus marquée chez les 15-24 ans, mais uniquement entre 2008 et 2013, alors que chez les 25-34 ans, l'expérimentation qui était particulièrement élevée en 2004 semble être en régression.

Tableau 2 : Évolution de la consommation de cannabis de 2001 à 2013 en Belgique et par région. Enquêtes HIS 2001-2013

			2001 (%)	2004 (%)	2008 (%)	2013 (%)
BELGIQUE	Prévalence vie	15-64 ans	10,7	13,0	14,3	15,0
		15-24 ans	20,6	22,2	21,3	26,1
		25-34 ans	17,5	24,9	30,1	30,2
	Prévalence 12 derniers mois	15-64 ans	/	5,0	5,1	4,6
		15-24 ans	/	11,8	11,9	12,2
		25-34 ans	/	10,9	10,4	8,4
	Prévalence 30 derniers jours	15-64 ans	2,7	2,8	3,1	2,6
		15-24 ans	7,7	6,0	6,5	6,0
		25-34 ans	3,9	7,2	7,0	5,2
WALLONIE	Prévalence vie	15-64 ans	8,6	12,1	13,3	14,8
		15-24 ans	19,3	23,7	20,8	20,9
		25-34 ans	13,2	23,3	28,7	32,4
	Prévalence 12 derniers mois	15-64 ans	/	4,6	4,9	5,8
		15-24 ans	/	12,2	10,8	12,7
		25-34 ans	/	9,8	10,0	11,7
	Prévalence 30 derniers jours	15-64 ans	2,8	3,0	2,7	3,6
		15-24 ans	9,6	8,4	5,5	8,4
		25-34 ans	3,6	6,2	6,1	7,4
BRUXELLES	Prévalence vie	15-64 ans	17,8	21,9	23,4	22,0
		15-24 ans	26,1	25,6	26,9	34,0
		25-34 ans	26,4	35,9	32,7	28,4
	Prévalence 12 derniers mois	15-64 ans	/	9,2	8,7	8,1
		15-24 ans	/	15,7	15,4	20,6
		25-34 ans	/	15,8	12,8	12,1
	Prévalence 30 derniers jours	15-64 ans	5,2	4,8	6,3	5,2
		15-24 ans	11,3	8,6	10,3	13,4
		25-34 ans	7,7	8,0	9,4	8,2

Source : Gisle, 2014

En plus de varier en fonction de l'âge et du degré d'urbanisation, la consommation de cannabis varie également en fonction du genre des répondants (elle est généralement nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes) ainsi qu'en fonction de leur niveau d'instruction (l'usage augmente généralement de manière significative avec le niveau d'instruction). Nous renvoyons le lecteur au rapport de cette enquête pour davantage de précision sur l'impact de ces variables sur la consommation (voir Gisle, 2014).

CONSOMMATION D'AUTRES DROGUES ILLICITES

Selon cette enquête, en 2013, la prévalence d'usage sur la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis était de 3,6 % dans la population belge âgée de 15 à 64 ans. La tranche d'âge la plus concernée est celle des 25-34 ans (8,3 %). La prévalence de l'usage récent (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois) concerne quant à elle 0,8 % de la population belge âgée de 15 à 64 ans, les tranches d'âge les plus concernées étant les 25-34 ans (2,2 %) et les 15-24 ans (1,5 %). Si l'on envisage l'usage récent par produit, il apparaît que les autres drogues illicites (cocaïne, amphétamines/ecstasy, opiacés, autres produits) ont chacune été consommées par moins de 1 % de la population belge au cours des 12 derniers mois.

Comme dans le cas du cannabis, les indicateurs de prévalence de consommation des autres drogues illicites que le cannabis sont plus élevés en Région bruxelloise que dans les deux autres régions du pays, après standardisation pour l'âge et le sexe. Et à nouveau, la consommation de ces produits n'est pas significativement impactée par le degré d'urbanisation du lieu de résidence des répondants. Les différences régionales doivent toutefois être considérées avec prudence en raison du petit nombre de répondants concernés par la consommation de ces produits. Et c'est pour cette raison que les prévalences par produit ne peuvent pas être légitimement détaillées au niveau régional.

Tableau 3 : Prévalence de la consommation des autres drogues illicites en 2013 en Belgique et par région. Enquête HIS 2013

	Wallonie (%)	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Belgique (%)
Prévalence vie (tout produit)	**2,6**	**5,6**	**3,8**	**3,6**
15-24 ans	1,3	10,9	4,5	3,8
25-34 ans	7,8	5,0	9,1	8,3
35-44 ans	3,5	4,6	3,5	3,6
45-54 ans	0,8	6,2	1,7	1,8
55-64 ans	0,0	3,2	0,9	0,7
Prévalence 12 derniers mois (tout produit)	**0,4**	**2,5**	**0,8**	**0,8**
15-24 ans	0,4	8,1	1,3	1,5
25-34 ans	1,4	2,1	2,6	2,2
35-44 ans	0,5	2,6	0,2	0,5
45-54 ans	0,0	1,2	0,1	0,2
55-64 ans	0,0	0,0	0,2	0,1
Cocaïne	/	/	/	0,5
Amphétamines	/	/	/	0,5
Opiacés	/	/	/	0,2
Legal high	/	/	/	0,1
Autre produit	/	/	/	0,1

Source : Gisle, 2014

2.1.2. L'USAGE DE DROGUES CHEZ LES JEUNES

2.1.2.1 Étude des comportements de santé des jeunes scolarisés en Fédération Wallonie-Bruxelles. Enquête HBSC 2010

L'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) est réalisée tous les quatre ans en partenariat avec le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé. Son objectif est de mieux appréhender la santé et le bien être des jeunes ainsi que leurs comportements de santé dans l'ensemble des pays/régions de l'Union européenne et d'Amérique du Nord. L'enquête est réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré en classe, incluant un volet sur les assuétudes (tabac, alcool, drogues et multimédias), qui n'est toutefois rempli en ce qui concerne les questions sur les drogues que par les élèves du secondaire. L'étude est menée à l'échelle de la FWB par le service SIPES de l'ULB (Service d'Information Promotion Éducation Santé) et est également réalisée en Flandre. En 2010, plus de 10.000 élèves âgés de 10 à 20 ans scolarisés en FWB ont participé à l'enquête, dont 8116 élèves du secondaire. Les résultats présentés ci-dessous correspondent aux questions sur les «drogues» de l'enquête réalisée à l'échelle de la FWB en 2010 auprès des élèves du secondaire (voir Favresse, de Smet & Godin, 2013).

Année de collecte de données	2010
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Comportement de santé des jeunes
Population cible*	Élèves de l'enseignement secondaire
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire stratifié
Échantillon d'étude	8116 élèves
Taux de réponse des écoles contactées	24 % pour les écoles secondaires
Couverture	Jeunes scolarisés en Fédération Wallonie-Bruxelles
Distribution d'âge	12 à 20 ans
Instrument d'investigation	Questionnaire auto-administré

L'enquête 2010 a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif d'élèves fréquentant un établissement secondaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles (échantillon aléatoire stratifié proportionnellement à la répartition de la population scolaire par province et réseau d'enseignement). Il s'agit d'un échantillonnage à deux niveaux (un tirage des écoles et un tirage des classes). Néanmoins, la représentativité des différents degrés d'enseignement est garantie pour l'ensemble de la FWB et non pour chaque région prise isolément, ce qui explique pourquoi les données n'ont pas été détaillées par région. L'outil de récolte est un questionnaire auto-administré validé au niveau international et communautaire.

Les résultats indiquent qu'en 2010, les différents indicateurs de prévalence de consommation de cannabis et d'ecstasy sont clairement en recul par rapport aux années précédentes. Ainsi, l'expérimentation de cannabis est un peu moins fréquente chez les jeunes de 12-20 ans par rapport aux années antérieures (-2,6 % par rapport à 2006). Le même constat peut être fait au niveau des consommateurs réguliers de cannabis, ce type d'usage étant un peu moins fréquent en 2010 (-1,4 % par rapport à 2006). En outre, la diminution de l'usage régulier de cannabis est progressive depuis 2002. Enfin, l'expérimentation de l'ecstasy est également en diminution progressive depuis 1998 (-4 %), et l'usage récent est également en diminution.

Tableau 4 : Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis et d'ecstasy chez les jeunes de 12-20 ans scolarisés en FWB. 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	2,4
Prévalence 12 derniers mois	/	/	2,9	1,9
Prévalence 30 derniers jours	1,6	/	1,7	1,1

Source : Patrick de Smet, communication personnelle

Dans le tableau 5, on constate sans surprise que l'usage de drogues varie fortement en fonction de l'âge[159] et du sexe des répondants. Il est ainsi plus nettement fréquent chez les hommes que chez les femmes, et augmente généralement avec l'âge des répondants, et ce quelle que soit la période de consommation et pour quasiment tous les produits. À noter que les prévalences de consommation pour les produits autres que le cannabis et l'ecstasy ne sont récoltées que depuis 2006, et ce uniquement en ce qui concerne la consommation sur les 12 derniers mois et lors des 30 derniers jours. Enfin, dans le cas des opiacés (héroïne, produit de substitution et opium), des amphétamines/speed et des tranquillisants, il s'agit de prévalence de consommation hors éventuelle prescription médicale.

Tableau 5 : Prévalence de la consommation de drogues chez les jeunes de 13-20 ans scolarisés en FWB, par âge et par sexe. Enquête HBSC 2010

	13-14 ans (%)			15-16 ans (%)			17-18 ans (%)			Total 13-20 ans (%)		
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
Prévalence vie												
Cannabis	10,7	6,8	8,7	30,4	22,0	26,1	50,5	35,9	42,5	31,4	22,1	26,6
Ecstasy	2,1	0,7	1,4	3,0	1,7	2,3	5,7	3,3	4,4	3,9	2,0	2,9
Prévalence 12 derniers mois												
Cannabis	8,0	3,7	5,8	23,9	15,8	19,7	41,5	24,4	32,1	24,5	15,1	19,6
Ecstasy	1,8	0,4	1,1	2,7	1,2	1,9	4,6	2,2	3,3	2,9	1,3	2,1
Cocaïne	2,2	1,3	1,8	2,4	1,9	2,1	3,6	2,3	2,9	3,0	1,9	2,4
Amphétamines	1,9	0,9	1,4	2,9	1,6	2,2	4,8	3,3	4,0	3,4	1,9	2,6
Hallucinogènes	2,1	0,4	1,3	4,0	2,0	3,0	4,3	1,8	2,9	3,7	1,5	2,6
Opiacés	1,8	0,5	1,1	1,6	0,5	1,0	1,9	0,3	1,0	1,7	0,4	1,0
Tranquilisants	1,6	0,6	1,1	1,7	1,8	1,8	2,5	1,8	2,1	2,0	1,4	1,7
Solvants	2,0	1,5	1,8	1,4	1,6	1,5	2,0	1,0	1,5	1,7	1,3	1,5
Prévalence 30 derniers jours												
Cannabis	5,7	2,6	4,1	16,8	10,2	13,4	27,9	13,4	19,9	17,1	9,1	12,9
Ecstasy	1,4	0,3	0,8	1,9	0,6	1,2	2,7	1,3	2,0	1,9	0,7	1,3
Cocaïne	1,8	0,8	1,3	2,2	1,8	2,0	3,1	2,0	2,5	2,6	1,5	2,0
Amphétamines	2,0	0,7	1,4	3,1	1,1	2,1	3,9	2,2	3,0	3,1	1,4	2,2
Hallucinogènes	2,3	0,4	1,4	3,9	1,2	2,5	3,7	1,7	2,6	3,4	1,1	2,2
Opiacés	1,8	0,4	1,1	1,3	0,2	0,8	1,9	0,1	0,9	1,7	0,2	0,9
Tranquilisants	1,7	0,9	1,3	1,9	1,5	1,7	2,0	1,1	1,5	2,0	1,2	1,6
Solvants	2,3	0,9	1,6	1,3	1,3	1,3	2,4	0,6	1,4	1,9	0,9	1,3
Prévalence cannabis quotidien	0,9	0,2	0,5	2,4	0,9	1,6	4,8	1,1	2,8	3,0	0,9	2,0

Source : Patrick de Smet, communication personnelle

159 Les données relatives aux répondants de 12 ans et de 19-20 ans ne sont pas rapportées spécifiquement dans le tableau parce que les échantillons correspondants sont de trop petite taille pour pouvoir être considérés comme représentatifs. Néanmoins, les répondants de 19 et 20 ans ont été intégrés dans les analyses globales portant sur la tranche des 13-20 ans (voir les 3 dernières colonnes du tableau).

2.1.2.2 Enquête européenne sur les attitudes des jeunes par rapport aux drogues

Depuis 2002, la Commission européenne finance des Flash Eurobaromètres, sous la forme d'enquêtes téléphoniques thématiques menées auprès de groupes cibles. Le Flash Eurobaromètre 401 *Young people and drugs*, publié en août 2014 (TNS Political & Social, 2014) a permis d'appréhender l'attitude des jeunes par rapport aux drogues ainsi que l'évolution de la consommation de certaines substances, dont les euphorisant légaux[160]. Au total, un échantillon de 13.128 jeunes âgés de 15 à 24 ans en provenance des 28 pays membres de l'UE a été interrogé, généralement à hauteur de 500 répondants par pays. Afin de garantir une représentativité des échantillons nationaux, les responsables de l'enquête ont sélectionné aléatoirement les participants via l'utilisation de registres de téléphones fixes et mobiles, et ce, en suivant une méthode standardisée et identique pour chaque pays.

Année de collecte de données	**2014**
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Les attitudes des jeunes par rapport aux drogues
Population cible	Jeunes européens de 15 à 24 ans
Méthode d'échantillonnage	Inconnue
Échantillon d'étude	13.128 jeunes européens, dont 500 belges
Taux de réponse	Inconnu
Couverture	Europe
Distribution d'âge	15 à 24 ans
Instrument d'investigation	Interview téléphonique assisté par ordinateur (WebCATI)

CONSOMMATION DE CANNABIS ET DE *LEGAL HIGHS*

L'enquête réalisée en 2014 révèle que 26 % des Belges de 15 à 24 ans interrogés ont déclaré avoir consommé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie, tandis que l'usage récent (12 derniers mois) s'élève à 13 %, et l'usage actuel (30 derniers jours) à 5 %. Ces niveaux de prévalence sont légèrement inférieurs aux moyennes européennes (31 %, 17 % et 7 %, respectivement). Ils sont également en diminution par rapport à ceux observés en Belgique lors du Flash Eurobaromètre réalisé en 2011 (-2 %, -4 % et -3 %, respectivement).

Cette enquête indique aussi que la majorité des répondants (58 % des Européens et 59 % des Belges) estime qu'il leur serait *assez* voire *très facile* de se procurer du cannabis endéans 24 heures. Ces résultats suggèrent donc que le cannabis est un produit hautement attractif pour les jeunes et perçu comme facilement disponible malgré son interdiction dans la majorité des pays.

La prévalence d'usage de *legal highs* sur la vie s'élève quant à elle à environ 8 % pour les répondants belges et européens[161]. Il s'agit là d'une hausse par rapport à 2011 (+3 % pour les jeunes européens et +4 % pour les jeunes belges). Cette augmentation, qui touche globalement tous les pays européens, témoigne du succès grandissant de ces produits auprès des jeunes, qui pourrait en partie s'expliquer par une plus

160 La notion d'euphorisant légal (*legal high*) est un terme générique qui regroupe l'ensemble des substances psychoactives vendues légalement à un moment donné. Il comprend d'une part des produits d'origine végétale légèrement psychoactifs vendus dans des smartshops ou via Internet depuis plus d'une décennie et n'ayant jamais véritablement posé des problèmes d'ordre sanitaire (e.g. Kratom, laitue vireuse, damiana), et couvre surtout d'autre part les nouvelles substances psychoactives d'origine synthétique (ou nouvelles drogues de synthèse) qui n'ont pas encore été interdites et qui peuvent parfois être présentées sous forme végétale (après avoir été mélangées à des extraits inactifs). Ces derniers produits sont généralement synthétisés en Chine ou en Inde et sont soit vendus à l'état brut comme «*research chemicals*» via Internet, ou sont reconditionnés afin de leur donner l'apparence de la drogue qu'ils imitent. Ils sont ensuite vendus sur Internet et parfois aussi dans des smartshops, avec un marketing attractif. Généralement, ces molécules sont détournées de leur usage initial (la recherche scientifique) voire spécialement mises au point pour contourner les lois sur les drogues. La manière dont est formulée la question dans cette enquête évoque plutôt cette deuxième classe de produits. Le lecteur intéressé par les résultats de cette enquête peut les consulter sur le lien suivant : http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_fr.htm (Dernière consultation : 4/01/2016).

161 Comme on peut le voir dans le tableau 6, il existe une importante disparité entre pays en ce qui concerne l'usage de ces substances. Ainsi, 22 % des jeunes Irlandais interrogés ont déclaré en avoir déjà consommé, suivi par 13 % des répondants espagnols et slovaques et 12 % des jeunes français, ces trois derniers pays étant ceux où l'on observe la plus forte augmentation de l'usage de ces produits par rapport à 2011.

grande connaissance de leur existence et par une augmentation de leur disponibilité sur Internet. En effet, les snapshots réalisés par l'OEDT montrent clairement que le nombre de sites de vente en ligne n'a cessé de croître ces dernières années. Ainsi, alors qu'en janvier 2010 un total de 170 sites Internet vendaient certains euphorisants légaux prédéfinis [non limités aux nouvelles drogues de synthèse (NDS)] à au moins un pays de l'Union européenne, ce nombre est passé à 314 en janvier 2011, puis à 693 en janvier 2012 et 651 en 2013 (EMCDDA, 2015a). Cette augmentation du nombre de sites online de vente s'est en outre produite parallèlement à une hausse du nombre de nouvelles substances psychoactives détectées sur le territoire européen (voir chapitre 4).

En 2014, des questions relatives à l'usage récent et actuel de ces substances ont également été introduites dans l'enquête, et il ressort qu'ils sont apparemment peu fréquents, puisque seulement 1 % des répondants belges et européens ont déclaré avoir consommé l'un de ces produits au cours des 30 derniers jours et 3-4 % au cours des 12 derniers mois. Même si cette enquête ne fournit pas d'indication sur la fréquence de consommation, il est donc probable que l'usage qu'en font les jeunes soit, pour la plupart, essentiellement expérimental ou très occasionnel.

Par comparaison, l'enquête Global Drug Survey réalisée sur Internet en 2013 montrait qu'environ 4 % des 2700 répondants belges ont déclaré avoir consommé au moins une fois un *legal high* (ou une *research chemical*) au cours des 12 derniers mois. Toutefois, les résultats de cette enquête ne sont pas représentatifs de la population belge en raison de l'absence de méthode d'échantillonnage stricte. Même s'il est raisonnable de penser qu'il s'agit majoritairement de personnes qui manifestent un intérêt par rapport à la consommation d'alcool et de drogues, les résultats de cette enquête doivent être extrapolés avec prudence.

Si l'on rapporte le pourcentage d'expérimentation (usage sur la vie) enregistré en Belgique à la taille de la population belge âgée de 15 à 24 ans observée au moment de l'enquête (à savoir 1.342.717 personnes), et pour autant que l'échantillon soit effectivement représentatif de cette population, on peut estimer qu'environ 110.000 jeunes belges de cet âge (±35.000[162]) ont déjà consommé au moins une fois un euphorisant légal.

Tableau 6 : Prévalence de la consommation de cannabis et de *legal highs* chez les belges et européens âgés de 15 à 24 ans. Flash Eurobaromètre 2014

		Échantillon Belge (N=500)	Moyenne européenne (N=13.128)	Minimum européen	Maximum européen
		%	%	%	%
Usage de cannabis	sur la vie	26	31	7	45
	les 12 derniers mois	13	17	3	28
	les 30 derniers jours	5	7	1	16
Usage de *legal highs*	sur la vie	8,2	7,8	0,5	22,4
	les 12 derniers mois	3,4	3,9	0	8,8
	les 30 derniers jours	1	1,3	0	4,0

Source : Flash Eurobaromètre 401

162 Les intervalles de confiance ont été calculés par nos soins. La marge d'erreur de l'estimation est particulièrement élevée en raison de la taille de l'échantillon.

MODES D'APPROVISIONNEMENT, CONTEXTES DE CONSOMMATION ET DISPONIBILITÉ PERÇUE DES *LEGAL HIGHS*

Les jeunes qui ont consommé des *legal highs* au cours des 12 derniers mois[163] les ont généralement achetés ou reçus d'un ami (68 % des Européens et 87 % des Belges) ou achetés auprès d'un dealer (27 % des Européens et 35 % des Belges). En revanche, ils les ont rarement achetés sur Internet (3 % des Belges et 3 % des Européens). En ce qui concerne les contextes habituels de consommation, ces substances sont le plus souvent utilisées entre amis (pour 60 % des Européens et 100 % des Belges), ou lors d'une fête ou d'un événement (65 % des Européens et 76 % des Belges), et le sont plus rarement seul et en privé (15 % des Européens et 9 % des Belges). Enfin, en ce qui concerne la disponibilité perçue, 25 % des Européens et 20 % des Belges interrogés estiment qu'il serait facile d'obtenir une de ces substances dans les 24 heures.

Ces données suggèrent qu'une partie des jeunes de 15-24 ans sont effectivement conscients que les *legal highs* sont facilement disponibles. Néanmoins, ils sont très peu nombreux à les acheter directement sur Internet. On notera toutefois que cette question ne renseigne que sur le mode d'approvisionnement individuel, et non sur l'origine des produits, ceux-ci pouvant avoir été commandés initialement sur Internet par un ami, un dealer ou encore le gérant d'un smartshop dans lequel l'usager l'aura finalement acheté.

DANGEROSITÉ PERÇUE ET OPTIONS DE RÉGULATION DE LA DISPONIBILITÉ DES *LEGAL HIGHS*

En ce qui concerne la dangerosité perçue, 86 % des Européens interrogés (89 % des Belges) estiment que consommer une ou deux fois un *legal high* engendre un risque modéré ou élevé pour la santé de l'usager, contre 96 % (98 % des Belges) en cas d'usage régulier. Cette enquête met également en évidence une autre donnée intéressante : elle concerne l'attitude des jeunes par rapport aux options de régulation de ces nouveaux produits. Il apparait que seulement 35 % des jeunes européens (38 % des Belges) sont favorables à une interdiction de ces substances en toutes circonstances, alors que 47 % des répondants européens (42 % des Belges) estiment qu'il ne faudrait interdire que les substances présentant un risque pour la santé. Enfin, 15 % des jeunes européens (16 % des Belges) sont favorables à la mise en place d'un marché réglementé.

Ces derniers résultats, similaires à ceux observés en 2011, suggèrent que les jeunes européens sont généralement conscients des risques que peuvent engendrer la consommation régulière et ponctuelle de ces substances. En outre, ils sont davantage favorables à la mise en place d'un marché réglementé des *legal highs*, qu'ils ne le sont pour les drogues illégales (à l'exception du cannabis).

PERSPECTIVES

Si la consommation de *legal highs* a augmenté en Belgique entre 2011 et 2014, elle n'y est apparemment pas particulièrement élevée, si on la compare à celle relevée dans les autres pays de l'UE. Cette disparité peut s'expliquer en partie par des différences culturelles (propension à effectuer des achats sur Internet, présence de smartshops dans le pays, etc.), mais elle pourrait aussi être due à des variations au niveau de la disponibilité des drogues illégales classiques. Ainsi, dans le cas de la Belgique, qui est un petit pays avec une forte densité de population et dans lequel la production et l'importation de drogues illégales est importante, les produits classiques (cannabis, MDMA, amphétamines, héroïne, cocaïne…) sont facilement disponibles, et avec un rapport qualité/prix satisfaisant pour le consommateur, ce qui pourrait expliquer le faible intérêt des Belges pour ces nouveaux produits.

Dans d'autres pays toutefois, les *legal highs* concurrencent davantage les produits classiques. Ils peuvent dès lors inquiéter les autorités sanitaires, compte-tenu des cas d'intoxication aiguë sérieuse et parfois mortelle ayant été recensés suite à la consommation de certains de ces produits. En effet, le profil pharmacologique et toxicologique des NDS est généralement peu documenté voire inconnu. Il convient dès lors de les appréhender avec prudence en raison des incertitudes quant aux effets, dosages ou encore risques associés à leur consommation, ce que les usagers plus naïfs ou trop confiants ne font pas forcément. Les risques liés à la consommation de ces produits sont aussi majorés et surtout difficiles à évaluer pour plusieurs raisons : 1) la fabrication et le reconditionnement de ces substances s'effectuent en dehors de tout contrôle

163 Au total 508 jeunes européens et 17 jeunes belges ont déclaré avoir consommé au moins une fois un de ces produits au cours des 12 derniers mois. En raison du faible nombre de Belges concernés par cette consommation, les pourcentages relatifs à la Belgique sont fournis uniquement à titre indicatif et doivent être appréhendés avec prudence.

sanitaire, d'où les risques de mélange de molécules, d'erreur d'étiquetage, de dosage approximatif ou encore de contamination bactérienne ou fongique ; 2) ces substances circulent parfois sur le marché noir comme ersatz de drogues illégales sans que l'usager en soit informé, or elles n'ont pas forcément les mêmes effets, ce qui peut conduire l'usager à un surdosage ; 3) leur dosage ne tolère pas les approximations, certaines NDS pouvant être mortelles à partir de quelques milligrammes. Enfin, malgré ces risques pour la santé, ces substances sont généralement vendues sans notice d'utilisation, puisqu'elles ne sont officiellement pas destinées à la consommation humaine[164].

Pour faire face à ce phénomène, la Belgique a récemment pris l'option d'élargir la portée de l'arsenal prohibitif en interdisant anticipativement les nouvelles générations de molécules (et rétrospectivement les anciennes) sur base de classifications génériques[165]. Alors que la prohibition est manifestement inefficace et contre-productive en matière de lutte contre l'usage de drogues (voir par exemple Coppel & Doubre, 2012 ; De Corte, De Grauwe & Tytgat, 2013 ; CGPD, 2013 ; Insulza, 2013 ; Werb et al., 2011, 2013), que le *dark net* devient un mode alternatif et discret d'accès aux produits interdits, et que d'autres alternatives encourageantes sont initiées (les marchés réglementés), la réponse belge peut donc paraître plus que jamais inappropriée. Au niveau européen, une directive et un règlement ont été proposés en septembre 2013 de manière à accélérer l'interdiction de la commercialisation des nouvelles substances qui présentent un risque important pour la santé. À l'heure actuelle, ils n'ont toutefois pas encore été ratifiés[166].

Nous renvoyons le lecteur intéressé par ce phénomène des nouvelles drogues à notre livret thématique récemment publié et disponible sur notre site internet, ainsi qu'à l'article rédigé dans la revue Psychotropes (Hogge, 2014a).

2.1.3. L'USAGE DE DROGUES CHEZ LES PERSONNES PROSTITUÉES

Le recensement du nombre de personnes prostituées sur un territoire donné n'est pas chose aisée, en raison de la clandestinité souvent associée et des différentes formes de pratiques (prostitution en rue ou en vitrine, via des salons de «massages», dans des clubs privés, par le biais de petites annonces, etc.). Selon de récentes estimations, il y aurait entre 15000 et 20000 travailleurs du sexe en Belgique, dont 80 % seraient des femmes et 15 % des transsexuels, et dont la majorité (60 %) serait issue de l'immigration (Brussa, 2009).

Les personnes prostituées constituent un groupe particulièrement vulnérable en ce qui concerne les conduites à risque. Selon la littérature internationale, elles ont fréquemment recours à des produits psychotropes (e.g. Gilchrist, Gruer, & Atkinson, 2005 ; Potterat, Rothenberg, Muth, Darrow, Phillips-Plummer, 1998), ce qui augmenterait notamment l'adoption de conduites à risque au niveau sexuel (De Graaf, Vanwesenbeeck, van Zessen, Straver, & Visser, 1995). Néanmoins, l'ampleur de l'usage de drogues dans ce groupe spécifique est peu connue au niveau européen, y compris en Belgique (voir Roelands, 2010).

Dans ce contexte, une étude a récemment été réalisée au niveau fédéral (via un financement BELSPO) de manière à quantifier l'usage de drogues légales et illégales ainsi que les problèmes de santé associés chez les femmes prostituées en Belgique. L'objectif était d'adapter au mieux l'offre sanitaire aux besoins de cette population en la matière (pour le rapport complet, voir Decorte, Stoffels, Leuridan, Van Damme & Van Hal, 2011).

Les résultats de cette enquête ont été présentés de manière détaillée dans notre rapport 2013-2014 sur l'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles (pages 66-68).

164 Sur Internet, ces produits sont en effet systématiquement vendus comme non destinés à la consommation humaine, de manière à contourner également les lois sur les substances réglementées telles que les médicaments et les compléments alimentaires.

165 Pour une présentation critique de cette loi, nous renvoyons le lecteur aux pages 33 et 34 de notre rapport 2013-2014.

166 Pour une présentation critique de ces propositions, nous renvoyons le lecteur aux pages 35 à 38 de notre rapport 2013-2014

2.1.4. L'USAGE DE DROGUES EN PRISON

L'usage de drogues ne s'arrête pas aux portes des prisons. De nombreux produits y sont introduits de manière illégale, y compris les drogues usuelles. Les risques liés à l'usage de drogues peuvent toutefois être amplifiés dans l'enceinte de la prison, vu que l'usager a moins d'opportunités de se cacher et est donc contraint de consommer brièvement, et parce que le matériel requis pour certains modes de consommation ne peut être obtenu librement. Par exemple, les usagers de drogues par injection sont souvent contraints de récupérer des seringues usagées dans la poubelle de l'infirmerie, puisque la distribution de matériel stérile d'injection n'y est pas autorisée. Cette situation favorise aussi la réutilisation excessive du même matériel (ce qui favorise le risque de contraction d'abcès, etc.) et le partage de matériel entre usagers, ce qui augmente le risque de transmission de maladies infectieuses. Pourtant, selon la Loi de Principes (du 12 janvier 2005), la détention devrait en théorie se limiter à la privation de liberté, sans entraver l'accès aux soins ou à tout ce qui permet de préserver la santé de la personne incarcérée. Or différents rapports et témoignages nationaux ou internationaux prouvent régulièrement que l'équivalence de soins n'est pas assurée (Bertrand & Clinaz, 2015 ; OIP, 2013). Dans le cas spécifique de la Belgique, cette situation est en outre compliquée par le fait que les soins de santé en prison dépendent actuellement du SPF Justice (voir chapitre 1, pour une présentation du débat relatif au transfert de compétences de cette matière).

Dans le cadre d'un monitoring des risques sanitaires liés à l'usage de drogues en prison, une enquête a été menée dans toutes les prisons belges du 29 juin au 14 août 2010 afin d'évaluer, chez les détenus, la prévalence de l'usage de drogues ainsi que des comportements à risques pouvant être liés à cet usage (voir Van Malderen, Pauwels, Walthoff-Borm, Glibert, & Todts, 2013). Durant cette période, 10 % des détenus incarcérés en Belgique ont été interrogés par questionnaire.

Les résultats de cette enquête sont présentés de manière détaillée dans notre rapport 2013-2014 sur l'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles (pages 69-72). Comme mentionné dans le chapitre 1, l'avenir de cette enquête est clairement menacé, ce qui renforce encore la nécessité d'un transfert des compétences «santé» en prison du SPF Justice vers le SPF Santé.

2.1.5. LE REGISTRE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

En Belgique, les traitements de substitution aux opiacés font l'objet d'un enregistrement sur base d'une compilation des ordonnances de médicaments adressées aux pharmacies grand public, aux pharmacies hospitalières et aux centres spécialisés dans le traitement des dépendances. Plus précisément, les prescriptions de méthadone et de buprénorphine sont enregistrées dans le système Pharmanet de l'INAMI, essentiellement de manière à identifier et éviter les prescriptions multiples qui peuvent occasionner un détournement de ce produit sur le marché illégal. Les traitements dispensés en milieu carcéral ne sont malheureusement pas inclus dans ce monitoring, et ce dernier ne couvre que les traitements délivrés à des patients mutualisés, autrement dit couverts par la sécurité sociale belge. En outre, cet enregistrement ne permet pas de faire la distinction entre les traitements prescrits dans le cadre d'une dépendance aux opiacés de ceux prescrits dans le cadre d'un traitement de douleurs chroniques ou de soins palliatifs. Il est toutefois généralement admis que ces derniers sont minoritaires.

Comme le montre le tableau 7, le nombre de patients mutualisés ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution à la méthadone en Wallonie s'élève à plus de 8000 patients par an, ce nombre étant en diminution progressive depuis 2011. On constate parallèlement une augmentation du nombre de patients pour lesquels un traitement de substitution à la buprénorphine a été prescrit, mais cette augmentation ne compense pas entièrement la baisse de délivrance de méthadone dans la région. Ainsi, globalement, on observe une baisse de délivrance de traitement de substitution aux opiacés en Wallonie de 2011 à 2014. La délivrance des traitements de substitutions aux opiacés parait en revanche beaucoup plus stable en Région bruxelloise, où environ 2500 patients reçoivent un traitement de ce type chaque année. Enfin, dans les deux régions francophones du pays, il apparait que le traitement à la méthadone est beaucoup plus fréquemment délivré que le traitement à la buprénorphine.

Tableau 7 : Nombre de patients ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés en Wallonie et à Bruxelles

		2011	2012	2013	2014
Bruxelles	N total	2619	2590	2581	2558
	N méthadone	2358	2338	2313	2286
	N buprénorphine	261	252	268	272
Wallonie	N total	9611	9460	9266	9126
	N méthadone	8741	8570	8343	8120
	N buprénorphine	870	890	923	1006

Source : INAMI- Pharmanet

2.2 LA PRÉVALENCE DES USAGES D'ALCOOL

La consommation d'alcool est particulièrement valorisée dans les pays occidentaux. Elle fait partie intégrante des habitudes de vie de nombreuses personnes et n'a en soi rien de problématique. Mais en fonction de l'individu, du contexte, et surtout de l'usage qui est fait de ce produit, elle peut parfois «déraper» et devenir une consommation «problématique[167]», occasionnelle ou répétée, qui échappe à l'usage social et contrôlé initialement prescrit.

Dans la section suivante, nous présentons les données relatives à la consommation de boissons alcoolisées issues d'enquêtes de santé récentes menées dans la population générale et auprès de jeunes du secondaire.

2.2.1. L'USAGE D'ALCOOL DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

La consommation d'alcool est abordée dans l'enquête HIS (pour une description de l'enquête, voir la section 2.1.1.1.) à l'aide d'une série de questions spécifiques figurant dans un questionnaire auto-administré. Ce questionnaire a été complété en 2013 par plus de 6.000 personnes âgées de 15 à 64 ans.

Les résultats montrent que 12,1 % de la population de 15 à 64 ans n'a jamais consommé de boissons alcoolisées (24,1 % en Région bruxelloise et 13,5 % en Wallonie). La **prévalence de la consommation d'au moins un verre d'alcool au cours des 12 derniers mois** concerne 84,1 % des belges. Elle est plus élevée en Wallonie (81,5 %) qu'en Région bruxelloise (71,6 %). Enfin, plus de 6 personnes sur 10 parmi celles qui ont consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois ont eu une consommation régulière (chaque semaine ou plus) au cours de cette période, cette proportion étant équivalente entre les régions. Et 12 répondants sur 100 ont déclaré avoir consommé de l'alcool de manière quotidienne (14,4 % si l'on se centre sur les répondants ayant consommé de l'alcool les 12 derniers mois). La proportion de consommateurs quotidiens est plus élevée en Wallonie qu'à Bruxelles, même lorsque l'on se centre exclusivement sur les personnes en ayant consommé au cours des 12 derniers mois.

167 La notion d'usage problématique d'alcool peut être définie de manière opérationnelle comme toute consommation, occasionnelle ou répétée, provoquant directement ou indirectement des dommages physiques, psychologiques ou sociaux (occasionnels ou répétés) au consommateur et/ou à son entourage.

Tableau 8 : Distribution de la consommation d'alcool en 2013 en Belgique et par région. Enquête HIS 2013

	Wallonie	Bruxelles	Flandre	Belgique
	%	%	%	%
Abstinence sur la vie	13,5	24,1	9,7	12,1
Consommation mais pas les 12 derniers mois	5,0	4,3	3,1	3,8
Consommation au cours des 12 derniers mois	81,5	71,6	87,2	84,1
Chaque jour	17,1	13,5	13,3	14,4
Chaque semaine	43,9	51,3	49,0	47,6
Chaque mois	28,7	25,0	26,5	27,1
Moins d'une fois par mois	10,3	10,2	11,2	10,9
Consommation quotidienne	14,0	9,6	11,6	12,2

Source : Enquête HIS 2013, module interactif

Le tableau 9 détaille par région ainsi que pour l'ensemble du pays la **fréquence de consommation par tranches d'âge au cours des 12 derniers mois parmi les consommateurs récents** (au moins un verre les 12 derniers mois). On constate que la fréquence de consommation augmente significativement avec l'âge des répondants, tant au niveau national que régional. Ainsi, alors que seulement 1,4 % des 15-24 ans ont déclaré consommer des boissons alcoolisées de manière quotidienne, la consommation quotidienne[168] concerne 19,2 % de la population belge de 35-64 ans. En outre, alors que la consommation quotidienne toucherait de manière similaire les 15-24 ans des deux régions francophones, on constate que la consommation hebdomadaire est plus fréquente chez les jeunes consommateurs bruxellois que chez les jeunes wallons (66,5 % *versus* 38,1 %). Néanmoins, ce résultat doit être interprété avec prudence en raison du petit nombre de répondants de 15-24 ans en Région bruxelloise.

En Belgique, l'âge moyen du premier usage d'alcool (hors petites gorgées) est de 18 ans et 4 mois. Cet âge ne diffère pas significativement entre la Région bruxelloise (18 ans et 11 mois) et la Wallonie (18 ans et 7 mois). En revanche, les garçons sont plus précoces que les filles, tant au niveau national (17 ans et 4 mois *versus* 19 ans et 5 mois) que régional (Bruxelles : 18 ans et 4 mois *versus* 19 ans et 7 mois ; Wallonie : 17 ans et 6 mois *versus* 19 ans et 11 mois).

Tableau 9 : Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois chez les consommateurs récents en Belgique, par région et par tranche d'âge. Enquête HIS 2013

			Chaque jour (%)	Chaque semaine (%)	Chaque mois (%)	Moins d'1x fois par mois (%)
BELGIQUE	15-24 ans	(n=447)	1,4	50,6	34,9	13,1
	25-34 ans	(n=766)	6,1	44,5	34,0	15,4
	35-64 ans	(n=2669)	19,2	47,9	23,7	9,2
BRUXELLES	15-24 ans	(n=63)	2,7	66,5	10,9	19,9
	25-34 ans	(n=191)	5,2	51,6	33,2	10,0
	35-64 ans	(n=483)	19,5	48,5	23,5	8,6
WALLONIE	15-24 ans	(n=205)	2,5	38,1	43,8	15,6
	25-34 ans	(n=300)	6,3	42,7	35,4	15,5
	35-64 ans	(n=1078)	22,7	45,3	24,1	7,9

Source : Enquête HIS 2013, module interactif

168 Notons que nous ne disposons pas d'information sur les quantités d'alcool consommées quotidiennement. Le pourcentage de consommation quotidienne englobe donc à la fois, par exemple, les personnes qui consomment systématiquement un verre de vin tous les soirs lors du repas et celles qui en consomment plusieurs verres à différents moments de la journée.

Comme le montre le tableau 10, au niveau national, la **surconsommation hebdomadaire d'alcool** (au cours des 12 derniers mois) telle que définie dans cette enquête[169] concerne en 2013 environ 5,5 % des jeunes de 15-24 ans, ce qui est légèrement inférieur à ce que l'on observe chez les 35-64 ans (8 %) mais supérieur à la surconsommation déclarée par les 25-34 ans (3,2 %). Toujours au niveau national en 2013, la surconsommation hebdomadaire est globalement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, y compris chez les 15-24 ans (8,3 % *versus* 2,9 %). Cet effet de genre, que l'on épingle également en Wallonie sur cette tranche d'âge (8,7 % *versus* 2,9 %) est étrangement inversé en Région bruxelloise (1,2 % *versus* 4,5 %). Enfin, si la surconsommation hebdomadaire a légèrement diminué depuis 2004 au niveau national et ce pour toutes les tranches d'âge, l'évolution est moins nette au niveau des deux régions francophones prises individuellement, selon la tranche d'âge considérée. Elle est en outre en 2013 un peu plus élevée en Wallonie qu'à Bruxelles parmi les 15-24 ans et les 25-34 ans, mais l'enquête ne précise pas si ces différences sont statistiquement significatives.

La proportion de **consommateurs quotidiens d'alcool** (au cours des 12 derniers mois) augmente fortement avec l'âge des répondants, tant au niveau national que dans chaque région du pays. Au niveau national, la proportion de consommateurs quotidiens est plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la tranche d'âge. Au niveau de Bruxelles, la différence de genre n'est manifeste qu'à partir de 35 ans, alors qu'on la constate pour toutes les tranches d'âge en Wallonie, ce qui signifie qu'il y a proportionnellement davantage de jeunes femmes consommatrices quotidienne d'alcool à Bruxelles qu'en Wallonie. Enfin, on constate au niveau national que la proportion de consommateurs quotidiens est relativement stable dans le temps chez les 15-24 ans ainsi que chez les 25-34 ans, alors qu'elle est en augmentation chez les 35-64 ans. Ce constat, également objectivé au niveau de la Wallonie, n'est toutefois pas observé en Région bruxelloise. Ainsi, et plus globalement, les analyses standardisées pour l'âge et le sexe montrent que la consommation quotidienne augmente de manière progressive et significative depuis 1997 en Wallonie, tandis qu'à Bruxelles, elle s'est stabilisée depuis 2001. Toutefois, si la consommation quotidienne est effectivement actuellement plus élevée en Wallonie qu'à Bruxelles, cela ne s'objective que chez les 35-64 ans.

169 La définition de la surconsommation d'alcool proposée ici diffère selon le sexe des répondants : plus de 21 verres par semaine pour les hommes et plus de 14 verres par semaine pour les femmes. Ces quantités correspondent aux limites hebdomadaires que l'OMS recommande de ne pas dépasser.

Tableau 10 : Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du binge drinking et de l'usage problématique d'alcool en Belgique, par région et par tranche d'âge. Enquête HIS 2001-2013

		2001			2004			2008			2013		
		15-24 ans (%)	25-34 ans (%)	35-64 ans (%)	15-24 ans (%)	25-34 ans (%)	35-64 ans (%)	15-24 ans (%)	25-34 ans (%)	35-64 ans (%)	15-24 ans (%)	25-34 ans (%)	35-64 ans (%)
BELGIQUE	Surconsommation hebdomadaire	6,7	8,2	11,4	8,8	7,8	10,2	7,4	6,4	9,4	5,5	3,2	8,0
	Consommation quotidienne	0,9	4,2	12,8	1,4	3,7	11,2	2,7	3,8	13,7	1,0	5,1	16,5
	Binge Drinking hebdomadaire ou +	/	/	/	/	/	/	12,1	8,0	8,7	14,0	8,8	8,5
	Usage problématique	4,3	7,4	7,7	5,9	8,4	8,9	7,8	11,8	11,9	6,1	10,8	12,4
BRUXELLES	Surconsommation hebdomadaire	4,9	7,7	12,7	2,4	7,3	10,1	4,1	5,5	7,8	3,0	3,9	8,1
	Consommation quotidienne	2,2	7,4	17,0	0,7	5,4	14,5	4,1	2,5	12,8	1,7	3,8	14,2
	Binge Drinking hebdomadaire ou +	/	/	/	/	/	/	10,0	6,2	5,9	17,0	7,5	7,4
	Usage problématique	8,3	8,5	11,5	5,0	16,7	12,8	15,5	17,1	15,3	8,5	13,9	21,5
WALLONIE	Surconsommation hebdomadaire	3,4	6,3	9,8	6,3	7,7	11,1	3,2	9,5	10,1	5,7	5,3	8,6
	Consommation quotidienne	0,9	3,6	13,1	1,7	4,8	12,7	3,6	5,5	15,6	1,8	5,0	19,2
	Binge Drinking hebdomadaire ou +	/	/	/	/	/	/	8,6	8,6	7,8	12,2	7,8	8,2
	Usage problématique	6,4	10,3	9,7	7,7	11,1	12,9	6,4	13,6	12,0	7,0	10,3	11,4

Source : Enquêtes HIS 2001-2013, module interactif

Le «***binge drinking***» (dit aussi hyperalcoolisation ou beuverie expresse)[170] au moins hebdomadaire est en revanche plus marqué chez les jeunes que chez les répondants plus âgés, et il est actuellement rapporté par 14 % des 15-24 ans au niveau national, contre environ 8 % des 25-34 ans et des 35-64 ans. Il est aussi nettement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes de 15-24 ans (19,8 % *versus* 8,7 %). Au niveau de la fréquence de ce comportement, alors qu'aucun répondant de 15-24 ans n'a rapporté avoir eu recours à ce comportement de manière quotidienne, que 14 % le pratique de manière hebdomadaire et 28,5 % de manière mensuelle (probablement en lien avec la consommation festive d'alcool), les répondants plus âgés sont plus enclins à l'hyperalcoolisation quotidienne (davantage révélatrice d'une dépendance à l'alcool), puisqu'elle touche 1,8 % des 35-64 ans (3,9 % des 55-64 ans). À Bruxelles, l'hyperalcoolisation au moins hebdomadaire a augmenté entre 2008 et 2013, en particulier chez les 15-24 ans, et cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe. Actuellement, ce comportement est manifestement plus fréquent chez les jeunes bruxellois que chez les jeunes wallons (17 % *versus* 12,2 %), bien qu'une augmentation au cours du temps soit également observée en Wallonie chez les 15-24 ans. Finalement, il apparait que parmi les personnes qui ont déjà pratiqué le *binge drinking*, les wallons sont habituellement plus enclins que les bruxellois à consommer 6 verres d'alcool en 2 heures maximum (12,9 % *versus* 7,7 % l'ont fait au moins une fois les 12 derniers mois). Cette différence régionale se marque principalement au niveau des 15-24 ans (29,1 % des wallons *versus* 5,2 % des bruxellois) et, dans une moindre mesure, au niveau des 25-34 ans (13,2 % *versus* 9,6 %), alors qu'elle n'est pas objectivée au niveau des répondants de 35-64 ans (8,9 % *versus* 9,2 %).

170 Le *binge drinking* peut être défini comme une forme d'abus d'alcool caractérisée par l'ingestion d'une importante quantité en un minimum de temps, de manière à en potentialiser les effets. Il est ici (et traditionnellement) défini comme l'ingestion d'au moins 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion. On peut donc regretter l'imprécision de cette mesure, puisque la notion d'occasion n'est pas délimitée au niveau temporel. Afin de comprendre plus finement ce comportement, l'enquête HIS 2013 a introduit une question supplémentaire visant à déterminer le temps généralement pris pour consommer 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion.

Finalement, cette enquête a également estimé la fréquence de l'**usage problématique d'alcool sur la vie** à l'aide de 4 questions spécifiques[171], un usage étant ici considéré comme problématique en cas de réponse positive à au moins 2 des 4 items. La prévalence sur la vie de l'usage problématique ainsi défini est moins élevée chez les jeunes de 15-24 ans que chez les individus plus âgés, probablement parce que les questions utilisées pour l'évaluer font davantage référence à la dépendance à l'alcool, plus fréquente chez les individus plus âgés, mais aussi parce que la probabilité de leur survenue au moins une fois dans la vie augmente naturellement avec l'âge des individus. Si, au niveau national, le taux d'«usage problématique» a augmenté chez les 15-24 ans, passant de 4,3 % en 2001 à 7,8 % en 2008, il s'est stabilisé voire semble en diminution en 2013 (6,1 %). L'évolution de cet indicateur est néanmoins beaucoup moins linéaire au sein de chaque région, comme on peut le constater dans le tableau 10. On peut remarquer toutefois que l'usage problématique d'alcool sur la vie est plus fréquent chez les bruxellois que chez les wallons. En 2013, la différence s'observe essentiellement chez les 35-64 ans (21,5 % des bruxellois *versus* 11,4 % des wallons).

2.2.2. L'USAGE D'ALCOOL CHEZ LES JEUNES DU SECONDAIRE (ENQUÊTE HBSC)

Selon l'enquête HBSC 2010 (pour une description de l'enquête, voir la section 2.1.2.1), 85 % des jeunes de 12-20 ans scolarisés en FWB ont déjà consommé une boisson alcoolisée. Environ 30 % des jeunes de 12-20 ans ont déjà été ivres plus d'une fois dans la vie, 21,4 % au moins une fois au cours des 30 derniers jours, et 6,3 % au moins 3 fois au cours des 30 derniers jours (voir tableau 11). La consommation hebdomadaire d'au moins un verre d'alcool est rapportée par 23,3 % des jeunes interrogés, alors que la consommation quotidienne (d'au moins un verre) concerne 2,5 % de ces jeunes de 12-20 ans. Le *binge drinking* (ici défini comme la consommation d'au moins 5 verres d'alcool lors de la même occasion) a été pratiqué au moins 3 fois au cours des 30 derniers jours par 18,6 % des jeunes de 12-20 ans interrogés.

La consommation d'alcool, telle qu'estimée par ces différents indicateurs, augmente avec l'âge des répondants. C'est ainsi surtout à partir de 15-17 ans que la consommation d'alcool se répand chez les jeunes, et elle est encore plus accentuée chez les 18-20 ans. Elle est aussi nettement plus fréquente chez les garçons que chez les filles, quelle que soit la tranche d'âge. Certaines différences apparaissent également en fonction du type d'enseignement. Par exemple, l'expérimentation de l'ivresse est plus fréquente parmi les élèves de l'enseignement technique et professionnel que parmi les élèves de l'enseignement général. En revanche, l'usage au moins hebdomadaire d'alcool est plus répandu chez les élèves de l'enseignement général et technique que parmi ceux de l'enseignement professionnel.

Enfin, il semble que ces pratiques ont peu évolué au cours des dernières années. Ainsi, l'expérimentation de boissons alcoolisées (au moins un verre dans la vie) est assez stable par rapport aux deux enquêtes précédentes. La prévalence sur la vie de l'ivresse répétée (plus d'une fois) est également comparable à ce que l'on observait lors des trois enquêtes précédentes (2006, 2002, 1998). Enfin, la prévalence du *binge drinking* au cours des 30 derniers jours n'a pas non plus véritablement évolué depuis 2002, ni d'ailleurs celle de l'usage quotidien d'alcool.

171 *Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ? ; Vous êtes-vous déjà senti(e) irrité(e) par des critiques à propos de votre consommation d'alcool ? ; Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable en ce qui concerne votre consommation d'alcool ? ; Avez-vous déjà eu besoin d'alcool en vous levant pour être vraiment réveillé(e) (ou pour vous remettre d'aplomb) ?* Une estimation de l'usage problématique par questionnaire a comme limite une trop grande «transparence» de certaines questions et l'emploi de termes plus ou moins connotés, certains individus ayant tendance à ne pas répondre aux questions trop directes, ou à «fuire» lorsque certains termes connotés négativement sont employés. Elle suppose en outre que les répondants ont suffisamment conscience de leur problème de consommation pour répondre positivement à ces items ce qui, bien entendu, n'est pas forcément le cas. Notons aussi que cet indicateur, bien qu'estimant la prévalence de l'usage problématique sur la vie, est calculé sur base des personnes qui ont répondu avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. Il n'inclut donc pas les personnes qui ont eu des problèmes liés à leur consommation par le passé mais qui n'ont pas bu d'alcool durant les 12 derniers mois.

Tableau 11 : Ivresse répétée, consommation hebdomadaire et quotidienne et *binge drinking* au cours des 12 derniers mois chez les élèves de 12-20 ans scolarisés en FWB. Enquête HBSC 2010

	12-14 ans	15-17 ans	18-20 ans	12-20 ans
	%	%	%	%
Ivresse répétée (> 1 fois) sur la vie	9,4	36,8	53,0	29,8
Ivresse (≥ 1 fois) les 30 derniers jours	7,7	25,8	37,6	21,4
Ivresse répétée (≥ 3 fois) les 30 derniers jours	2,0	7,0	13,3	6,3
Alcool quotidien (au moins un verre)	1,1	2,7	5,1	2,5
Binge drinking (≥ 2 fois) les 30 derniers jours	11,8	36,2	47,6	29,4
Binge drinking (≥ 3 fois) les 30 derniers jours	6,5	22,8	32,4	18,6

Source : Patrick de Smet, communication personnelle

Cette enquête s'est également intéressée à l'expérimentation de l'alcool chez les élèves de 5ème et 6ème primaire. L'expérimentation d'au moins un verre d'alcool concerne 48,8 % de ces pré-adolescents, alors que l'ivresse «répétée» (plus d'une fois dans la vie) touche 2 % d'entre eux (celle-ci étant nettement plus fréquente chez les garçons que chez les filles). Si ces chiffres peuvent paraître relativement interpellants en raison de la tranche d'âge à laquelle ils se rapportent, ils sont pourtant en diminution par rapport aux enquêtes précédentes. Par exemple, en 1994, l'ivresse «répétée» était rapportée par près de 5 % des pré-adolescents. Et il n'est pas inutile de les relativiser en mentionnant que l'usage d'alcool à cet âge intervient probablement le plus souvent dans le cadre d'un contexte festif familial et sous la supervision parentale (anniversaire, communion, etc.).

2.2.3. CONCLUSIONS

Ces deux enquêtes montrent clairement que la consommation d'alcool est effectivement bien ancrée dans les mœurs des jeunes et des adultes de notre pays. Néanmoins, une partie d'entre eux n'en consomment pas ou alors de manière occasionnelle. L'expérimentation est de plus en plus précoce au fil des décennies et, chez les jeunes, l'âge de début n'est désormais plus influencé ni par le sexe ni par la filière d'enseignement. Les consommations plus régulières et davantage susceptibles de poser des problèmes (surconsommation, *binge drinking*, usage quotidien) sont en revanche plus fréquentes chez les garçons que chez les filles et surviennent généralement à des moments différents. Les jeunes de 15 ans et plus sont relativement nombreux à pratiquer la surconsommation ou l'hyperalcoolisation de manière hebdomadaire ou mensuelle, probablement la plupart du temps dans un contexte festif. Mais ils sont rarement des consommateurs quotidiens d'alcool (quoique l'on en dénombre davantage aujourd'hui que par le passé !), contrairement aux adultes.

Globalement, on remarque aussi que les patterns de consommation varient dans le temps, avec toutefois certaines spécificités régionales selon les tranches d'âge. On retiendra notamment qu'alors que la consommation quotidienne et la surconsommation hebdomadaire d'alcool sont plus élevées en Wallonie qu'à Bruxelles, on observe l'inverse en ce qui concerne la prévalence sur la vie de l'usage problématique. Et pour ce qui est du *binge drinking*, si le fait de consommer de manière au moins hebdomadaire 6 verres ou plus au cours de la même occasion est plus fréquent chez les bruxellois de 15-24 ans que chez les wallons du même âge, en revanche, les jeunes wallons qui ont recours à cette pratique consomment cette même quantité d'alcool généralement en moins de temps que les bruxellois.

2.3 LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

Il est inconcevable de vouloir appréhender de manière fiable, précise et exhaustive l'impact de la consommation d'alcool et des drogues sur la santé psycho-médico-sociale des usagers sur base des seules enquêtes épidémiologiques que nous venons de présenter. En effet, elles se basent sur des comportements auto-révélés et peuvent être confrontées à certains biais, notamment en raison de la trop grande transparence de certains items et de l'emploi de termes connotés : certains individus ont en effet tendance à ne pas répondre aux questions trop directes, ou à «fuir» lorsque certains termes connotés négativement sont employés. En outre, les conséquences de l'usage d'alcool et de drogues sur la santé constituent une problématique complexe qui ne peut pas être légitimement abordée par questionnaire, même si les enquêtes épidémiologiques en fournissent une première approximation. Les données que nous allons présenter dans cette section sont donc essentielles car elles fournissent des indications plus précises sur les conséquences de l'usage de ces produits sur la santé.

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

Pour rappel, l'indicateur de demande de traitement (appelé TDI pour Treatment demand indicator) lié à l'usage de drogues est l'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés récoltés dans les pays de l'Union Européenne de manière à ce que l'OEDT puisse évaluer la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes en Europe. Il consiste en un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soins pour un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale[172]. Il vise à fournir une estimation annuelle du nombre – et à dresser leur profil – de personnes ayant fait une telle demande de soin. En Belgique, les demandes de traitement liées à une consommation problématique d'alcool sont également enregistrées.

L'OEDT définit comme traitement toute activité visant à améliorer le statut psychique, médical et/ou social des usagers de drogues ayant des problèmes liés à leur consommation personnelle. Non seulement cette définition comprend l'offre de soins dispensés par certaines structures dont l'objectif premier est la désintoxication ou le maintien de l'abstinence, mais elle inclut également les structures qui dispensent un soutien psycho-social ambulatoire. La notion de traitement est donc considérée dans une acception assez large. Notons toutefois que les structures qui ne délivrent qu'une aide sociale et celles qui ne proposent qu'un échange de seringues ne sont pas considérées comme effectuant un traitement.

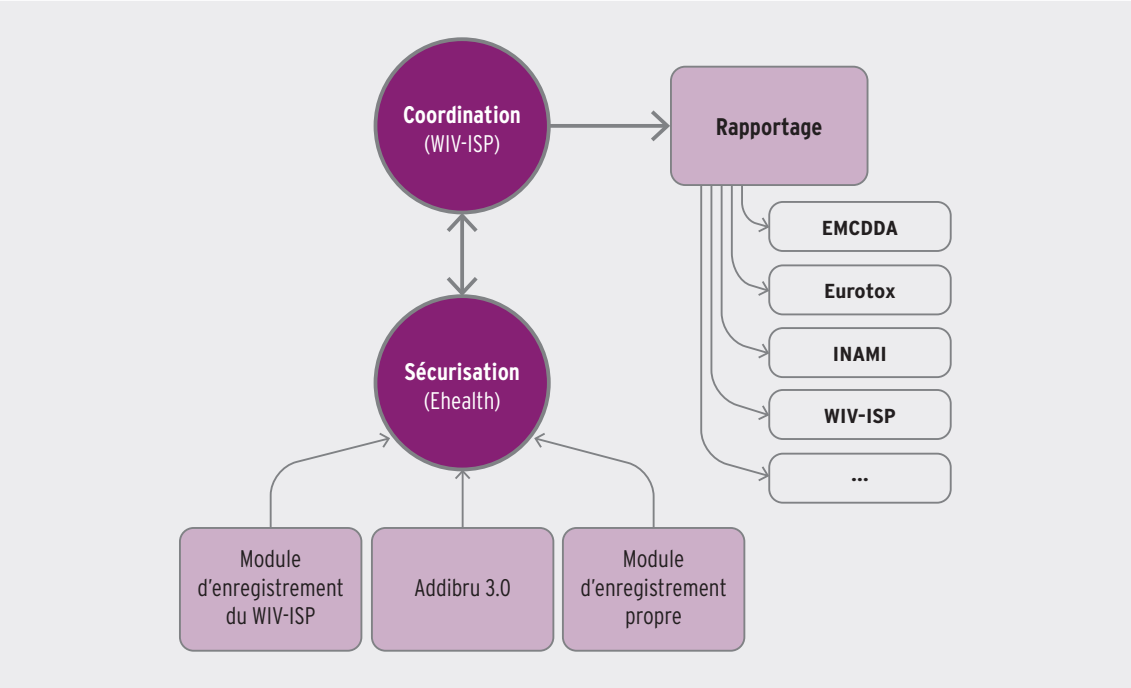
Cet enregistrement est réalisé à partir d'un protocole commun et standardisé (assurant la comparabilité des données entre pays ou régions) composé d'une vingtaine de variables qui permettent de caractériser le profil sociodémographique, le profil d'usage et certains comportements à risque des patients, ainsi que les caractéristiques de la demande de traitement. Ce protocole a subi plusieurs révisions, dont la dernière est d'application en Belgique depuis le 1er janvier 2015 (le protocole TDI 3.0).

En Belgique, l'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP) est chargé de la coordination de la collecte du TDI au niveau national ainsi que du développement d'outils d'enregistrement et de rapportage. Concrètement, la récolte du TDI est centralisée et harmonisée depuis 2011 via la plateforme technique du WIV-ISP, qui propose à la fois un module d'encodage (pour les institutions ne disposant pas d'un outil de récolte de données) et un module de dépôt (pour les institutions ayant leur propre outil de récolte). Cette plateforme offre, via une intégration des outils de la plate-forme eHealth, une sécurité d'accès aux fournisseurs de données ainsi qu'un codage des données personnelles (code NISS). En Wallonie, la quasi-totalité des centres encodent actuellement leurs données TDI sur cette plateforme, tout comme en Région bruxelloise, où seule une minorité les encode sur l'outil Addibru 3.0 proposé par la Plateforme de

172 Les traitements des maladies (hépatite alcoolique ou virale, abcès, HIV, etc.) associées à cet usage sont exclus de l'enregistrement. En outre, une seule demande annuelle doit être comptabilisée par patient.

concertation pour la santé mentale de la région de Bruxelles-Capitale. Enfin, seuls l'un ou l'autre centre utilise actuellement leur propre module d'enregistrement.

Figure 3 : L'enregistrement du TDI en Wallonie et à Bruxelles



2.3.1.1 Présentation et analyse des résultats

Cet indicateur ayant récemment fait l'objet de publications sous la forme de livrets thématiques, nous ne présenterons ici que quelques données globales et renvoyons le lecteur intéressé aux livrets thématiques 2 et 3, disponibles sur notre site Internet, pour une présentation détaillée de cet indicateur en Wallonie et en Région bruxelloise. Nous fournissons toutefois ici quelques informations globales relatives à cet enregistrement.

2.2.1.1|a Évolution de la récolte des demandes de traitement

En Belgique, la couverture de la récolte du TDI est actuellement partielle. En effet, en ce qui concerne la partie francophone du pays, seuls les centres ayant une convention avec l'INAMI ainsi que les services agréés auprès de la Région wallonne sont dans l'obligation formelle de participer à la récolte du TDI. Les centres qui fonctionnent avec un autre type de financement (subsides ambulatoires COCOF, plans de cohésion sociale, plans stratégiques de sécurité et de prévention, subventions facultatives de la Région wallonne, ...) et qui ont une offre de traitement telle que définie par l'OEDT sont certes invités à y participer, mais sur une base volontaire. Ils ne le font donc pas tous actuellement (par manque de temps et de moyen, principalement). En Région de Bruxelles-Capitale, même si l'actuel décret ambulatoire COCOF n'exige pas formellement d'y participer, la majorité des centres y contribuent effectivement, ainsi que certains centres ayant un autre type de financement. En outre, de 2011 à 2013, certains hôpitaux belges ont également participé à cet enregistrement via un projet pilote financé par le SPF Santé publique. Cette récolte s'est récemment généralisée à l'ensemble des hôpitaux via la publication de l'arrêté royal du 25 avril 2014 qui intègre la récolte du TDI dans les obligations administratives des hôpitaux[173]. Enfin, il faut savoir que les traitements dispensés en cabinet privé ainsi qu'en milieu pénitentiaire ne sont pas non plus enregistrés actuellement en Belgique.

173 Néanmoins, à l'heure actuelle, aucun accord ministériel n'a été convenu pour obtenir et diffuser ces données, ce qui explique pourquoi les données récoltées dans les hôpitaux depuis 2011 ne sont pas intégrées aux analyses fournies dans le présent document.

Sur la période 2011-2014, 6716 demandes de traitement ont été enregistrées en Wallonie et 4171 à Bruxelles auprès des centres participant actuellement à cette collecte. Le détail du nombre de demandes enregistrées par année et par type de structure de prise en charge est fourni dans le tableau 12 pour les deux régions francophones du pays. Les années 2011 et 2012 sont moins bien représentées parce qu'il s'agissait d'années de transition, liée à l'abandon des anciens outils de collecte au profit du module d'encodage proposé par la plateforme du WIV-ISP.

Tableau 12 : Évolution de la récolte des demandes de traitement en Wallonie et à Bruxelles, 2011-2014

		2011	2012	2013	2014	2011-2014
BRUXELLES	**N centres**	**8**	**8**	**9**	**11**	**/**
	N demandes de traitement	495	571	1263	1842	4171
	N patients uniques*	403	517	1130	1740	3790
	Traitement bas seuil	115	170	391	422	1098
	Traitement ambulatoire	123	196	274	709	1302
	Traitement résidentiel	165	151	465	609	1390
WALLONIE	**N centres**	**20**	**25**	**26**	**27**	**/**
	N demandes de traitement	1542	1546	1674	1954	6716
	N patients uniques*	1401	1470	1614	1870	6355
	Traitement bas seuil	377	350	365	471	1563
	Traitement ambulatoire	566	764	883	1034	3247
	Traitement résidentiel	458	356	366	365	1545

*après élimination des demandes multiples

2.2.1.1 | b Profil de l'ensemble des patients selon le produit principal

Les tableaux 13 et 14 fournissent une description synthétique, en fonction du produit principal, de l'ensemble des patients ayant introduit une demande de traitement en Wallonie et en Région bruxelloise sur la période 2011-2014. Le produit principal est défini comme celui qui pose le plus de problèmes à l'usager au moment de l'introduction de la demande de traitement. Son identification repose généralement sur la demande faite par les usagers et/ou sur le diagnostic posé par le thérapeute.

Tableau 13 : Profil des patients selon le type de produit principal, Bruxelles, 2011-2014

		Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
N		**3790**	**1592**	**449**	**282**	**1226**
% des demandes uniques		**100**	**42,0**	**11,8**	**7,4**	**32,3**
Traitement antérieur (%)	Non	20,2	17,3	29,3	36,2	17,9
	Oui	79,8	82,7	70,7	63,8	82,1
	non-réponses (n)	*1126*	*410*	*173*	*97*	*381*
Type de traitement (%)	Bas seuil	29,0	51,1	22,3	11,4	10,0
	Ambulatoire	34,3	13,6	30,3	45,7	57,0
	Résidentiel	36,7	35,3	47,4	42,9	33,0
Origine de la demande (%)	Propre initiative	62,3	62,2	63,3	56,0	64,3
	Famille/amis	9,4	11,2	8,0	11,3	7,1
	Réorientation	18,1	18,6	15,2	19,2	17,5
	Justice	3,2	1,8	4,2	6,4	3,5
	Autre	7,0	6,2	9,3	7,1	7,6
	non-réponses (n)	*178*	*63*	*19*	*16*	*65*
Âge (année)	Moyenne	38,9	37,2	36,9	35,0	43,0
	non-réponses (n)	*868*	*261*	*118*	*73*	*335*
Sexe (%)	Homme	81,3	85,7	77,1	87,6	78,0
	Femme	18,7	14,3	22,9	12,4	22,0
	non-réponses (n)	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*
Nationalité (%)	Belge	63,3	51,9	61,7	72,4	77,5
	UE	13,0	18,0	12,1	9,4	6,7
	Hors UE	23,7	30,1	26,2	18,2	15,8
	non-réponses (n)	*918*	*275*	*128*	*79*	*349*
Logement (%)	Stable	57,4	51,5	55,8	50,9	64,3
	Instable	31,2	37,0	33,2	24,2	26,9
	Institution/Prison	11,4	11,5	11,0	24,9	8,8
	non-réponses (n)	*179*	*91*	*21*	*13*	*42*
Scolarité (%)	Non scolarisé	2,2	3,2	1,6	1,3	1,5
	Primaire	47,2	52,5	50,2	48,9	39,3
	Secondaire	36,4	35,1	37,2	39,8	37,1
	Supérieur	14,2	9,2	11,0	10,0	22,1
	non-réponses (n)	*620*	*233*	*75*	*61*	*208*
Statut professionnel (%)	Emploi régulier	10,4	9,7	14,4	10,5	10,4
	Étudiant	1,3	0,5	1,4	9,5	0,2
	Économiquement non-actif*	46,8	41,7	43,5	45,9	54,4
	Chômeur	14,5	14,6	17,9	17,5	12,9
	Autre	27,0	33,5	22,8	16,6	22,1
	non-réponses (n)	*675*	*274*	*102*	*53*	*198*
Âge de la 1ère consommation (année)	Moyenne	21,0	21,4	21,5	17,1	21,1
	non-réponses (n)	*868*	*222*	*101*	*63*	*401*
Comportement d'injection (%)	Oui, par le passé	15,5	24,0	9,4	9,6	8,3
	Oui, actuellement	10,1	15,3	13,0	5,0	3,7
	Jamais	74,4	60,7	77,6	85,4	88,0
	non-réponses (n)	*668*	*198*	*87*	*64*	*252*

* Pensionné, femme/homme au foyer, maladie, invalidité, CPAS

Globalement, les patients sont majoritairement de sexe masculin et de nationalité belge. Toutefois, on observe un pourcentage relativement élevé de patients non-belges, en particulier en Région bruxelloise. Les patients sont majoritairement trentenaires, mais on observe que leur âge est plus élevé en Région bruxelloise qu'en Wallonie (+ 4 ans en moyenne). Une importante proportion des demandeurs est peu ou pas scolarisée et sans emploi (économiquement non-actifs ou au chômage)[174]. Une portion importante des patients n'avait pas de logement stable dans les 30 jours précédant la demande de traitement, en particulier en Région bruxelloise (42,6 %, contre 23,6 % en Wallonie). La précarité sociale, qui mène souvent à l'exclusion sociale, reste donc une réalité pour un grand nombre d'usagers pris en charge dans ces centres spécialisés de Bruxelles et de Wallonie. En ce qui concerne la problématique de consommation, les produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement enregistrées sur la période 2011-2014 sont les opiacés (42 % des demandes à Bruxelles et 43 % en Wallonie) et l'alcool (32,3 % à Bruxelles et 29,5 % en Wallonie). Les demandes liées à la cocaïne/crack sont mentionnées par environ une personne sur 10 (11,8 % à Bruxelles et 10,2 % en Wallonie). Le cannabis est plus fréquemment à l'origine d'une demande de traitement en Wallonie (14 %) qu'à Bruxelles (7,4 %). L'âge moyen de la première consommation du produit à l'origine de la demande est de 21 ans à Bruxelles, contre environ 19 ans en Wallonie. Près de 26 % des demandeurs ont déclaré avoir déjà eu recours à l'injection à Bruxelles, contre 20,7 % en Wallonie. Enfin, 62,3 % des patients ont introduit la demande de traitement de leur propre initiative à Bruxelles, contre près de 50 % en Wallonie, et près d'un sur cinq suite à une réorientation[175]. Les demandes émanant de la justice sont nettement plus fréquentes en Wallonie (14,7 %) qu'à Bruxelles (3,2 %).

174 Cette surreprésentation des demandeurs économiquement non-actifs ou au chômage (et peu scolarisés) pourrait toutefois être en partie favorisée par le fait que les personnes en situation d'abus ou de dépendance à une substance qui ont de meilleurs revenus ont probablement davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans des cabinets privés. Or, ceux-ci ne participent pas actuellement à l'enregistrement des demandes de traitement.

175 La réorientation est ici définie comme toute demande impulsée par un autre service d'aide aux patients : un service social, un centre ambulatoire pour usagers de drogues, un médecin généraliste, et enfin un hôpital ou un autre service médical.

Tableau 14 : Profil des patients selon le type de produit principal, Wallonie, 2011-2014

		Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
N		**6355**	**2733**	**647**	**887**	**1875**
% des demandes uniques		**100**	**43,0**	**10,2**	**14,0**	**29,5**
Traitement antérieur (%)	Non	32,5	21,2	36,8	68,9	29,6
	Oui	67,5	78,8	63,2	31,1	70,4
	non-réponses (n)	*195*	*80*	*22*	*29*	*51*
Type de traitement (%)	Bas seuil	24,6	44,5	24,0	12,4	2,9
	Ambulatoire	51,1	34,4	45,3	81,5	60,6
	Résidentiel	24,3	21,1	30,7	6,1	36,5
Origine de la demande (%)	Propre initiative	49,6	64,2	48,9	25,7	40,5
	Famille/amis	13,2	9,9	13,7	18,6	14,5
	Réorientation	19,7	13,9	20,6	20,8	27,1
	Justice	14,7	10,5	13,8	29,7	14,4
	Autre	2,8	1,5	3,0	5,2	3,5
	non-réponses (n)	*68*	*26*	*11*	*9*	*15*
Âge (année)	Moyenne	34,7	34,6	32,3	25,4	40,1
	non-réponses (n)	*41*	*18*	*3*	*3*	*15*
Sexe (%)	Homme	79,0	81,4	73,4	86,4	75,5
	Femme	21,0	18,6	26,6	13,6	24,5
	non-réponses (n)	*8*	*1*	*0*	*2*	*2*
Nationalité (%)	Belge	87,8	82,7	87,2	91,2	93,9
	UE	5,6	8,0	6,6	3,6	2,7
	Hors UE	6,6	9,3	6,2	5,2	3,4
	non-réponses (n)	*55*	*20*	*6*	*10*	*15*
Logement (%)	Stable	76,4	70,8	75,9	80,9	81,4
	Instable	12,1	18,1	9,1	6,5	8,2
	Institution/Prison	11,5	11,1	15,0	12,6	10,4
	non-réponses (n)	*342*	*229*	*25*	*13*	*66*
Scolarité (%)	Non scolarisé	2,4	3,2	2,6	1,7	1,6
	Primaire	39,7	42,5	39,6	49,8	31,4
	Secondaire	49,1	50,3	48,4	43,9	50,6
	Supérieur	8,8	4,0	9,4	4,6	16,4
	non-réponses (n)	*662*	*286*	*64*	*74*	*206*
Statut professionnel (%)	Emploi régulier	13,9	8,7	21,2	14,1	17,9
	Étudiant	4,7	1,0	1,4	24,0	1,6
	Économiquement non-actif*	47,5	50,2	45,5	32,4	52,0
	Chômeur	20,0	20,1	21,5	21,5	18,6
	Autre	13,9	20,0	10,4	8,0	9,9
	non-réponses (n)	*278*	*164*	*14*	*28*	*53*
Âge de la 1ère consommation (année)	Moyenne	19,3	20,7	21,1	15,4	18,1
	non-réponses (n)	*617*	*208*	*41*	*92*	*228*
Comportement d'injection (%)	Oui, par le passé	15,0	27,5	11,2	3,0	5,8
	Oui, actuellement	5,7	11,7	7,0	0,5	0,4
	Jamais	79,3	60,8	81,8	96,5	93,8
	non-réponses (n)	*982*	*516*	*88*	*129*	*204*

* Pensionné, femme/homme au foyer, maladie, invalidité, CPAS

2.3.2 LA MORBIDITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION DE DROGUES

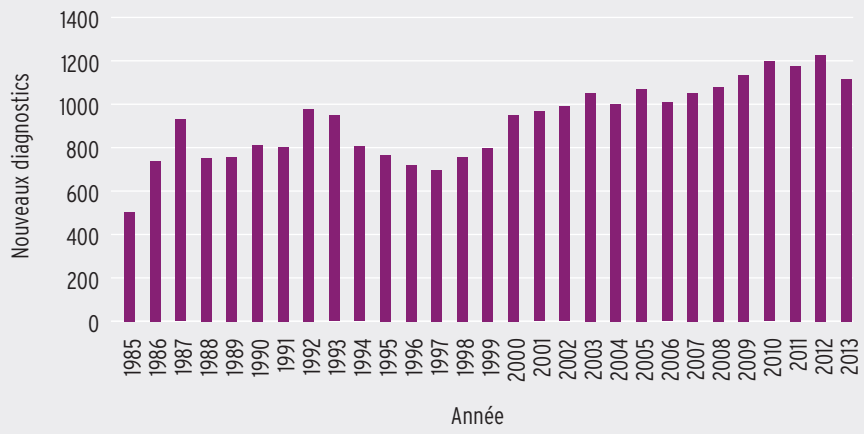
2.3.2.1 L'infection au VIH et aux hépatites B et C

A. Données issues du registre belge des infections au VIH et des malades du SIDA

En Belgique, sept laboratoires de référence SIDA ont pour mission de réaliser des analyses de confirmation sur les échantillons suspectés séropositifs lors d'un test de dépistage. Ces analyses sont ensuite centralisées afin de monitorer annuellement le nombre et le profil des nouveaux cas d'infection au VIH.

D'après le dernier rapport (Sasse, Deblonde, & Van Beckhoven, 2014), depuis le début de l'épidémie et jusqu'au 31 décembre 2013, 27.005 personnes ont été diagnostiquées séropositives au VIH en Belgique[176]. Comme le montre la figure 4, après avoir diminué régulièrement de 1992 à 1997, l'incidence de l'infection au VIH a fortement augmenté au cours de la période 1997-2003 (+47 %). Une nouvelle augmentation lente mais régulière est à nouveau constatée depuis 2006[177]. On notera que la plus haute incidence depuis le début de l'épidémie a été observée en 2012, avec 1229 nouveaux cas diagnostiqués. En 2013, 1115 nouveaux cas ont été diagnostiqués.

Figure 4 : Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH : 1985-2013



Source : Sasse et al., 2014
Note : Pour 1985, il s'agit des cas recensés cette année-là et antérieurement.

En 2013, parmi les modes de transmission les plus fréquemment impliqués dans l'infection, on retrouve[178], par ordre d'importance, les rapports homosexuels (50,6 %) et les rapports hétérosexuels (45,4 %), alors que l'injection de drogues par voie intraveineuse n'est impliquée que dans 2,1 % des nouveaux cas d'infection dont le mode de transmission probable est connu. L'importance de ces modes de transmission dans l'évolution de l'épidémie varie toutefois en fonction de la nationalité (belge versus non-belges), l'âge ou encore le sexe des patients[179].

176 Parmi ces personnes séropositives, un total de 4460 personnes ont été diagnostiquées malades du sida, et 2054 personnes étaient décédées des suites de la maladie à la fin de l'année 2013.

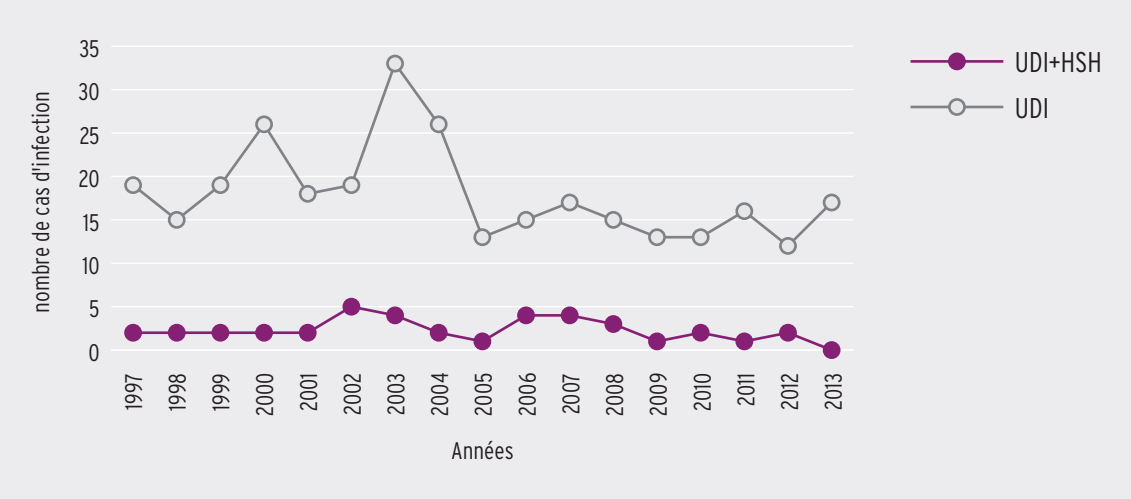
177 Pour information, les nombres d'infections au VIH identifiées de 2000 à 2013 sont de 953 (2000), 970 (2001), 986 (2002), 1058 (2003), 1004 (2004), 1070 (2005), 1018 (2006), 1072 (2007), 1092 (2008), 1132 (2009), 1199 (2010), 1183 (2011), 1229 (2012) et 1115 (2013). Ces nombres subissent chaque année une mise à jour rétroactive en raison de l'identification tardive de doublons, c'est-à-dire de personnes ayant été erronément comptabilisées à deux reprises. La survenue de ces doublons est liée au fait que l'enregistrement est anonyme et que plusieurs tests de confirmation sont parfois réalisés pour un même patient, ce qui peut engendrer des erreurs de comptabilisation multiple. Cela explique pourquoi les chiffres rapportés dans le présent rapport ne sont pas toujours identiques à ceux présentés précédemment.

178 Il s'agit du mode probable d'infection, déterminé sur base de l'anamnèse du patient. En 2013, cette information a pu être déterminée chez 73,5 % des patients diagnostiqués.

179 Nous renvoyons le lecteur au rapport annuel 2013 du WIV-ISP pour une présentation plus détaillée de ces résultats.

On peut voir dans la figure 5 que les cas d'infection apparemment liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse (isolément ou en association à des pratiques homosexuelles) ont globalement diminué par rapport au début des années 2000, probablement en raison du développement de dispositifs de réduction des risques favorisant l'accès au matériel stérile d'injection. Néanmoins, une quinzaine de cas d'infection par année semblent encore liés aux pratiques d'injection.

Figure 5 : Évolution du nombre de cas d'infection au VIH probablement liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse, Belgique, 1997-2013



HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
Source : André Sasse, communication personnelle.

De manière générale, ces données confirment que l'infection au VIH est difficile à éradiquer et que certains groupes de personnes (caractérisés au niveau de l'âge, du sexe, de la nationalité et du type de comportements à risques) sont plus touchés que d'autres. En outre, le profil des patients infectés évolue également au cours du temps. Par conséquent, il est essentiel que les programmes d'information et de prévention soient maintenus, mais il importe également qu'ils soient régulièrement renforcés au niveau des populations les plus à risques à un moment donné, et adaptés en fonction des modes d'infection les plus fréquemment évoqués.

B. Données relatives à l'indicateur «Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues»

Dans le cadre de leurs missions européennes, chaque pays membre est chargé de récolter des informations de manière à constituer l'indicateur épidémiologique «Maladies infectieuses en lien avec l'usage de drogues» (*Drug-related infectious disease* ou DRID), qui renseigne la prévalence des hépatites B et C (VHB et VHC) ainsi que de l'infection au VIH chez les usagers de drogues (généralement par injection). L'usage de drogues est en effet directement responsable de la propagation de certaines maladies infectieuses en raison de l'occurrence de certains comportements à risque liés aux modes d'administration de certains produits. C'est d'ailleurs l'épidémie du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI) dans les années 90 qui est à l'origine du développement des premiers dispositifs de réduction des risques que sont les comptoirs d'échange de seringues. Cette stratégie de RDR semble d'ailleurs avoir porté ses fruits puisque l'on observe depuis le début des années 90 (ce qui coïncide avec le développement des stratégies de RDR en Belgique) une diminution quasi continue du pourcentage d'infections au VIH apparemment liées à l'injection de drogue par voie intraveineuse (ce pourcentage passant d'environ 8 % à actuellement 2 % depuis le début de l'épidémie ; voir Sasse et al., 2014).

En ce qui concerne le VHC, différentes études entreprises dans les années 90 ont montré que sa prévalence pouvait avoisiner les 80 % chez les UDI de certains pays occidentaux (e.g. Garfein, Galai, Doherty & Nelson, 1996 ; Thomas et al., 1995). En Belgique, elle varierait de 47 à 85 %, suivant les estimations (Matheï, Robaeys, Van Ranst, Van Damme & Buntinx, 2005). Ce taux de prévalence semble être toutefois en régression depuis plusieurs années (e.g. Des Jarlais et al., 2005 ; Emmanuelli, Jauffret-Roustide & Barin, 2003 ; Hahn, Page-Shafer, Lum, Ochoa & Moss, 2001), probablement grâce au succès relatif des programmes

de prévention et de réduction des risques (en particulier le développement des programmes d'échange de seringues usagées et de distribution de matériel d'injection stérile). Mais globalement, l'usage de drogues par voie intraveineuse reste encore actuellement le facteur de risque principal de contraction du VHC. Ainsi, en France, environ 70 % des nouveaux cas de séropositivité observés chaque année seraient liés à l'usage de seringues ou de matériels d'injection contaminés (Médecins du Monde, 2009).

Cette transmission élevée s'explique par les modes de transmission du virus[180], sa résistance exceptionnelle au contact de l'air (environ 3 semaines), son pouvoir de contamination (10 fois supérieur à celui du VIH) et l'absence actuelle de vaccin préventif, mais surtout par le partage du matériel connexe d'injection usagé (cuillère, filtre, eau), qui peut aussi être contaminé par le sang d'un patient infecté, et dont les usagers ont moins connaissance des risques de transmission (voir Hagan et al., 2001 ; Thorpe et al., 2002 ; voir aussi Médecins du Monde, 2009). En outre, il existe aussi un risque de transmission chez les usagers de drogues par voie nasale qui partagent leur matériel de sniff (paille, billet, etc.) en cas de lésions nasales, fréquentes chez les usagers réguliers (voir Martinez & Talal, 2008 ; Tortu, McMahon, Pouget & Hamid, 2004). En outre, de récentes études suggèrent qu'il n'est pas exclu qu'une contamination puisse exceptionnellement se produire en cas de partage d'un matériel d'inhalation, en particulier chez les consommateurs de crack (Macías et al., 2008 ; Tortu et al., 2004).

En Belgique, et à fortiori dans les deux régions francophones du pays, il n'y a pas de monitoring permanent de la prévalence des maladies infectieuses chez les UDI. On dispose toutefois de certaines estimations locales ou ponctuelles. Dans notre rapport précédent, nous présentions en détail les données de prévalence chez les patients en traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres wallons qui ont participé au TDI sur la période 2006-2011. Ces analyses ont montré que 25,2 % d'entre eux auraient été porteurs[181] du VHC, 10,3 % du VHB et 2,6 % du VIH.

Les données issues du projet Lama[182] permettent, quant à elles, de se faire une idée de la prévalence des maladies infectieuses chez les UDI en Région bruxelloise, (cité par Gerkens, Martin, Thiry, & Hulstraert, 2012). Elles indiquent que sur les 494 UDI en suivi durant l'année 2010, 281 (57 %) ont été testés pour l'hépatite C, dont 150 (53 %) étaient séropositifs (présence d'anticorps anti-VHC).

Enfin, nous détaillons dans le point suivant les résultats d'une récente étude ayant tenté d'estimer la prévalence des maladies infectieuses chez les UDI en Belgique.

PRÉVALENCE D'INFECTION CHEZ LES USAGERS DE DROGUES PAR INJECTION EN BELGIQUE : ÉTUDE DRID

L'étude nationale DRID (Drug-Related Infectious Disease) financée par le SPF Santé a récemment été réalisée par le WIV-ISP afin d'estimer la problématique d'infection au VIH et aux hépatites chez les usagers de drogues par injection vivant en Belgique (voir Bollaerts & Van Bussel, 2013). Cette étude comportait trois phases : 1) une étude de validation sérologique dont l'objectif était de mettre au point un test de

180 Le VHC peut se transmettre, comme le VIH et le VHB, par voie sanguine, sexuelle ou verticale (de la mère à l'enfant, lors de la grossesse ou de l'accouchement). On estime toutefois que les transmissions sexuelle et verticale du VHC sont plutôt rares. Ainsi, la transmission sexuelle ne peut se faire qu'en cas d'échange sanguin (voir cependant Ghosn, Leruez-Ville & Choix, 2005, pour une discussion), et les estimations de cas de transmission verticale varient entre 5 % et 13 % (Batallan et al., 2003 ; Boucher & Painchaud, 1997). En raison de voies de transmission communes, le VIH, le VHC et le VHB partagent donc les mêmes facteurs de risques. La probabilité d'infection pour chaque voie de transmission varie toutefois d'un virus à l'autre. Ainsi, alors que la transmission sexuelle est la plus fréquente dans le cas du VHB, elle reste exceptionnelle dans le cas du VHC.

181 L'emploi du conditionnel est motivé par le fait que l'échantillon de patients testés était réduit et non représentatif des patients fréquentant les différents centres de traitement actifs en Wallonie et par le fait qu'il s'agissait en grande partie d'informations auto-rapportées par les patients. Pour une présentation détaillée, nous renvoyons le lecteur à notre rapport 2013-2014 (pages 99-102).

182 Le projet Lama est un service de bas seuil à destination des usagers de drogues composé de quatre unités d'accompagnement ambulatoire et de consultation psycho-médico-sociale réparties sur différentes communes bruxelloises (Ixelles, Anderlecht, Molenbeek, Schaerbeek).

laboratoire fiable pour détecter la présence d'anticorps VIH, VHB et VHC dans la salive[183] ; 2) une étude pilote visant à valider et optimiser une interview comportementale assistée par ordinateur et portant sur la consommation de drogues par injection, la comorbidité psychiatrique et l'accès aux soins de santé ; 3) une étude de prévalence proprement dite alliant l'étude pilote sérologique et l'étude pilote comportementale au sein d'un large échantillon d'usagers de drogues par injection actifs sur le territoire belge.

L'échantillon de participants (n=180[184]) a été constitué en utilisant la méthode de recrutement «Respondent Driven Sampling» (RDS), souvent utilisée pour étudier des groupes difficiles d'accès. Cette méthode est assez similaire à la méthode «boule-de-neige», mais le recrutement se fait par la distribution de tickets d'accès à l'étude aux pairs susceptibles d'y participer[185]. L'échantillonnage RDS a été initié au niveau des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires (MASS) de Flandres et en Wallonie (il n'y a malheureusement pas eu de participation de la MASS de Bruxelles) ainsi que dans leurs éventuels «satellites», en sélectionnant initialement 5 participants par MASS et 2 à 3 par satellites. Les critères d'inclusion appliqués étaient les suivants : au moins une consommation de drogues par injection au cours des 12 derniers mois ; avoir atteint la majorité légale ; avoir une maîtrise suffisante de français ou du néerlandais.

Au niveau du **profil sociodémographique**, les participants étaient majoritairement de sexe masculin (80,6 %) et nés en Belgique (90 %)[186]. L'âge moyen était de 36,6 ans (18-55 ans), et la majorité des participants (94,5 %) avait plus de 25 ans. En outre, au cours de 3 derniers mois précédant l'enquête, 46 % des participants n'avaient pas eu de domicile fixe ; 81 % avaient déjà séjourné en prison et 47,6 % se sont retrouvés sans abri pendant au moins 1 jour au cours des 12 derniers mois. La majorité des UDI ayant participé à l'étude sont donc des consommateurs très marginalisés et plutôt représentatifs du public en contact avec les MASS, ce qui suggère l'échec relatif de la méthode d'échantillonnage à atteindre les UDI socialement intégrés ou qui ne sont pas en contact avec les structures de bas seuil.

En ce qui concerne le **profil de consommation**, l'âge moyen de la première consommation par injection est de 21,4 ans, mais 25 % des participants y ont eu recours pour la première fois avant leurs 16 ans. Les substances qui ont le plus souvent été consommées lors de la première injection sont l'héroïne (47 %), les stimulants (28 %) et la cocaïne (22 %). En ce qui concerne la prévalence de consommation de ces produits sur la vie, 95,6 % des UDI se sont déjà injectés de l'héroïne, 92,2 % de la cocaïne et 71,1 % des stimulants. L'héroïne et la cocaïne sont les substances qui ont le plus souvent été consommées par injection lors des 12 derniers mois (88,3 % et 75 %, respectivement) et lors des 30 derniers jours (60,6 % et 51,7 %, respectivement).

183 Le test salivaire comporte une série d'avantages par rapport au test sanguin, qui minimisent les risques de biais de sélection : il est plus rapide à effectuer, indolore, et peut être réalisé en dehors d'un contexte médical et sans l'intervention de personnel médical. Pour cette étude de validation, un total de 302 échantillons de salive et de sérum ont été prélevés chez des personnes positives et négatives au VIH. Les performances de diagnostic de trois kits salivaires ELISA et d'un test de confirmation Line Immuno ont ensuite été comparées. Il ressort que les tests ELISA ont d'excellentes caractéristiques diagnostiques, leur sensibilité étant d'au moins 98,5 % et leur spécificité d'au moins 99,4 %. En outre, la performance des tests ELISA ne varie pas lorsque l'on prend en compte la consommation d'eau avant le prélèvement de l'échantillon et lorsque le délai entre le prélèvement et l'analyse de l'échantillon variait de 0 à 7 jours.

184 Initialement, l'objectif de l'étude était de recruter 800 participants, ce qui ne fut pas possible parce que les usagers ne fréquentant pas les MASS n'ont généralement pas participé à l'étude. Les auteurs de l'étude ont interrogé les enquêteurs de terrain pour mieux comprendre cette situation et il ressort que «*l'accès au centre est difficile pour de nombreux consommateurs (même pour des soins ou un accompagnement) et que le groupe des consommateurs qui fonctionnent encore bien dans plusieurs domaines (logement, emploi) ne sont tout simplement pas intéressés par une participation à l'étude car ils ne veulent pas être confrontés à leur propre consommation, ni à celles d'autres consommateurs. Les interviewers indiquent aussi régulièrement que les consommateurs actifs sont très agités et qu'une interview de 40 minutes est trop longue pour une grande partie d'entre eux. De plus, dans certains centres, des rumeurs circulent selon lesquelles le questionnaire est lourd et contrariant, ce qui nuit à une participation éventuelle*». Selon les auteurs, la pauvreté du réseau social des usagers et le manque de confiance réciproque pourrait également expliquer la non-distribution et/ou la non-utilisation des tickets de recrutement (dont le fonctionnement est détaillé dans la note suivante). D'autres facteurs peuvent également expliquer l'insuccès de la méthode de recrutement (récompense pas assez élevée, les usagers préfèrent de l'argent, difficulté d'enrôler les jeunes consommateurs, etc.).

185 Concrètement, les participants initiaux sont recrutés par les chercheurs eux-mêmes et constituent la première vague. Ensuite, le recrutement est effectué par les participants, qui reçoivent un nombre fixe de tickets de recrutement après avoir participé à l'étude. Les participants qui sont recrutés par les participants initiaux forment alors la deuxième vague et ainsi de suite. Les participants sont récompensés pour leur participation à l'étude ainsi que pour le recrutement de nouveaux participants.

186 Il est possible que les UDI migrants soient sous-représentés dans cette étude en raison du critère d'inclusion appliqué sur le plan linguistique.

Tableau 15 : Prévalence de la consommation de drogues par injection chez les UDI

	Sur la vie	Lors de la première injection	Les 12 derniers mois	Les 30 derniers jours
	%	%	%	%
Héroïne	95,6	47,0	88,3	60,6
Cocaïne	92,2	22,0	75,0	51,7
Stimulants	71,7	28,0	48,9	24,4
Méthadone	36,7	n.a.	11,7	4,4

Source : Bollaerts & Van Bussel, 2013

Tableau 16 : Polyconsommation par injection au cours du dernier mois

Nbr	Produits	Pourcentage
0	Aucune substance	20,0
1	Héroïne	17,2
	Cocaïne	7,8
	Stimulants	6,1
	Méthadone	0,6
2	Héroïne-cocaïne	28,3
	Héroïne-stimulants	3,3
	Héroïne-méthadone	1,1
	Cocaïne-stimulants	5,0
3	héroïne-cocaïne-stimulants	7,8
	héroïne-cocaïne-méthadone	0,6
4	héroïne-cocaïne-stimulants-méthadone	2,2

Source : Bollaerts & Van Bussel, 2013

Le tableau 16 fournit certaines indications relatives à la **polyconsommation par injection** au cours du dernier mois, définie comme la consommation de plusieurs produits par injection au cours de cette période sans qu'ils aient forcément été consommés simultanément. On constate que 20 % des UDI n'ont pas été «actifs» au cours de 30 derniers jours précédant l'enquête, et que 31,7 % n'ont consommé qu'un seul produit par injection. Mais près de la moitié des participants (48,3 %) se sont injectés deux substances ou plus sur cette période, le plus souvent de l'héroïne et de la cocaïne (28,3 %) avec éventuellement une ou plusieurs substances supplémentaires (10,6 %).

Au niveau des **comportements à risque**, parmi les UDI qui ont eu recours à l'injection au moins une fois au cours des 30 derniers jours (n=144), 14.2 % ont pratiqué au moins une fois une injection avec une seringue qui avait déjà été utilisée par une autre personne au cours des 30 derniers jours, 42.3 % avaient partagé au moins du matériel connexe (cuillère, filtre, coton, etc.) et 23.5 % n'avaient pas utilisé d'aiguilles stériles lors de la dernière injection. Enfin, parmi les UDI qui ont eu des relations sexuelles avec au moins deux partenaires différents au cours du dernier mois, 58.3 % n'avaient pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport.

L'étude s'est également intéressée à la **morbidité et à la comorbidité psychiatrique**[187] au cours des 12 derniers mois, en utilisant le Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (Version 5.0.). Elle met en évidence une prévalence élevée des troubles de dépendance à une substance chez les UDI, en particulier une dépendance aux opiacés (82,8 %), à la cocaïne (52,2 %), à l'alcool (30 %) et aux tranquillisants (28,9 %). En ce qui concerne la polydépendance, les auteurs ont constaté une forte corrélation entre la dépendance aux opiacés et la dépendance alcoolique (R=0,45), ainsi qu'entre la dépendance aux opiacés et celle aux tranquillisants (R=0,35). L'étude suggère aussi une prévalence élevée des doubles diagnostics chez les UDI, puisque seulement 4 % d'entre eux ne montrent pas de symptômes marqués de troubles psychiatriques en association à un problème d'assuétude. Les troubles psychiatriques les plus fréquemment identifiés sont les troubles psychotiques (30 %), le trouble de stress post-traumatique (16,1 %), l'agoraphobie (15,6 %), le trouble anxieux généralisé (13,9 %) et le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (11,1 %). En outre, 22,2 % des participants présentaient un risque suicidaire élevé et 8,4 % un trouble dépressif.

187 À noter qu'il ne s'agit pas ici de diagnostics médicaux au sens strict mais d'un «criblage» estimatif effectué à l'aide d'une interview en face à face assistée par ordinateur.

En ce qui concerne la **séroprévalence chez les UDI**, les résultats de l'étude montrent que la prévalence de l'hépatite C est de 43,3 % (95 % IC 34,3 %-52,4 %)[188] ce qui est relativement élevé et confirme au niveau belge l'ampleur de cette problématique chez les usagers de drogues ayant recours à l'injection (voir supra). Les prévalences du VHB (3,7 % ; 95 % IC : 0,8 %-6,6 %) et du VIH (2,3 % ; 95 % IC : 0,1 %-4,6 %) sont en revanche beaucoup moins élevées.

Pour conclure, même si différents données et études montrent que le nombre d'usagers de drogues atteints par ces maladies infectieuses est en baisse par rapport à ce que l'on observait il y a 10 ans (EMCDDA, 2015b), il parait nécessaire de continuer, voire de renforcer, les programmes de sensibilisation, de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues. En effet, même si les risques liés au partage de seringues sont généralement mieux connus des usagers, et les prises de risque moins fréquentes, un nombre encore élevé de ceux-ci ne sait pas (ou «oublie» temporairement) que le partage du matériel connexe d'injection (cuillère, filtre, coton, eau, et même garrot) comporte également des risques de contamination, en particulier les groupes qui sont peu en contact avec les services d'aide, tels que les jeunes, les femmes et les migrants (voir par exemple Sacré et al., 2010). En outre, une proportion non négligeable d'usagers adopte ces comportements alors qu'ils connaissent les risques encourus[189]. De plus, il faut souligner, comme nous le verrons dans le chapitre 3, que le dispositif d'accessibilité au matériel d'injection n'est actuellement pas parfait dans notre pays. Par exemple, le recours à du matériel connexe usagé est malencontreusement «encouragé» par le fait que les comptoirs d'échange peuvent difficilement, par manque de moyens, fournir pour chaque seringue échangée tout le matériel connexe nécessaire à la réalisation d'une injection parfaitement sécuritaire.

2.3.2.2 La tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse d'origine bactérienne qui est susceptible de toucher tous les organes du corps humain. On distingue deux formes de tuberculose : la forme latente et la forme active. On parle de tuberculose latente lorsqu'une personne est infectée mais que son système immunitaire combat efficacement l'infection, et de tuberculose active lorsque les bacilles se sont développés à tel point que la maladie s'est effectivement déclarée et que des symptômes apparaissent. Le passage d'une tuberculose latente à une tuberculose active peut être précipité par différents facteurs «favorisants».

La tuberculose pulmonaire reste la forme la plus fréquente (69,5 % des cas en Belgique pour l'année 2013), notamment en raison de son caractère éminemment contagieux (transmission par voie aérienne). Actuellement, la tuberculose survient de manière préférentielle dans les milieux sociaux défavorisés (sans-abris, détenus, toxicomanes), ainsi que parmi les immigrants de pays à haute prévalence de la maladie (dont font souvent partie les demandeurs d'asile et les illégaux). Cette maladie se concentre plus particulièrement dans les grandes villes, où ces populations à risques sont majoritairement rassemblées.

En Belgique, 981 cas de tuberculose ont été déclarés en 2013 (dont 302 en Région bruxelloise et 256 en Wallonie), ce qui correspond à une incidence de 8,8 cas par 100.000 habitants (l'incidence la plus basse jamais observée en Belgique). On a pu identifier chez certains de ces patients (26 % des patients en

188 Les pourcentages et intervalles de confiance estimés à 95 % (ces derniers sont censés préciser dans quel intervalle se trouve le pourcentage estimé au niveau de la *population*, au-delà donc de l'*échantillon*) que nous rapportons ici tiennent compte des erreurs de diagnostics susceptibles d'avoir été commises en raison du degré d'imprécision des tests salivaires, dont la spécificité et la sensibilité diagnostiques ne sont pas parfaites (voir plus haut).

189 Il convient en effet de remarquer qu'une connaissance des risques ne suffit pas forcément à empêcher la survenue de comportements à risque chez les usagers, en particulier lorsqu'ils sont en situation de manque ou sous l'effet d'un produit susceptible de biaiser leur jugement et leur prise de décision. Certaines études neuropsychologiques suggèrent d'ailleurs qu'un des effets dévastateurs (et possiblement irréversibles) de certains produits hautement addictifs (cocaïne, héroïne et alcool, principalement), lorsqu'ils sont consommés chroniquement, est de biaiser systématiquement les prises de décisions lorsque des récompenses immédiates (plaisir, argent, drogue, etc.) sont disponibles, et ce même lorsque les usagers ne sont pas sous l'effet du produit ou en situation de manque. On parle alors de "myopie" envers le futur, provoquant des prises de décision préjudiciables à plus long terme (voir Bechara, 2005, pour une revue). Les auteurs de ces travaux estiment en outre que ces biais sont impliqués dans le maintien des comportements addictifs et sont responsables des difficultés qu'éprouvent les usagers à maintenir durablement leur abstinence, en particulier lorsque le «craving» (envie irrésistible de consommer alors que l'on est abstinent) se manifeste. Ces processus décisionnels déficitaires ont pu être mis en relation avec un dysfonctionnement au niveau de certaines régions du cortex préfrontal (voir par exemple Bechara et al., 2001 ; Bolla et al., 2003). Les conduites à risque chez les UDI peuvent également être motivées par des déterminants psychologiques (auto-destruction ou indifférence/fatalisme par rapport aux maladies infectieuses ; Magura et al., 1989) ou sociaux/environnementaux (influence de la norme sociale du groupe d'appartenance, risques perçus liés à la fréquentation des services mettant à disposition du matériel stérile d'injection, etc. ; Wagner et al., 2010).

FWB) un ou plusieurs facteurs ayant pu favoriser la déclaration de la maladie suite à leur infection. Selon le registre belge de la tuberculose 2013 (FARES, 2015)[190], les facteurs favorisants les plus fréquemment cités en 2013 chez les patients de la FWB sont (voir tableau 17) : la dénutrition (7,9 % des cas), l'alcoolisme chronique (6,3 % des cas) et l'infection au VIH (5,4 % des cas). La toxicomanie par injection n'est quant à elle citée que pour 1,1 % des cas pour cette même année.

Tableau 17 : Patients présentant au moins un facteur favorisant le développement de la tuberculose, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013

	Bruxelles		Wallonie		FWB	
	n	%	n	%	n	%
VIH+ (séropositifs)	16	5,3	14	5,5	30	5,4
Insuffisance rénale	8	2,6	7	2,7	15	2,7
Immunosuppression par maladie ou médicaments	6	2,0	12	4,7	18	3,2
Pneumoconiose (silicose)	1	0,3	8	3,1	9	1,6
Diabète	9	3,0	7	2,7	16	2,9
Toxicomanie IV (par voie intraveineuse)	2	0,7	4	1,6	6	1,1
Alcoolisme chronique	11	3,6	24	9,4	35	6,3
Lésions fibrotiques RX thorax	5	1,7	13	5,1	18	3,2
Dénutrition	16	5,3	28	10,9	44	7,9
Cancer cou/tête, leucémie, lymphome Hodgkin	3	1,0	6	2,3	9	1,6
Total des facteurs favorisants mentionnés	77		123		200	
Total des patients avec au moins 1 facteur favorisant	62	20,5	83	32,4	145	26,0
Total des patients déclarés tuberculeux	302		256		558	

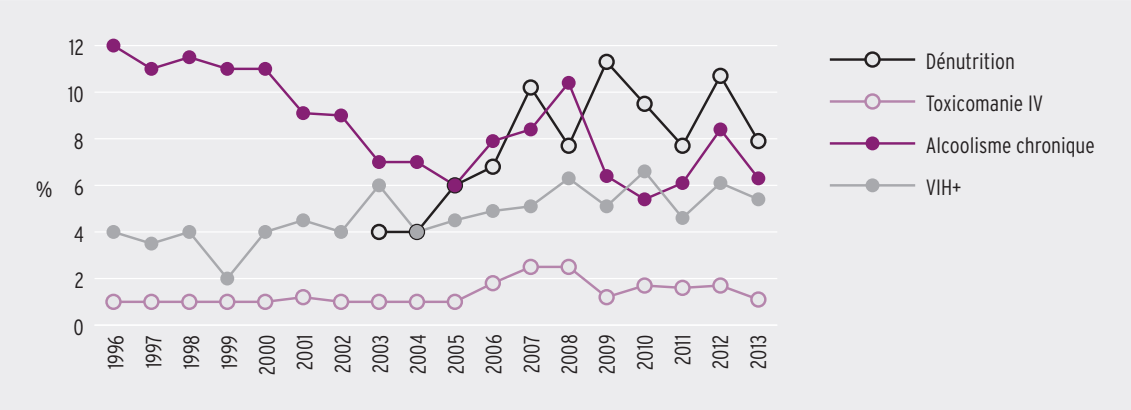
Source : FARES, 2015

Dans la figure 6, nous présentons l'évolution des pourcentages de cas de tuberculose active ayant pu être mis en relation avec les quatre facteurs favorisants les plus intéressants pour notre propos[191]. On peut remarquer que le pourcentage de cas présentant un alcoolisme chronique a été décroissant jusqu'en 2005. Depuis lors, il subit des fluctuations progressives en dents de scie. Les pourcentages de patients porteurs du VIH et de ceux ayant eu recours à l'injection de drogues par voie intraveineuse ont quant à eux été plutôt stables au cours du temps, parmi les patients ayant développé une tuberculose active, quoiqu'on constate une tendance à l'augmentation depuis 2004, en particulier en ce qui concerne les cas de VIH.

190 Ce registre ne reprend que les cas de tuberculose active (maladie déclarée), car il n'existe pas à l'heure actuelle de données belges sur la prévalence d'infection tuberculeuse latente. Notons par ailleurs que plusieurs facteurs de risque «favorisant» la déclaration de la tuberculose (*après* qu'elle ait infecté le patient) peuvent coexister chez un même patient. Ces facteurs favorisants doivent être distingués des facteurs de risques de contraction de l'infection, comme par exemple la fréquence de contacts avec une personne contaminée ou encore les conditions d'habitation. À noter que l'on ne peut bien entendu pas prouver que ces facteurs favorisants ont effectivement contribué au développement de la maladie chez les personnes infectées.

191 Les données antérieures à l'année 2003 pour le facteur «dénutrition» sont inconnues.

Figure 6 : Évolution belge des pourcentages de cas de tuberculose en lien avec un facteur favorisant



Source : FARES, 2015

2.3.2.3. Prises en charge psychiatriques et double diagnostic chez les usagers d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes : le Résumé Psychiatrique Minimum

Le Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) est un registre obligatoire effectué dans tous les services de prise en charge psychiatrique belges (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, initiatives d'habitations protégées et maisons de soins psychiatriques). Il se compose de différentes informations relatives au diagnostic et à la prise en charge des patients. Le volet du diagnostic psychiatrique peut être considéré comme exhaustif puisqu'il est complété sur base d'une évaluation de tous les axes DSM-IV.

Les informations sont collectées de façon continue et sont consignées à différents moments : au début du séjour médico-psychiatrique, au cours de chaque période distincte de traitement, et à la fin du traitement. Les données enregistrées comprennent les informations sociodémographiques du patient, le(s) diagnostic(s) et les problèmes identifiés à l'admission, les données de traitements, et enfin le(s) diagnostic(s) et les problèmes résiduels à la sortie.

Les données que nous allons présenter ici concernent les diagnostics en lien avec l'usage de substance(s) posés à l'admission chez les personnes prises en charge en Région wallonne et en Région bruxelloise pour lesquelles le séjour a été clôturé, et ce pour la période 2005-2012. Ces analyses portent globalement et sans distinction sur les séjours pour lesquels un diagnostic principal ou secondaire d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances a été posé, que la cause du séjour et les traitements dispensés soient ou non liés à cette problématique. Enfin, l'unité d'enregistrement de ce registre et des analyses subséquentes n'est pas le patient mais le séjour, certains patients pouvant avoir été admis à plusieurs reprises, que ce soit au cours d'une même année civile ou tout au long de la période étudiée.

LES SÉJOURS EN PSYCHIATRIE AVEC UNE PROBLÉMATIQUE EN LIEN AVEC L'USAGE DE PRODUIT(S) EN WALLONIE ET À BRUXELLES

Comme l'indique la figure 7, l'alcool est fréquemment identifié comme substance problématique lors des séjours dans les établissements de prise en charge psychiatrique en Wallonie, quel que soit le motif d'admission. En effet, un diagnostic principal ou secondaire d'abus ou de dépendance à l'alcool a été posé dans 22,6 % des séjours comptabilisés sur la période 2005-2012[192]. Des diagnostics d'abus ou de

192 Sur cette période, un total de 224.803 séjours clôturés (tous diagnostics confondus) ont été enregistrés en Wallonie dans les services offrant une prise en charge psychiatrique : 28.404 (2005), 28.732 (2006), 27.847 (2007), 28.292 (2008), 28.273 (2009), 27.019 (2010), 27.929 (2011), 28.303 (2012).

dépendance à une seule drogue[193] ou à plusieurs produits (polyconsommation)[194] ont été posés dans 9,8 % des séjours observés sur la période 2005-2012, les diagnostics de polyconsommation problématique étant plus fréquemment posés que ceux liés à l'usage d'une seule drogue (6,4 % *versus* 3,4 %). Enfin, un diagnostic pour un problème en lien avec l'usage de médicaments psychotropes a été posé dans 1,8 % des séjours enregistrés en Wallonie sur la période 2005-2012.

Figure 7 : Nombre de séjours clôturés dans les services de prise en charge psychiatrique en fonction du type d'usage problématique (Wallonie, 2005-2012)

Source : Service Data management du SPF Santé publique

En ce qui concerne la Région bruxelloise (voir figure 8), l'alcool est également fréquemment identifié comme substance problématique lors des séjours dans les établissements de prise en charge psychiatrique de la région, quel que soit le motif d'admission. En effet, un diagnostic principal ou secondaire d'abus ou de dépendance à l'alcool a été posé dans 18,5 % des séjours comptabilisés sur la période 2005-2012[195]. Des diagnostics d'abus ou de dépendance à une seule drogue[196] ou à plusieurs produits (polyconsommation)[197] ont été posés dans 11 % des séjours observés sur la période 2005-2012, les diagnostics de polyconsommation problématique étant un peu plus souvent posés que ceux liés à l'usage d'une seule drogue (6,4 % *versus* 4,6 %). Enfin, un diagnostic pour un problème en lien avec l'usage de médicaments psychotropes a été posé dans 1,6 % des séjours enregistrés en Région bruxelloise sur la période 2005-2012.

193 Il s'agit des diagnostics en lien avec l'usage d'un seul de ces produits : opiacés, cocaïne, cannabis, amphétamine, hallucinogène, inhalant, ou autres drogues.

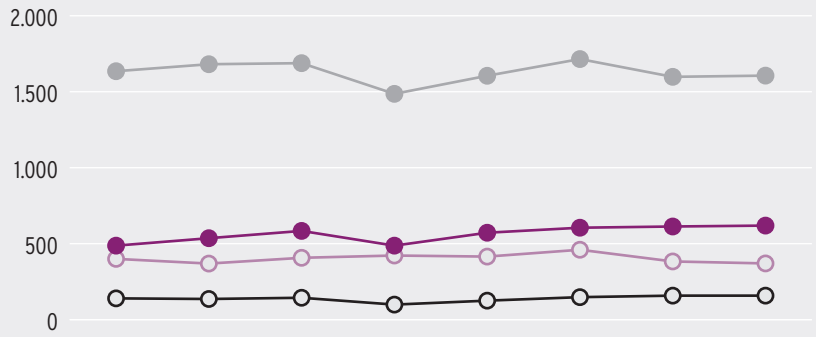
194 Les cas de polyconsommation regroupent à la fois les personnes qui ont reçu au moins deux diagnostics d'abus et/ou de dépendance à une substance, ainsi que les cas de diagnostic de dépendance à plusieurs substances tel que défini par le code 304.80 du DSM IV et qui est posé lorsqu'une personne présente une dépendance à au moins trois substances à l'exception de la caféine et de la nicotine. Par facilité, ces cas ont été regroupés sous la même appellation «diagnostic de polyconsommation».

195 Sur cette période, un total de 70.445 séjours clôturés (tous diagnostics confondus) ont été enregistrés en Région bruxelloise dans les services offrant une prise en charge psychiatrique : 8.917 (2005), 8.759 (2006), 8.690 (2007), 8.550 (2008), 8.687 (2009), 8.991 (2010), 9.000 (2011), 8.851 (2012).

196 Il s'agit des diagnostics en lien avec l'usage d'un seul de ces produits : opiacés, cocaïne, cannabis, amphétamine, hallucinogène, inhalant, ou autres drogues.

197 Les cas de polyconsommation regroupent à la fois les personnes qui ont reçu au moins deux diagnostics d'abus et/ou de dépendance à une substance, ainsi que les cas de diagnostic de dépendance à plusieurs substances tel que défini par le code 304.80 du DSM IV et qui est posé lorsqu'une personne présente une dépendance à au moins trois substances à l'exception de la caféine et de la nicotine. Par facilité, ces cas ont été regroupés sous la même appellation «diagnostic de polyconsommation».

Figure 8 : Nombre de séjours clôturés dans les services de prise en charge psychiatrique en fonction du type d'usage problématique (Bruxelles, 2005-2012)



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alcool	1.635	1.681	1.688	1.486	1.605	1.715	1.598	1.606
Polyconsommation	487	536	584	487	572	605	613	619
Drogue unique	400	369	407	422	415	460	383	370
Médicaments psychotropes	140	136	144	99	125	148	158	158

Source : Service Data management du SPF Santé publique

Si on compare directement les deux régions, on observe proportionnellement plus de prises en charge pour un problème lié à l'usage d'alcool en Wallonie qu'en Région bruxelloise (22,6 % versus 18,5 %), alors qu'aucune différence n'émerge clairement pour les autres types de diagnostic. Le fait que le nombre de cas soit plus élevé en Wallonie qu'a Bruxelles est simplement dû au fait que la population est plus importante dans la première région que dans la deuxième, tout comme le nombre de structures de prise en charge psychiatrique.

LES DOUBLES DIAGNOSTICS POSÉS LORS DES SÉJOURS EN PSYCHIATRIE EN WALLONIE ET À BRUXELLES

La notion de double diagnostic renvoie à une comorbidité ou coexistence, chez une même personne, d'un trouble psychiatrique et d'un problème lié à l'usage d'une ou plusieurs substances psychoactives (OMS, 1995). Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cette cooccurrence (voir par exemple Simon, 2003) : 1) la substance ou le syndrome de sevrage à une substance produirait des symptômes identiques à ceux généralement observés dans une pathologie psychiatrique (e.g. psychose cannabique aiguë) ; 2) l'usage d'une substance causerait ou aggraverait des symptômes psychiatriques (e.g. précipitation d'une schizophrénie suite à l'usage de cannabis) ; 3) une pathologie psychiatrique causerait ou aggraverait l'abus ou la dépendance à une substance (e.g. consommation d'une substance pour automédication) ; 4) présence d'un facteur commun qui causerait les deux pathologies (e.g. socle neurobiologique commun aux deux pathologies ; événement traumatique) ; 5) une simple coïncidence. Ces hypothèses ne sont pas mutuellement exclusives et il est très probable que leur implication respective dans l'étiologie des cas de «double diagnostic» varie d'une part selon les patients et d'autre part selon les pathologies psychiatriques. Néanmoins, dans la pratique clinique, il est parfois difficile voire hasardeux d'identifier précisément la chronologie et les liens causaux entre ces différents facteurs chez un patient particulier, les symptômes des troubles mentaux et les problèmes liés à la consommation de substance(s) psychoactive(s) interagissant et s'influençant mutuellement.

De manière générale, la recherche et l'identification des cas de double diagnostic constituent un enjeu majeur en santé mentale[198]. Par exemple, dans le cas de la schizophrénie[199], les symptômes psychiatriques sont plus sévères et les complications (hospitalisation, comportements violents, suicide, etc.) plus fréquentes en cas de consommation de substances psychoactives (e.g. Westermeyer, 2006). Toujours dans le cas de cette maladie mentale, d'autres travaux ont montré que l'efficacité du traitement dépend fortement de l'intégration des troubles liés à la consommation de substances psychoactives dans l'offre de prise en charge (e.g. Judd, Thomas, Schwartz, Outcalt & Hough, 2003). Certains travaux indiquent que ces constats sont également valables dans le cas d'autres troubles psychiatriques (e.g. dépression). Pourtant, il semblerait que l'évaluation des troubles psychiatriques ne soit pas systématique lors de la prise en charge de patients toxicodépendants, hormis dans certains services spécialisés (voir par exemple, De Hert et al., 2010), et ce probablement en raison d'un manque de moyens.

Nous ne disposons pas actuellement d'information sur la prévalence des diagnostics psychiatriques chez les patients en traitement pour un problème de drogues en Belgique. En revanche, nous pouvons effectuer une estimation de la prévalence des doubles diagnostics chez les patients pris en charge dans un service psychiatrique en Belgique, soit pour un trouble lié à l'usage d'une ou plusieurs substances, soit pour un trouble lié à une pathologie psychiatrique. Cette estimation peut être réalisée sur base des données du RPM.

Les tableaux 18 et 19 détaillent les comorbidités psychiatriques observées chez les patients pris en charge dans les services psychiatriques de la Wallonie et de la Région bruxelloise sur la période 2005-2012 et pour lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool, à une drogue unique, à des médicaments psychotropes, ou à plusieurs produits a pu être posé. Par facilité, nous parlerons de «personne» mais rappelons que l'unité d'analyse est le séjour, une même personne étant comptabilisée à plusieurs reprises sur une même année civile si elle a effectué plusieurs séjours. Plus précisément, il s'agit des séjours clôturés au cours desquels un diagnostic principal ou secondaire d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances a pu être posé lors de l'admission, que la cause du séjour et les traitements dispensés soient ou non liés à cette problématique de consommation.

On remarquera d'emblée que les troubles dépressifs ainsi que, dans une moindre mesure, les troubles de la personnalité sont assez fréquemment établis chez les personnes ayant reçu un diagnostic principal ou secondaire d'abus ou de dépendance à un ou plusieurs produits, tant en Wallonie qu'en Région bruxelloise. Les troubles de la personnalité sont également relativement fréquents puisqu'ils sont diagnostiqués dans environ 15 % des cas où un diagnostic de trouble lié à une ou plusieurs substances a pu être posé, et ce dans les deux régions francophones du pays. Ces constats sont assez consistants avec ce qui est observé dans la plupart des pays européens (Torrens, Mestre-Pintó, Domingo-Salvany, 2015). Plus spécifiquement, les troubles dépressifs, les troubles bipolaires, ainsi que les troubles anxieux sont plus fréquents chez les personnes ayant reçu un diagnostic d'abus ou de dépendance aux médicaments psychotropes (ou, dans une moindre mesure, à l'alcool, en ce qui concerne les troubles dépressifs) que chez les personnes ayant reçu un diagnostic d'usage problématique à une drogue unique ou à plusieurs produits. À l'inverse, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques sont plus fréquemment établis chez les personnes ayant reçu un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue unique que chez les personnes ayant reçu un autre type de diagnostic en lien avec les assuétudes. Ces constats sont assez similaires en Wallonie et à Bruxelles, si ce n'est que l'on constate que les doubles diagnostics assuétude-schizophrénie ou assuétude-troubles psychotiques sont plus fréquemment posés lors des séjours dans les services psychiatriques de la Région bruxelloise que dans ceux de la Wallonie, en particulier pour les problèmes d'usage de drogue

198 Le niveau de prévalence du double diagnostic chez les usagers de drogues est très variable selon les études, et ce, en raison de multiples différences entre les protocoles d'études : population sélectionnée (e.g. usagers, usagers dépendants, usagers en traitement), niveau de prévalence de la consommation pris en compte (e.g. prévalence sur la vie, sur l'année, au moment de l'étude), méthodes d'échantillonnage, critères et niveaux de précisions diagnostiques, ou encore validité des outils de diagnostic utilisés. Néanmoins, il semblerait que les cas de double diagnostic soient très fréquents chez les usagers de drogues puisqu'ils varieraient environ de 30 % à 90 % parmi les usagers rencontrés dans les centres de traitements (EMCDDA, 2004).

199 La schizophrénie est une pathologie psychiatrique qui touche entre 0,4 % et 0,7 % de la population générale (Saha, Chant, Welham, & McGrath, 2005). Selon différentes études épidémiologiques, les «troubles liés à l'utilisation de substance(s) psychoactive(s)» sont particulièrement fréquents chez les patients schizophrènes puisqu'ils toucheraient, en ce qui concerne la prévalence sur la vie, la moitié d'entre eux (voir par exemple Batel, 2000).

unique. L'inverse est observé pour les troubles de l'adaptation[200], plus fréquemment associés à un trouble de l'usage d'une ou plusieurs substances en Wallonie qu'en Région bruxelloise, en particulier en association avec un trouble lié à l'usage de médicaments psychotropes. Nous n'avons pas d'explication à donner à ces différences régionales.

Tableau 18 : Comorbidités psychiatriques chez les patients pris en charge dans les services psychiatriques, selon le type de diagnostic (Wallonie, 2005-2012)

	Alcool	Drogue unique	Médicaments psychotropes	Poly-consommation	Total
Nombre de séjours clôturés 2005-2012	**50.737**	**7.648**	**3.952**	**14.449**	**76.786**
	%	%	%	%	%
Troubles dépressifs	24,9	19,2	36,5	11,8	22,5
Troubles de la personnalité	14,8	16,1	14,0	10,0	14,0
Troubles de l'adaptation	7,8	9,3	15,1	4,7	7,7
Schizophrénie	1,9	12,8	1,9	4,1	3,4
Troubles psychotiques	2,1	9,6	2,6	3,5	3,1
Troubles bipolaires	3,9	3,9	5,7	2,2	3,7
Troubles anxieux	3,1	3,6	8,6	1,7	3,2
Troubles relationnels ou autistiques	0,3	0,4	0,3	0,2	0,3
Troubles des conduites alimentaires	0,3	0,6	0,8	0,2	0,3
Troubles de déficit de l'attention/ hyperactivité	0,1	0,7	0,1	0,1	0,2

Source : Service Data management du SPF Santé publique

Tableau 19 : Comorbidités psychiatriques chez les patients pris en charge dans les services psychiatriques, selon le type de diagnostic (Bruxelles, 2005-2012)

	Alcool	Drogue unique	Médicaments psychotropes	Poly-consommation	Total
Nombre de séjours clôturés 2005-2012	**13.014**	**3.226**	**1.108**	**4.503**	**21.851**
	%	%	%	%	%
Troubles dépressifs	27,7	14,6	42,2	12,4	23,2
Troubles de la personnalité	16,9	12,3	18,2	11,0	15,0
Troubles de l'adaptation	4,9	5,5	7,9	2,9	4,7
Schizophrénie	3,9	25,2	4,2	8,5	8,0
Troubles psychotiques	4,5	18,0	6,5	6,9	7,1
Troubles bipolaires	4,2	3,6	6,3	1,7	3,7
Troubles anxieux	3,4	2,0	9,0	1,6	3,1
Troubles relationnels ou autistiques	0,4	0,6	1,3	0,2	0,4
Troubles des conduites alimentaires	0,4	0,6	0,8	0,2	0,4
Troubles de déficit de l'attention/ hyperactivité	0,1	0,5	0,0	0,2	0,2

Source : Service Data management du SPF Santé publique

200 Cette catégorie de troubles réfère aux réactions anormales, prolongées et occasionnant de la souffrance, faisant suite à une situation stressante (professionnelle, familiale, etc.), mais pour lesquels on ne rencontre pas les critères de diagnostic des troubles anxieux.

2.3.2.4 Les nouveau-nés pris en charge suite à une exposition à l'alcool, aux drogues ou aux médicaments psychotropes

Les hôpitaux belges non-psychiatriques sont tenus de participer à l'enregistrement du Résumé Infirmier Minimum, un registre qui comporte une série de données administratives, médicales et infirmières relatives aux prises en charge qu'ils réalisent. L'objectif de ce registre est de guider la politique sanitaire à mener en la matière sur base d'informations relatives à son propre fonctionnement. Sur base de cet enregistrement, il est possible de connaître le nombre de nouveau-nés de moins de 28 jours qui ont été pris en charge dans un service de néonatalogie en Belgique suite à un problème d'exposition à l'alcool ou à une ou plusieurs drogues ou médicaments psychotropes lors de la grossesse et/ou pendant l'allaitement maternel. L'exposition prénatale et, dans une moindre mesure, l'exposition périnatale à l'alcool ou à certaines drogues ou médicaments psychotropes occasionne (comme bon nombre de médicaments ou substances) des troubles développementaux plus ou moins sévères, variables en fonction des effets tératogènes du produit, de la quantité exposée ainsi que de la période et de la durée de l'exposition.

Comme le rapporte le tableau 20, le nombre de nouveau-nés pris en charge pour une exposition à l'alcool ou aux drogues/médicaments psychotropes concerne moins d'une centaine de cas par an pour les deux régions francophones du pays. Les cas les plus fréquents sont les prises en charge d'un syndrome de sevrage à une ou plusieurs drogues ou médicaments psychotropes. Le fait que le nombre de cas soit plus élevé en Wallonie qu'à Bruxelles est simplement dû au fait que la population est plus importante dans la première région que dans la deuxième, tout comme le nombre de structures hospitalières susceptibles d'identifier ces cas et de les prendre en charge.

Tableau 20 : Nouveau-nés pris en charge dans un service de néonatalogie suite à un problème d'exposition à l'alcool ou aux drogues. Résumé Hospitalier Minimum 2008-2013

		2008	2009	2010	2011	2012	2013
WALLONIE	Syndrome d'alcoolisation fœtale	7	6	10	6	5	3
	Syndrome de sevrage (pour drogues ou médicaments psychotropes)	41	31	24	33	30	36
	Exposition nocive aux opiacés et narcotiques apparentés	14	21	10	10	9	14
	Exposition nocive aux hallucinogènes	6	4	5	6	4	9
	Exposition nocive à la cocaïne	9	3	4	3	6	6
	Total	77	65	53	58	54	68
BRUXELLES	Syndrome d'alcoolisation fœtale	6	3	1	10	1	3
	Syndrome de sevrage (pour drogues ou médicaments psychotropes)	7	5	4	9	10	8
	Exposition nocive aux opiacés et narcotiques apparentés	5	2	3	2	1	2
	Exposition nocive aux hallucinogènes	2	1	0	2	0	0
	Exposition nocive à la cocaïne	2	3	1	0	0	0
	Total	22	14	9	23	12	13

Source : Service Data management du SPF Santé publique

2.3.3. LA MORTALITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

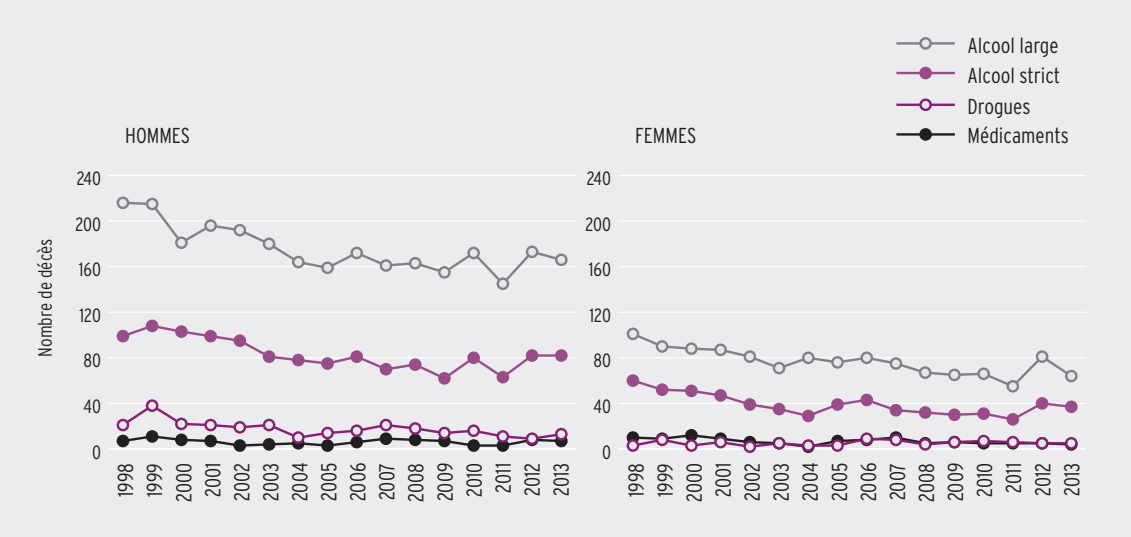
Dans cette partie, nous présentons l'évolution annuelle du nombre de décès enregistrés en Wallonie et parmi la population bruxelloise, dont la cause initiale[201] est liée à l'usage de drogues, d'alcool et de médicaments psychotropes. Le terme «drogues» couvre l'ensemble des substances suivantes : opiacés (héroïne, méthadone, morphine, etc.), stimulants (cocaïne, amphétamines, MDMA, etc.), hallucinogènes (LSD, mescaline, etc.) et cannabis. La mortalité liée à l'alcool est abordée selon deux définitions : d'une part les décès dont la cause initiale est une maladie ou une complication spécifiquement due à la consommation d'alcool (alcool strict), et d'autre part les décès dus à des maladies dans lesquelles l'alcool joue un rôle prépondérant mais pas exclusif (en l'occurrence certains cancers des voies aérodigestives supérieures). Enfin, le terme «médicaments psychotropes» correspond quant à lui à l'ensemble des produits suivants : hypno-sédatifs (benzodiazépines, hypnotiques, barbituriques, etc.), anti-épileptiques et autres médicaments psychotropes non classés ailleurs. Les décès répertoriés couvrent à la fois les cas d'intoxications létales intentionnelles et accidentelles, mais également les cas de décès imputables à des troubles mentaux ou comportementaux induits par la consommation de ces produits. Néanmoins, ils n'incluent pas les décès liés aux accidents de la circulation ou à une mauvaise manipulation d'une machine ayant pu être causés par l'usage d'un produit dans le cas des drogues et des médicaments psychotropes (mais bien dans le cas de l'alcool), car dans ces cas l'usage du produit est mentionné en cause associée (or, nous ne rapportons ici que les décès pour lesquels l'usage d'un produit est mentionné en cause initiale).

Les données de chaque région sont présentées séparément parce qu'elles ne couvrent pas parfaitement la même population : d'un côté il s'agit des personnes décédées en Wallonie (indépendamment de leur lieu de résidence) en ce qui concerne les décès enregistrés en Wallonie, alors que de l'autre, il est question des personnes décédées parmi les résidents de la Région bruxelloise (indépendamment du lieu de décès).

2.3.3.1. Mortalité parmi les bruxellois

Dans la figure 9, nous présentons l'évolution annuelle du nombre de décès enregistrés parmi les bruxellois, dont la cause initiale du décès est liée à l'usage de drogues, de médicaments psychotropes ou d'alcool.

Figure 9 : Évolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues illégales, de médicaments psychotropes et d'alcool chez les bruxellois, 1998-2013



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

201 La cause initiale est définie comme "la maladie ou le traumatisme, qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence, qui ont entraîné le traumatisme mortel".

On constate que la **mortalité liée à l'alcool est nettement plus élevée que celle liée aux drogues illégales** ou aux médicaments psychotropes. Ainsi, lorsque l'on s'en tient à une définition stricte de la mortalité liée à l'alcool, sur l'ensemble de la période 1998-2013, on a enregistré 5,3 fois plus de décès liés à l'alcool que de décès liés aux drogues illégales (4,7 fois plus pour les hommes et 7,5 fois plus pour les femmes), ce rapport passant à 11 lorsque l'on utilise une définition large de la mortalité liée à l'alcool. Rappelons toutefois que dans le cas de l'alcool, les définitions de cas incluent aussi les décès de la circulation (que nous rapportons plus en détail au point 2.4.4 : accidents de la circulation sous l'influence d'alcool), ce qui n'est pas le cas pour les décès liés aux drogues et aux médicaments psychotropes.

Ce constat fait échos au dernier rapport mondial de l'OMS sur les conséquences de l'alcool sur la santé (OMS, 2014), qui pointe que l'usage nocif d'alcool est un problème de santé publique majeur qui causerait dans le monde environ 3,3 millions de décès chaque année (soit 5,9 % de la mortalité annuelle). On notera néanmoins une progressive diminution du nombre de décès liés à l'alcool enregistrés chez les bruxellois sur la période étudiée, quoique l'on ait observé une importante ré-augmentation du nombre de cas en 2012.

Une comparaison des deux figures montre clairement que les nombres de décès liés aux drogues et à l'alcool sont globalement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Cette différence est bien évidemment à mettre en relation avec le fait que les hommes sont plus enclins que les femmes à consommer des substances psychoactives et à développer subséquemment des problèmes d'abus ou de dépendance qui les exposent davantage aux risques de mortalité associés (voir par exemple Lynch, Roth & Caroll, 2002 ; OEDT, 2008). Toutefois, la situation s'inverse en ce qui concerne les décès liés aux médicaments psychotropes, probablement parce qu'elles en sont de plus grandes consommatrices que les hommes. En effet, selon l'enquête HIS 2013, la **prévalence nationale de la consommation de médicaments psychotropes** dans les 24 heures précédant l'enquête est systématiquement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, tant pour les anxiolytiques/sédatifs/hypnotiques (7,8 % *versus* 4,2 %), que pour les analgésiques (6,1 % *versus* 3,5 %) ou encore les antidépresseurs (7,0 % *versus* 3,5 %). Ce pattern pourrait aussi en partie s'expliquer par le fait que les femmes ont davantage tendance que les hommes à avoir recours à ce type de produits lorsqu'elles envisagent de mettre un terme à leur existence (e.g. Raja & Azzoni, 2004 ; Rhodes et al., 2008 ; Värnik et al., 2008).

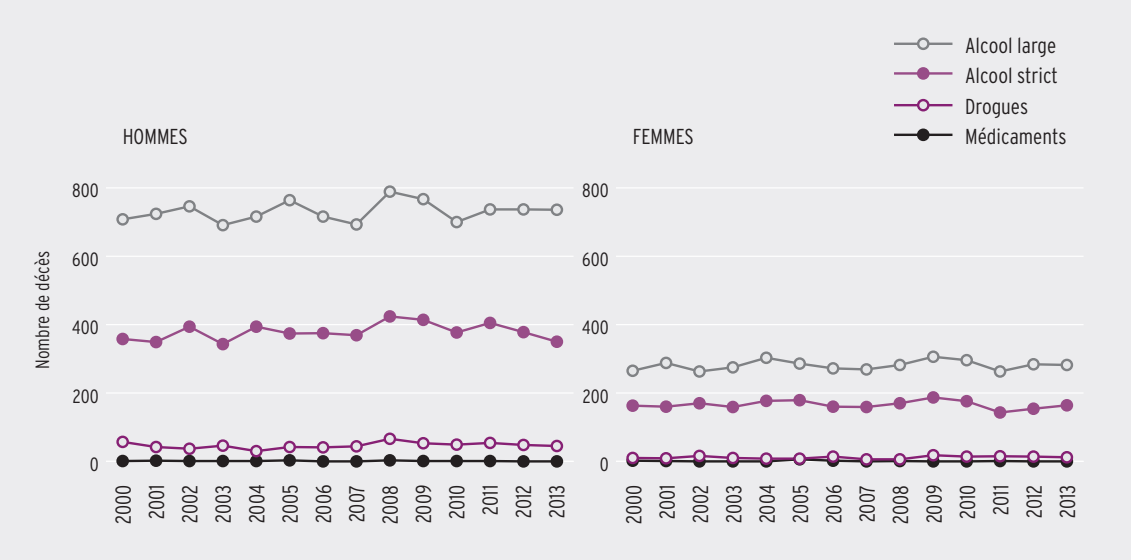
Plus spécifiquement, chez les hommes, on constate une légère tendance à la diminution[202] du nombre de décès enregistrés sur la période 1998-2013 en ce qui concerne les drogues illégales, le nombre de décès étant plus stable dans le cas des médicaments psychotropes. Sur l'ensemble de la période, le nombre de décès reste plus important pour les drogues (284 décès sur la période 1998-2013) que pour les médicaments psychotropes (99 décès). Dans le cas des femmes, on constate que le nombre de décès liés à l'usage de drogues et de médicaments psychotropes sont relativement stables dans le temps. Mais contrairement à ce que l'on observait pour les hommes, le nombre de décès est globalement plus important pour l'usage de médicaments psychotropes que pour celui de drogues (sur la période 1998-2013, 108 décès *versus* 83 décès).

2.3.3.2. Mortalité en Wallonie

Les données de mortalité survenue sur le territoire de la Wallonie sont centralisées et gérées par la Cellule Naissances-Décès de la FWB. Comme énoncé précédemment, il ne s'agit pas précisément de la même population que pour Bruxelles (définition *de jure* dans un cas et *de facto* dans l'autre), de sorte que ces données ne peuvent pas être parfaitement comparées. En outre, le nombre de décès en lien avec l'usage de ces produits enregistrés dans ces deux régions doit être pondéré en fonction de la taille de la population avant toute tentative de comparaison.

202 On constate toutefois un pic important de mortalité lié à l'usage de drogues chez les hommes pour l'année 1999. Ce pic est en fait dû à une augmentation des décès liés à la consommation d'opiacés, mais nous n'avons pu trouver d'explication plausible à ce phénomène (produit de coupe potentialisant les risques de dosage létal, héroïne anormalement pure, etc.).

Figure 10 : Évolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues illégales, de médicaments psychotropes et d'alcool chez les hommes et les femmes, Wallonie, 2000-2013



Source : Cellule Naissances-Décès de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Comme dans le cas des bruxellois, on constate que la mortalité liée à l'alcool est nettement plus élevée que celle liée aux drogues illégales, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, lorsque l'on s'en tient à une définition stricte de la mortalité liée à l'alcool, sur l'ensemble de la période 2000-2013, on a enregistré 9,4 fois plus de décès liés à l'alcool que de décès liés aux drogues illégales (8,1 fois plus pour les hommes et 14,5 fois plus pour les femmes), ce rapport passant à 17,4 lorsque l'on utilise une définition large de la mortalité liée à l'alcool. Le nombre de décès liés aux drogues et à l'alcool est également plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En revanche, on n'observe pas de différence de genre en ce qui concerne les décès liés aux médicaments psychotropes. Enfin, il apparaît que les décès liés aux différents types de produits sont relativement stables dans le temps, tant chez les hommes que chez les femmes. On constate toutefois ces deux dernières années une diminution du nombre de décès liés à l'«alcool strict» chez les hommes, alors qu'une tendance inverse s'observe chez les femmes.

2.4 LES CONSÉQUENCES SOCIALES

2.4.1 DONNÉES RECUEILLIES PAR LES FORCES DE L'ORDRE

Des données concernant la criminalité enregistrées sur le territoire belge en lien avec les drogues portent sur les infractions pour lesquelles un procès-verbal a été dressé, ce qui inclut à la fois les infractions accomplies et les tentatives d'infractions. Elles doivent donc être interprétées avec prudence (y compris celles liées aux stupéfiants, reprises dans le tableau 21). En effet, si les fluctuations que l'on observe au niveau des chiffres de la criminalité peuvent avoir pour origine une augmentation ou une diminution réelle de certaines formes de criminalité, elles peuvent aussi être le reflet d'autres facteurs tels que des modifications de la politique de sécurité au niveau fédéral, régional ou local, ou des moyens alloués à la répression spécifique de ce type de criminalité au niveau fédéral, régional ou local. Elles peuvent aussi être en partie le reflet d'un changement au niveau de la disposition de la population à signaler ces infractions. Enfin, ces fluctuations peuvent également dépendre directement d'une modification de la nomenclature

d'enregistrement[203]. Ce tableau 21 illustre clairement que le nombre d'infractions annuelles liées aux drogues illégales[204] peut varier considérablement d'une année à l'autre, tant au niveau national que régional.

Tableau 21 : Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national et par région sur la période 2002-2014

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Belgique	42.508	41.885	45.295	45.267	46.360	51.210	53.108	54.509	48.498	48.127	44.236	48.302	53.562
Bruxelles	3.676	4.164	4.882	4.425	4.162	4.348	5.117	5.665	4.953	5.956	5.966	7.569	8.084
Wallonie	14.191	13.707	14.616	13.678	13.850	15.892	14.793	15.577	14.263	13.669	11.633	13.261	14.042

Source : Police fédérale

Afin de pouvoir comparer les infractions au niveau régional, nous avons calculé, pour chaque année, un ratio entre le nombre d'infractions enregistrées et la taille de la population. Ce ratio a ensuite été multiplié par 100.000 afin de fournir une estimation du nombre d'infractions enregistrées par tranche de 100.000 habitants. On constate sur la figure 11 que le nombre d'infractions par 100.000 habitants a fortement augmenté en Région bruxelloise sur la période 2011-2014. Il est beaucoup plus élevé que ce que l'on constate au niveau national ainsi qu'en Région wallonne, alors que la différence entre régions était nettement moins marquée auparavant. On remarque également que ce nombre est en augmentation en Région wallonne ainsi qu'au niveau national en 2013 et 2014 alors que l'on avait pu constater une tendance à la diminution de 2010 à 2012.

Ces comparaisons doivent être considérées avec prudence pour plusieurs raisons. Tout d'abord, même si ce ratio permet de contrôler l'impact de la taille de la population sur le nombre d'infractions commises sur chaque territoire, les infractions constatées sur un territoire peuvent aussi avoir été commises par des non-résidents de ce territoire. Ensuite, il faut garder à l'esprit que la Région bruxelloise est un territoire exclusivement urbain, alors que la Wallonie est à la fois composée de zones rurales et urbaines. Or il est habituel de constater davantage de criminalité dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Enfin, rappelons que ces chiffres sont susceptibles d'être impactés par des modifications du système d'enregistrement (cf. la note de bas de page 204) ainsi que par le reflet des moyens alloués à la répression spécifique de ce type d'infraction, qui peuvent varier dans l'espace (et donc d'une région à l'autre) et dans le temps (en fonction des sensibilités politiques).

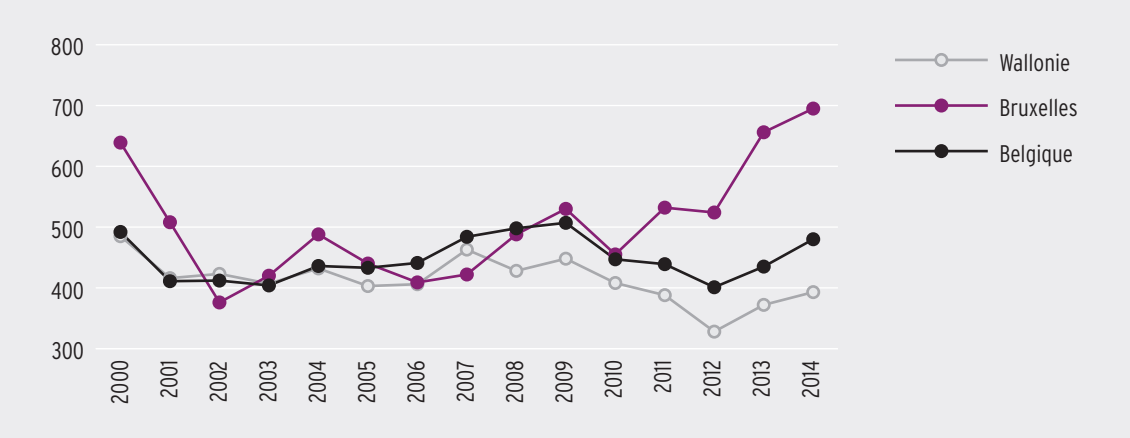
Plus précisément et afin d'illustrer ce propos, il apparait que l'augmentation des infractions liées aux drogues, observées en 2013 et 2014 tant en Région bruxelloise qu'en Wallonie et au niveau national, s'explique en grande partie par une augmentation des infractions pour détention de cannabis. Si cette augmentation des infractions ne semble pas correspondre à une augmentation de la consommation d'après les estimations en la matière (voir chapitre 2), elle pourrait en revanche être la conséquence d'une plus grande volonté politique de réprimer la consommation dans l'espace public (rappelons en effet que la consommation est depuis 2010 enregistrée comme un délit de détention, conformément à la loi belge qui réprime spécifiquement la détention et non l'usage de cannabis). Cette volonté s'est d'ailleurs clairement formalisée dans la déclaration gouvernementale du Premier ministre Charles Michel prononcée le 14 octobre 2014 : «*Par ailleurs, la consommation de drogues dans l'espace public ne pourra pas faire l'objet d'une tolérance, conformément au prescrit légal.*»

On constate également une augmentation des infractions liées à la production et au commerce de cannabis, tant au niveau régional que national. Si cette augmentation pourrait également être la conséquence d'une amélioration des moyens alloués à la répression de ce type de criminalité, il est toutefois aussi possible que ce type de criminalité soit effectivement en augmentation sur notre territoire suite au changement de législation survenu en mai 2012 aux Pays-Bas, restreignant l'accès aux coffee-shops aux seuls résidents du pays, ce changement étant en effet une opportunité pour le marché illégal d'écouler davantage de cannabis sur notre territoire.

203 Par exemple, la baisse brutale d'infractions constatées en 2010 serait due, selon la police fédérale, à un changement dans la pratique d'enregistrement, car avant cette période un même fait pouvait à la fois être enregistré comme «usage de drogue» et comme «détention» ; l'usage impliquant la détention, alors que depuis 2010 ces faits sont enregistrés uniquement sous l'étiquette «détention de drogue».

204 Les infractions pour détention de moins de 3g de cannabis, qui font généralement l'objet d'un procès-verbal simplifié en l'absence de circonstances aggravantes, sont également comptabilisées dans les chiffres que nous exposons ici.

Figure 11 : Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées pour 100.000 habitants au niveau national et par région sur la période 2000-2014



Source : Police fédérale

Dans le tableau suivant, on constate que la majorité (plus de 70 %) des infractions enregistrées au niveau national et régional en 2014 concernait des faits de détention de drogues. Le commerce et l'importation/exportation totalisent quant à eux près de 20 % des infractions. Rappelons à nouveau que les variations régionales (qui sont ici peu marquées) peuvent être dues à des différences régionales/locales au niveau de la mise en œuvre de la politique répressive fédérale.

Tableau 22 : Types d'infractions liées aux drogues enregistrés au niveau national et régional en 2014

	Belgique		Bruxelles		Wallonie	
	N	%	N	%	N	%
Détention	38.633	72,1	6.177	76,4	9.841	70,1
Facilitation de l'usage	979	1,8	64	0,8	326	2,3
Incitation à l'usage	332	0,6	140	1,7	63	0,4
Commerce	7.430	13,9	971	12,0	2.024	14,4
Importation et exportation	2.791	5,2	376	4,7	830	5,9
Fabrication	1.877	3,5	110	1,4	476	3,4
Autres [206]	1.520	2,8	246	3,0	482	3,4
Total	53.562	100,0	8.084	100,0	14.042	100,0

Source : Police fédérale

Le tableau 23 montre qu'en 2014 le type de drogues le plus fréquemment lié aux infractions répertoriées est le cannabis, quel que soit le type d'infraction, suivi de loin par la cocaïne/coca, l'ecstasy/amphétamines, et les opiacés. Les autres types de produits sont moins fréquemment impliqués dans les infractions constatées.

205 Cette catégorie reprend les infractions en lien avec les médicaments contrôlés (méthadone, morphine, etc.) : délivrance illégale, falsification de prescriptions médicales, etc.

Tableau 23 : Nombre d'infractions par type de faits et type de drogues enregistrées au niveau national en 2014[207]

	Détention	Commerce	Import/Export	Fabrication
Cannabis	30473	4152	1627	1080
XTC/amphétamines	3654	1199	189	31
Opiacés	1569	698	281	3
Coca/cocaïne	2900	1196	502	13
Hallucinogènes	152	53	53	8
Médicaments*	254	89	32	6
Précurseurs	225	139	76	119
Autres**	3335	1046	248	156

Source : Police fédérale
* Médicaments contrôlés et classés comme stupéfiants qui ont été détournés de leur usage médical (méthadone, morphine, kétamine, etc.)
** GHB, Khat, etc.

Le constat épinglé au niveau régional dans le tableau 24 est sensiblement équivalent à ce que l'on observe au niveau national, à savoir que le cannabis est de loin le produit pour lequel les infractions enregistrées sont les plus nombreuses et ce quel que soit le type d'infraction. Alors que l'on sait que la majeure partie du budget national consacré aux drogues est allouée au pilier répression/sécurité, il serait intéressant de savoir dans quelle proportion cette «enveloppe sécuritaire» concerne des infractions exclusivement en lien avec le cannabis.

Tableau 24 : Nombre d'infractions par type de faits et type de drogues enregistrées au niveau régional en 2014

	Bruxelles				Wallonie			
	Détention	Commerce	Import/ Export	Fabrication	Détention	Commerce	Import/ Export	Fabrication
Cannabis	5.567	626	232	70	8.139	1.252	485	341
XTC/amphétamines	108	22	25	1	275	117	40	2
Opiacés	167	111	35	1	648	255	118	1
Coca/cocaïne	278	187	70	2	599	311	125	5
Hallucinogènes	14	4	8	1	47	11	28	2
Médicaments	33	13	2	0	47	14	18	0
Précurseurs	9	22	4	19	13	5	4	6
Autres	177	55	29	5	743	234	75	23

Source : Police fédérale

2.4.2. CONDUITE SOUS L'INFLUENCE DE DROGUES

L'utilisation de test salivaire[207] afin de détecter plus efficacement une récente consommation de drogues illégales auprès des conducteurs belges est entrée en vigueur le 1er octobre 2010. Cette technique a été mise en place afin de remplacer le screening via des tests psychomoteurs et urinaires, jugés peu fiables et inadaptés au terrain. Dans la pratique, un test salivaire peut être imposé (concomitamment à un test d'haleine) lorsque le policier suspecte (à l'aide d'une check-list standardisée) que le conducteur d'une voiture, d'une moto, d'un vélo ou d'un cheval (ou la personne qui est sur le point de les conduire/monter) est sous l'emprise d'un produit stupéfiant. En cas de test positif, un prélèvement sanguin est ensuite

206 Un même fait en matière de drogues peut être lié à plusieurs produits, ce qui implique une comptabilisation multiple au sein de chaque type de faits. Cela explique pourquoi la somme des faits de détention notifiés par produit est supérieure aux faits de détention mentionnés dans le tableau 22.

207 Pour une analyse critique de ce dispositif, nous renvoyons le lecteur à notre rapport 2010 (ou au tiré à part) disponible sur le site Internet d'Eurotox.

effectué afin de confirmer objectivement la présence de drogue(s) dans le sang. Par ailleurs, les refus sont automatiquement considérés comme un résultat positif.

Nous ne connaissons pas le nombre de tests salivaires effectués annuellement sur le territoire belge car ils ne sont pas comptabilisés. Seules les analyses sanguines faisant suite aux tests salivaires positifs sont enregistrées, mais elles ne sont pas centralisées en vue de réaliser des statistiques globales. Néanmoins, nous avons accès aux résultats des analyses effectuées par l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC), chargé d'effectuer la majorité des analyses sur le territoire belge. Les résultats qui en sont issus peuvent donc être considérés comme représentatifs, même si le nombre d'analyses réalisées est sous-estimé.

Comme l'indique le tableau 25, la plupart des analyses sanguines faisant suite à un test salivaire positif ont objectivé la présence d'une ou plusieurs drogues illégales dans le sang. Néanmoins, le nombre de faux positifs[208] est de 9 % pour l'année 2013, ce qui veut dire que 179 conducteurs ayant eu un test salivaire positif ont été soupçonnés à tort et injustement privés de conduite pendant 12 heures. La grande majorité des analyses (74 % en 2013) impliquait une seule substance, le cannabis étant la substance la plus fréquemment identifiée (48,2 % en 2012). Toujours en 2013, les amphétamines ont été détectées dans 13,8 % des échantillons, et la cocaïne dans 10,2 % d'entre eux, les opiacés étant plus rarement impliqués (1,8 %). Enfin, 17 % des analyses effectuées par l'INCC en 2013 ont objectivé la présence d'au moins deux produits dans le sang des conducteurs ayant fait l'objet d'une prise de sang après un test salivaire positif.

Si l'objectif principal et louable des tests salivaires est d'améliorer la sécurité routière, il convient de remarquer que l'utilisation de ces derniers participe plutôt, à l'heure actuelle, à la pénalisation/criminalisation des usagers de drogues. En effet, la tolérance zéro est d'application (autrement dit, il n'y a pas de seuil minimal, comme il en existe pour l'alcool). Pourtant, certaines substances peuvent être détectées dans la salive plus de 48 heures après avoir été consommées (amphétamines, opiacés, etc.), alors que les effets susceptibles d'altérer les capacités de conduite ont disparu. Cela a pour conséquence que certains conducteurs sont lourdement sanctionnés (l'amende encourue allant de 1.100 à 11.000 euros) pour avoir conduit un véhicule alors qu'ils n'étaient plus véritablement sous l'effet d'un produit et que leur usage ne constituait donc pas vraiment une menace pour la sécurité routière. Il y a donc aussi ici clairement une surestimation du nombre de conducteurs «positifs» qui étaient effectivement sous l'influence de drogues lors du contrôle, bien que l'on ne soit pas en mesure d'en déterminer l'ampleur.

Tableau 25 : Détection de drogues dans les prélèvements de sang faisant suite à un test salivaire positif en Belgique, 2011-2013

	2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%
Cannabis	726	52,5	777	45,2	956	48,2
Amphétamine	202	14,6	261	15,2	274	13,8
Cocaïne	124	9,0	181	10,5	203	10,2
Opiacés	31	2,2	38	2,2	35	1,8
Deux produits ou +	186	13,4	238	13,9	315	17,0
Faux positifs	115	8,3	223	13,0	179	9,0
Total	1.384	100	1.718	100	1.962	100

Source : Belgian National Report on Drugs 2014 (Plettinckx et al., 2014)

208 L'INCC parle de «valeur en dessous du seuil légal», mais il s'agit plus précisément de normes scientifiques ayant été retenues au niveau légal, en dessous desquelles un test positif est jugé non fiable. Nous préférons donc parler ici de «faux positifs».

2.4.3. CONDUITE SOUS L'INFLUENCE D'ALCOOL

Une estimation de la prévalence de la conduite sous l'influence d'alcool est réalisée tous les deux ans par l'IBSR (Institut Belge de la Sécurité Routière), en collaboration avec les forces de police locale et fédérale. En 2012, 139 zones de polices ont participé à l'opération, qui a duré deux mois. Concrètement, deux ou trois contrôles ont été effectués par chacune de ces zones, sur des routes et durant des plages horaires sélectionnées de manière aléatoire par l'IBSR. Sept unités de police de la route ont, quant à elles, chacune effectué une dizaine de contrôles aléatoires au niveau d'entrées ou de sorties d'autoroutes. Les policiers avaient pour consigne de ne pas appliquer de critères de sélection des conducteurs et d'en contrôler le plus grand nombre possible afin que l'échantillonnage soit aléatoire et représentatif de l'ensemble des conducteurs. Néanmoins, pour des raisons pratiques, les contrôles étaient limités aux conducteurs de voitures personnelles et de camionnettes[209] (exclusion donc des véhicules tels que les camions, car, minibus, etc.).

En 2012, 10.374 automobilistes ont été contrôlés dans le cadre de cette opération (voir Riguelle, 2014). Il ressort des analyses que 2,4 % des conducteurs contrôlés sur l'ensemble du territoire roulaient sous l'influence d'alcool (c'est-à-dire avec une concentration d'alcool dans l'air alvéolaire expiré supérieure à la limite légale). Le pourcentage de contrôles positifs est plus important en Wallonie qu'en Flandre, mais cette différence n'est plus statistiquement significative lorsque l'on prend en compte l'âge et le sexe des conducteurs ainsi que leur provenance et la période de la semaine durant laquelle le contrôle a été effectué.

Tableau 26 : Conduite sous influence d'alcool chez les conducteurs de voiture en Belgique, 2012

	Wallonie	Bruxelles	Flandre	Belgique
Nbre de zones de police participantes	52	6	81	139
Nbre de contrôles	190	15	273	478
Positif : ≥0,22 et < 0,35mg/l	1 %	0,4 %	1,1 %	1 %
Positif : ≥0,35mg/l	2,1 %	2,1 %	0,9 %	1,4 %
Positif total	3,1 %	2,5 %	2,0 %	2,4 %
Source : Riguelle 2012, 2014				

La figure 12 présente l'évolution du pourcentage de contrôles positifs enregistrés lors des opérations menées de 2003 à 2012, par région[210] et sur l'ensemble du territoire belge. On constate qu'au niveau national ce pourcentage a diminué entre 2003 et 2005, et qu'il est en légère hausse depuis 2009, bien que cela ne soit pas statistiquement significatif.

209 Lors de l'opération 2012, 926 conducteurs de camionnette ont également été contrôlés, mais nous n'en rapportons pas ici les résultats.

210 Les données récoltées en Région buxelloise de 2003 à 2009 n'ont pu être inclues en raison du trop petit nombre de contrôles effectués dans cette région, qui s'explique par une charge de travail trop importante incompatible avec une participation à ces opérations de contrôle.

Figure 12 : Pourcentage de conducteurs positifs au test d'haleine de détection d'alcool au volant, 2003-2012

Source : Riguelle 2012, 2014

2.4.4. ACCIDENTS DE LA CIRCULATION SOUS L'INFLUENCE D'ALCOOL

L'IBSR publie annuellement un rapport sur les statistiques d'accidents de la route dans lequel on retrouve des données sur les accidents de la route avec dégâts corporels (c'est-à-dire comptant au moins un blessé ou un tué) en lien avec une consommation d'alcool (voir Focant, 2013). D'un point de vue méthodologique, l'implication de l'alcool dans les accidents de la route est objectivée sur base d'un test d'haleine qui doit être effectué auprès de tous les conducteurs impliqués dans un accident corporel de roulage. Ces statistiques sous-estiment l'implication de l'alcool pour deux raisons. Premièrement, les tests d'haleine ne peuvent être effectués en cas de décès ou de blessure grave, et la police n'est pas informée des résultats des analyses sanguines qui sont alors effectuées en vue d'objectiver l'éventuelle implication d'une substance. Deuxièmement, malgré la directive imposant depuis 2006 aux forces de l'ordre de devoir réaliser un test d'haleine chez les conducteurs impliqués dans un accident corporel, ce dernier n'est pas encore systématiquement réalisé chez les conducteurs indemnes ou légèrement blessés (66 % d'entre eux y ont été soumis en 2012).

On peut constater dans le tableau 27 que le pourcentage de conducteurs[211] impliqués dans un accident corporel pour lequel un test d'haleine a été effectué est en augmentation progressive sur la période 2005-2012, ce qui pourrait correspondre à une application progressive de la directive de 2006. Malgré cette augmentation des contrôles, le pourcentage de conducteurs sous influence de l'alcool[212] est relativement stable dans le temps (10,5 % en 2012 contre 11,4 % en 2005), quoique l'on observe une tendance à la diminution depuis 2009 (-1,5 %).

211 La notion de conducteur doit être ici entendue dans une acception large, puisqu'elle inclut également les piétons impliqués dans un accident de la circulation. Ceux-ci sont toutefois relativement peu nombreux par rapport aux conducteurs de véhicules (voiture, vélo, moto, camion, etc.), puisqu'en 2012 ils ne représentaient que 5,8 % des personnes impliquées dans un accident corporel.

212 Le nombre de conducteurs sous l'influence de l'alcool comprend à la fois les conducteurs pour lesquels le test d'haleine a été réalisé et ceux qui l'ont expressément refusé (environ une centaine de cas par année), ces derniers étant considérés comme positifs et sanctionnés de la même manière.

Tableau 27 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Belgique, 2005-2012

	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence	% conducteurs testés	% conducteurs sous influence
2005	93.257	32.804	3.755	35,2 %	11,4 %
2006	93.067	39.861	4.216	42,8 %	10,6 %
2007	94.474	46.118	4.941	48,8 %	10,7 %
2008	92.385	52.457	5.582	56,8 %	10,6 %
2009	90.202	52.644	6.307	58,4 %	12,0 %
2010	86.764	53.443	6.231	61,6 %	11,7 %
2011	91.243	56.542	5.968	62,0 %	10,6 %
2012	84.615	53.289	5.604	63,0 %	10,5 %

Source : Focant, 2013

Le détail par type de «conducteurs» est présenté dans le tableau 28 pour l'année 2012. Sans surprise, on constate notamment que les conducteurs de voitures sont ceux qui sont les plus fréquemment impliqués dans les accidents corporels de la circulation, qu'ils sont majoritairement testés (69,1 %), et qu'environ 1 sur 8 parmi ces derniers s'est avéré être sous l'influence de l'alcool.

Tableau 28 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Belgique, par types de conducteurs, 2012

	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence	% conducteurs testés	% conducteurs sous influence
Piétons	4.929	946	105	19,20 %	11,10 %
Cyclistes	9.119	4.134	190	45,30 %	4,60 %
Cyclomotoristes	4.748	2.983	278	62,80 %	9,30 %
Motocyclistes	3.745	2.214	174	59,10 %	7,90 %
Voitures	53.000	36.625	4.432	69,10 %	12,10 %
Camionnettes	4.246	3.164	345	74,50 %	10,90 %
Poids lourds	2.526	1.953	32	77,30 %	1,60 %
Autobus/autocars	775	551	4	71,00 %	0,70 %
Autres	988	614	34	62,20 %	5,60 %
Inconnus	538	104	11	19,30 %	10,50 %
Total	84.615	53.289	5.604	63,00 %	10,50 %

Source : Focant, 2013

Enfin, le tableau 29 montre que le nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous l'influence de l'alcool est en baisse depuis 2009, tout comme le nombre de victimes. Parallèlement, l'indice de gravité (établi sur base du nombre de décès enregistrés sur 1000 accidents) est également en diminution depuis plusieurs années.

Tableau 29 : Nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous influence de l'alcool, nombre de victimes et estimation de la gravité des accidents en Belgique, 2005-2012

	Nbr accidents corporels	Total Victimes	Blessés	Décédés 30 jours	Gravité
2005	3.678	5.200	5.162	38	10,3
2006	4.115	5.815	5.761	54	13,1
2007	4.836	6.718	6.658	60	12,4
2008	5.457	7.483	7.429	54	9,9
2009	6.142	8.349	8.294	55	9
2010	6.054	8.299	8.250	49	8,1
2011	5.829	7.908	7.862	46	7,9
2012	5.461	7.340	7.294	46	8,4

Source : Focant, 2013

En résumé, alors que les contrôles d'alcoolémie sont de plus en plus appliqués lors des accidents avec dégâts corporels, on observe depuis 2009 une légère diminution du pourcentage de conducteurs sous l'influence de l'alcool. Parallèlement, on observe une diminution du nombre d'accidents corporels et de victimes impliquant une personne alcoolisée. Cette évolution pourrait correspondre à une prise de conscience et à un changement de comportement de certains conducteurs, qui éviteraient de prendre la route en cas d'alcoolisation et/ou essaieraient d'adapter leur conduite de manière à réduire les risques d'accidents ou de contrôle. Néanmoins, malgré cette évolution, l'alcool reste encore trop souvent impliqué dans les accidents de la route avec dégâts corporels.

2.4.5. DISPONIBILITÉ ET OFFRE

2.4.5.1. Les saisies en Belgique

Le tableau 30 présente le nombre de saisies (ainsi que les quantités associées, exprimées en kilogrammes ou en nombre de pilules/cartons) enregistrées annuellement pour chaque produit par la Police Fédérale Belge. Ces données ne permettent évidemment d'appréhender que de manière indirecte la disponibilité de ces substances sur le territoire belge. En outre, les variations annuelles ne reflètent pas forcément des fluctuations de disponibilité, car elles sont aussi impactées par des modifications du contexte politique et des stratégies de poursuite (e.g. une plus grande «tolérance» envers les petites infractions au cannabis) et des moyens alloués à la répression, ainsi que par d'occasionnelles saisies «exceptionnelles».

Tableau 30 : Nombre et quantités des saisies opérées en Belgique, Police Fédérale Belge, 2007-2013

	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie
Cannabis résine (kg)	5.870	58.544	4.921	1.529	6.206	18.659	5.048	3.153	5.622	5.020	4.818	1.338	5.529	4.274
Cannabis herbe (kg)	19.196	12.732	16.831	4.891	22.274	4.486	21.485	5.208	23.155	6.095	21.075	5.635	23.900	14.882
Cannabis (n de plants)*	4.660	148.251	666	177.190	732	272.714	979	312.528	1.070	337.955	1.111	330.675	1.212	396.758
Héroïne (kg)	2.850	548	2.307	63	3.054	275	3.433	386	2.930	140	2.507	112	2.431	1.182
Cocaïne (kg)	3.656	2.470	3.345	3.851	4.021	4.605	3.448	6.844	3.777	7.999	3.859	19.178	3.653	6.486
Amphétamines (kg)	2.767	483	2.646	411	2.944	49	2.912	362	3.079	112	2.830	54	2.978	178
Métamphétamine (kg)	\	\	\	\	\	\	64	39	99	2	102	3	107	38
Ecstasy (n de pilules)	1.798	541.245	1.412	162.821	921	31.025	650	32.954	919	64.384	1.098	26.874	1.338	37.152
LSD (n de cartons)	1	1	\	\	\	\	59	3.924	85	838	49	225	76	121
GHB (litre)	\	\	\	\	473	104	503	24	605	82	550	76	546	45
Khat (kg)	\	\	\	\	49	1.685	51	1.018	87	1.128	70	1.298	54	1.149

Source : Police fédérale

* L'importante augmentation du nombre de plants de cannabis saisis à partir de 2009 par rapport aux années antérieures s'explique par un changement dans le mode d'estimation des saisies. En effet, avant 2009, seules les plantes effectivement saisies étaient comptabilisées alors que, depuis 2009, lorsqu'une installation est saisie mais que la récolte a déjà été effectuée, une estimation du nombre de plants cultivés est effectuée sur base de l'espace disponible et/ou du nombre de boutures saisies.

2.4.5.2. Le prix des drogues en Belgique

Chaque année, l'OEDT sollicite les différents points focaux des pays membres afin de récolter des informations sur le prix des drogues. En Belgique, nous disposons de deux sources d'information permettant d'estimer le prix des drogues : d'une part celle de la Police Fédérale, qui comprend à la fois des données sur les prix d'achat (fournis par les usagers interpellés) et de revente (fournis par les dealers interpellés) ; d'autre part, l'enquête d'Eurotox sur les prix des drogues «en rue», menée auprès des usagers par différents partenaires (travailleurs de rue, comptoirs d'échange de seringues, intervenants en milieu festif, etc.)[213]. Dans le cadre de cette enquête, il s'agit concrètement de récolter des informations sur le prix des produits achetés par les usagers pour leur consommation personnelle et non pour la revente (d'où l'appellation «en rue»). Grâce à la synthèse de ces deux sources d'information, nous sommes en mesure de fournir une estimation relativement précise du marché du prix des drogues en Belgique.

Ces estimations permettent d'éclairer et de mieux comprendre les changements de consommation qui peuvent survenir au fil des ans. C'est aussi sur base de ce type de monitoring qu'une équipe a récemment objectivé l'échec des politiques répressives (voir Werb et al., 2013). Les auteurs, qui ont analysé différentes bases de données internationales (dont celles de l'OEDT) de manière longitudinale, ont mis en évidence qu'entre le début des années 90 et la fin des années 2000, la pureté des produits s'est continuellement améliorée et que leurs prix ont progressivement diminué (lorsque l'on tient compte de l'inflation et de l'évolution de leur pureté). Parallèlement, les saisies ont été relativement stables voire en augmentation, alors que les moyens répressifs alloués à la diminution de l'offre n'ont cessé de croître. Globalement, l'analyse longitudinale de ces indicateurs invalide donc clairement l'efficacité de l'approche prohibitionniste, qui devrait logiquement entraîner une diminution de la disponibilité des produits et de leur pureté, ainsi qu'une augmentation de leur prix.

213 Il convient toutefois de noter que les données issues des saisies policières couvrent l'ensemble de la Belgique alors que les données fournies par l'enquête Eurotox sont limitées à l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

A) Le prix des drogues estimé à partir des saisies policières

Le tableau 31 montre l'évolution des prix des drogues tels qu'estimés à partir des saisies effectuées par la Police Fédérale[214]. D'un point de vue méthodologique, il s'agit de données agrégées au départ des informations contenues dans les rapports de police communiqués au Service Central Drogues de la Police Fédérale tout au long de l'année civile et sur l'ensemble du territoire belge. Il s'agit, plus précisément, du prix de vente et du prix d'achat (estimé en euros) déclarés respectivement par les dealers et les consommateurs lors de leur interrogatoire.

Tableau 31 : Évolution du prix moyen en euros des drogues en Belgique (prix estimés à partir des saisies policières), Police Fédérale Belge, 2003-2013

	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cannabis résine	5,5	6	6,65	6,53	7,35	6,96	7,2	7	8,9	8,4
(euro/g)	(4-7)	(2,5-20)	(2-18,7)	(2-12)	(3-15)	(4-12)	(3-12,5)	(2-25)	(2,5-18,4)	(1,8-20)
Cannabis herbe	5	5,75	5,38	5,97	6,98	7,15	7,47	7,9	8,7	8,7
(euro/g)	(1-10)	(2,5-17)	(1-13)	(2-12,5)	(2,6-25)	(3-12,5)	(2,8-12,5)	(2,5-16,7)	(1,8-25)	(2-20)
Héroïne*	25,5	24,7	26,1	25	24,6	23,5	24,6	28,7	27,4	27,7
(euro/g)	(9-50)	(9-50)	(6,7-60)	(10-60)	(5-50)	(10-50)	(8-62,5)	(7-100)	(6-100)	(7,4-125)
Cocaïne	44,5	50,32	48,04	48,23	49,28	50,86	50,1	54,2	55,3	52,4
(euro/g)	(10-75)	(25-100)	(20-75)	(20-100)	(5-87)	(10-100)	(30-100)	(20-100)	(20-125)	(14,4-133)
Amphétamines	10	9.85	8,53	10,52	7,61	9,84	8,1	7,6	8,9	8
(euro/g)	(3-20)	(5-20)	(3,6-20)	(3-25)	(1,5-20)	(2,8-25)	(2,5-15)	(3-16.7)	(3-25)	(3-20)
Ecstasy	5,5	4,21	3,31	4,01	3,62	3,8	4,1	4,8	6,5	5,2
(euro/comprimé)	(2-13)	(0,3-20)	(0,5-10)	(1-10)	(1,1-10)	(1-10)	(1-10)	(1-10)	(1-10)	(1,5-10)
LSD	10	/	6,5	8,33	8,25	10	12	11,8	6,5	10,4
(euro/carton)	(7-13)		(2-10)	(5-10)	(6,5-10)	(10-10)	(12-12)	(7-15)	(3-10)	(10-12)
GHB	/	/	/	/	/	/	15,4	18	15	30
(euro/25ml)							(7-25)	(9-30)	(5-25)	(30-30)
Kétamine	/	/	/	/	/	/	30,8	30	25	27,7
(euro/gramme)							(10-50)	(29-30)	(8,8-50)	(23-35)

Note : Les prix sont exprimés en euros. À titre indicatif, nous avons également indiqué entre parenthèses les prix les plus bas et les plus hauts mentionnés par les personnes interpellées (min-max).

* La police fédérale n'opère plus de distinction entre héroïne brune et blanche depuis 2006. Ainsi, les données des années 1999-2005 correspondent au prix de l'héroïne brune (de loin plus disponible sur le marché que l'héroïne blanche), alors que depuis 2006, il s'agit du prix de l'héroïne quelle qu'en soit la couleur.

Source : Police fédérale

On peut remarquer que les prix de ces produits, tels que déclarés par les contrevenants, subissent de légères fluctuations en dents de scie, tout en restant relativement stables au cours du temps. Ces fluctuations sont probablement (en partie) imputables aux variations de l'offre et de la demande, elles-mêmes liées au rapport entre le flux de production/acheminement et les quantités saisies. Ces prix sont en outre le reflet de moyennes nationales, et ils peuvent bien évidemment varier en fonction de la localisation géographique. Ainsi, et de manière générale, le prix de vente d'un produit sera moins élevé s'il se trouve à proximité de son lieu de production (par exemple, un laboratoire clandestin) ou de son lieu d'acheminement (par exemple, le port d'Anvers), car le nombre d'intermédiaires entre le producteur et le consommateur est généralement moins élevé. Les prix déclarés peuvent également varier annuellement en fonction des proportions respectives des différents types de contrevenants («grossiste» *versus* petit dealer local), que nous ne connaissons malheureusement pas.

Ces remarques étant faites, on peut constater que la cocaïne reste encore actuellement la drogue la plus chère (environ 52 euros/gramme), quoique le prix moyen belge soit parmi les plus bas du marché mondial (la moyenne mondiale étant de 100 euros par gramme, selon la Global Drug Survey 2014). L'ecstasy est

214 On notera que les données des années 2002 et 2004 ne sont pas disponibles. Pour les données antérieures, nous renvoyons le lecteur au rapport Eurotox 2009.

quant à lui à nouveau le produit le moins cher (5,2 euros/unité) parmi ceux recensés[215]. On notera en particulier que le prix du cannabis semble enfin se stabiliser, après avoir considérablement augmenté ces dernières années.

B) Le prix des drogues en rue

Depuis 2004[216], Eurotox sollicite ses partenaires afin de récolter directement auprès des usagers des informations sur les prix des drogues achetées pour usage personnel (et donc non destinées à la revente, d'où l'appellation «en rue»). Concrètement, les partenaires ont pour consigne d'interroger, à l'aide d'un questionnaire standardisé, 10 à 20 % des usagers qu'ils rencontrent dans l'exercice de leurs activités sur une période d'environ 1 mois et demi. Nous calculons ensuite la moyenne, le minimum et le maximum des prix déclarés pour un gramme de chaque produit (sauf en ce qui concerne l'ecstasy et le LSD, dont les prix correspondent à une pilule et un carton, respectivement).

En 2014, nous avons compilé les informations fournies par 101 usagers interrogés par 13 partenaires : 4 à Namur, 3 à Liège, 3 dans le Luxembourg et 1 dans le Brabant, à Charleroi, ainsi qu'à Bruxelles.

Évolution des prix des drogues en rue

Comme on peut le voir dans le tableau 32, le **prix du cannabis** (résine et herbe) a fortement augmenté jusqu'en 2008, puis il a légèrement diminué avant de trouver une certaine stabilité de 2009 à 2011 (environ 8 euros par gramme). Il a ensuite à nouveau subi une augmentation ces deux dernières années, et il avoisine actuellement le prix de 10 euros le gramme. L'augmentation constatée jusqu'en 2008 pourrait être liée à une diminution temporaire de l'offre, due à une diminution de la production au Maroc (voir UNODC, 2009), à l'intensification des contrôles aux Pays-Bas, et à la présence corollaire de cannabis frelaté sur le marché (ayant pu entraîner une augmentation du prix du cannabis de «qualité»). La diminution puis la stabilisation du prix du cannabis sur la période 2009-2011 pouvait s'expliquer par la présence d'autres sources d'approvisionnement (production locale pour l'herbe de cannabis, production en provenance de l'Afghanistan pour la résine de cannabis, etc.) venues combler le manque de disponibilité du produit constaté en 2008. Enfin, l'augmentation observée depuis 2012 pourrait être la conséquence de la nouvelle législation en vigueur depuis le 1er mai 2012 aux Pays-Bas, qui restreint désormais l'accès aux coffee-shops des Pays-Bas aux seuls résidents du pays (via l'introduction de la fameuse carte cannabis ou «wiet pass»). En effet, bon nombre de résidents belges se rendaient régulièrement aux Pays-Bas pour se procurer du cannabis dans les coffee-shops. Ce changement législatif a probablement engendré une augmentation de la demande au niveau du marché noir belge, entraînant une augmentation du prix du produit (qui pourrait ultérieurement être compensée par une augmentation de la production illégale sur le territoire belge). Ce changement de loi a aussi comme fâcheuse conséquence que les personnes qui ne consommaient jusque-là que du cannabis en l'achetant dans ces points de vente sont désormais en contact avec des dealers qui pourraient parfois leur proposer d'autres produits. En outre, il n'est pas impossible que l'augmentation de la demande engendre à nouveau la circulation de cannabis frelaté (dont le poids est augmenté à l'aide de sable, de microbilles de verre, etc.). On relate en effet depuis 2006 dans le Nord de la France, en Belgique, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et, plus récemment, en Allemagne la présence de cannabis coupé avec des microbilles de verre, du verre pilé, de la laine de verre ou encore de la farine, du sable, de la maïzena, voire du plomb, ce qui peut bien évidemment avoir des conséquences sur la santé des usagers (saturnisme, pathologie respiratoire, etc.). Plus généralement, le cannabis produit dans des conditions illégales peut avoir une influence nocive sur la santé des usagers en raison des risques de contamination par des bactéries ou champignons nocifs ainsi que de l'utilisation massive d'engrais et pesticides permettant de maximiser les récoltes.

215 Cette différence de prix entre ces deux produits doit toutefois être relativisée par le fait que ce n'est pas la même unité qui est utilisée dans les deux cas (le gramme dans un cas, la dose dans l'autre).

216 Depuis l'enquête réalisée en 2010, nous avons légèrement remanié le questionnaire sur base des recommandations faites par l'OEDT afin d'améliorer la qualité des données récoltées et de l'harmoniser avec la collecte effectuée dans les différents pays de l'Union Européenne (voir EMCDDA, 2010). Concrètement, nous essayons désormais de récolter systématiquement des informations sur les quantités généralement achetées par les usagers et sur la qualité des produits, ainsi que sur le lieu d'achat habituel (ex. dans la rue, en milieu festif, chez un dealer, etc.). Ces informations ne nous sont malheureusement pas systématiquement communiquées, ce qui les rend parfois difficilement exploitables au niveau statistique, mais nous avons pu les utiliser pour homogénéiser l'échantillon à la base des résultats que nous présentons ici. Par exemple, nous avons pu éliminer des analyses les prix relatifs aux produits achetés en dehors de la Belgique (par exemple, du cannabis ou de l'héroïne achetés en Hollande), ainsi que les prix relatifs à l'achat de quantités particulièrement importantes et probablement destinées à la revente (par exemple, l'achat de mille pilules d'ecstasy au prix de 0,5 euros pièce).

Le **prix de l'héroïne** brune est relativement stable depuis plusieurs années. La diminution du prix de ce produit constatée à partie de 2008 est probablement une conséquence de la récente augmentation (surtout en 2007-2008) de la production d'opium en Afghanistan, qui reste le principal pays producteur. Bien que la production mondiale d'opium ait fortement diminué en 2010 en raison d'une maladie du pavot à opium en Afghanistan (UNODC, 2013), cela ne semble pas avoir eu d'effet sur le prix de vente au détail de l'héroïne en Fédération Wallonie-Bruxelles, alors que l'on a observé une augmentation au niveau du prix constaté lors des saisies effectuées par la police fédérale (voir tableau 31).

En ce qui concerne le **prix des psychostimulants**, ceux de la cocaïne et de l'ecstasy sont particulièrement stables ces dernières années (aux alentours de 50 euros le gramme et de 5 euros le comprimé, respectivement). Le prix des amphétamines, qui fluctue en dents de scie autour de 10 euros le gramme, a atteint le prix record moyen des 12 euros le gramme.

Finalement, le **prix du LSD** se situe en 2014 aux alentours de 8 euros le carton, ce qui est également assez stable par rapport aux années précédentes.

Tableau 32 : Évolution du prix des drogues en rue en FWB, Eurotox, 2005-2014

	2005	2006-2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cannabis résine	5,5	6,8	8,7	8,2	7,7	8	9,5	9,7	9,6
(euro/g)	(2.8-10)	(1.5-20)	(0.6-16)	(1.5-20)	(2-20)	(2-25)	(2-28)	(2-25)	(3-25)
Cannabis herbe	5,7	6,3	9,2	8,1	8,2	8,1	9,8	9,9	9,7
(euro/g)	(2-10)	(2-15)	(1-20)	(3-15)	(3-20)	(2-25)	(2-20)	(2-25)	(2-30)
Héroïne brune	28,7	33,2	24,6	26,4	23,4	24,5	24,7	25,3	24,9
(euro/g)	(10-50)	(10-75)	(10-52)	(10-50)	(8-70)	(6-75)	(6-100)	(7-80)	(6-90)
Cocaïne	50,5	48,4	49,9	53	49,7	49,9	49,4	48,6	49,5
(euro/g)	(35-125)	(20-75)	(25-81)	(25-120)	(20-100)	(20-100)	(15-150)	(10-100)	(10-200)
Amphétamines	7,8	10,9	9,5	11,6	9,6	8,2	11,2	9,8	12
(euro/g)	(1-12)	(5-30)	(3-20)	(2-40)	(2-40)	(2-25)	(4-25)	(2-15)	(2-25)
Ecstasy	5,2	6,2	6,1	6,2	4,7	5,1	5,6	5	5,8
(euro/comprimé)	(3-10)	(1-20)	(2-20)	(1-25)	(1-15)	(1-15)	(0.4-20)	(1-15)	(1-20)
LSD	8,8	8,9	10,5	9,5	9,6	8	8,8	8,3	7,7
(euro/carton)	(1.5-17.5)	(5-15)	(4-30)	(1-25)	(5-30)	(2-18)	(2-15)	(2-20)	(3-15)
Méthadone	/	/	/	/	/	2,9	2,8	3	3,8
(euro/gélule)						(1-10)	(1-10)	(1-10)	(1-12)

Note : Les prix sont exprimés en euros. À titre indicatif, nous avons également mis entre parenthèses les prix les plus bas et les plus hauts mentionnés par les personnes interrogées (min-max).

Budget hebdomadaire consacré à l'achat de drogues

Nous avons récemment introduit dans l'enquête une question visant à relever le budget hebdomadaire consacré par les usagers à l'achat des drogues qu'ils consomment. En moyenne, les usagers ayant participé à l'enquête 2014 ont déclaré consacrer un budget hebdomadaire «drogues» de 167 euros (min= 5 euros et maximum = 800 euros). Dans le tableau 33, nous avons classé les usagers en fonction de ce budget. On constate que près de la moitié d'entre eux (45,2 %) consacre de manière hebdomadaire plus de 100 euros à l'achat de produits.

Tableau 33 : Budget hebdomadaire des usagers consacré à l'achat de drogues, Eurotox, 2013-2014

	2013		2014	
	n	%	n	%
Moins de 50 euros	19	24,0	12	14,3
Entre 50 et 100 euros	13	16,5	34	40,5
Entre 101 et 200 euros	16	20,3	18	21,4
Plus de 200 euros	31	39,2	20	23,8

Nombre de non réponses : 26 (2013) et 17 (2014)

Perspectives et limites

L'objectif du monitoring du prix des drogues est notamment de pouvoir éclairer, à l'aide des fluctuations des prix, les changements de comportement des consommateurs (ex : la diminution des prix des drogues entraîne-t-elle une surconsommation chez certains usagers ? Quel est l'impact des variations de prix des drogues sur les autres dépenses de l'usager ?). Cette perspective permet de comprendre l'impact des variations du prix des drogues dans une perspective de santé publique, élargissant ainsi les approches économiques et policières. Néanmoins, il convient de mentionner les limites méthodologiques actuelles de cette enquête, susceptibles d'en affecter la fiabilité :

1) L'échantillon reste encore de petite taille (n=101 en 2014). On pourrait donc considérer que les chiffres mentionnés ne sont pas représentatifs des prix effectivement pratiqués en rue. Néanmoins, il faut garder à l'esprit qu'un grand nombre de consommateurs s'approvisionnent auprès des mêmes dealers, de sorte qu'il n'est *a priori* pas nécessaire d'interroger tous les consommateurs pour connaître les prix pratiqués. De plus, les prix que nous mentionnons ici sont relativement proches de ceux rapportés par la Police Fédérale.
2) Les prix des produits sont estimatifs pour deux raisons : premièrement, le poids des produits est approximatif puisqu'il ne correspond pas forcément au poids réel, les dealers ayant un intérêt économique à «sur-annoncer» le poids des produits qu'ils vendent. Deuxièmement, nous demandons aux usagers de fournir des prix «de mémoire» (prix habituel, prix minimum et prix maximum rencontrés sur l'année en cours), cet exercice mnésique étant en outre compliqué par le fait que le conditionnement des produits ne correspond pas toujours à une vente au gramme (l'héroïne étant par exemple souvent vendue en pacson de 0,3g) et que les prix peuvent légèrement varier d'une transaction à l'autre. On pourrait donc très bien concevoir que le prix d'un produit soit stable dans le temps alors qu'en fait les dealers le conditionnent en des quantités de plus en plus petites et éloignées du gramme.
3) Nous ne disposons d'aucune information directe sur la qualité des produits dont nous parlent les consommateurs, alors que les prix pratiqués sont en partie déterminés par la pureté des produits. Par exemple, un gramme de cocaïne pure à 60 % ne sera pas vendu au même prix qu'un gramme de cocaïne pure à 10 %. Afin d'en tenir compte autant que possible, nous demandons aux usagers de fournir une appréciation subjective sur la qualité habituelle des produits achetés sur l'année, mais il ne nous est pas possible d'effectuer des analyses qui en tiennent directement compte, en raison de la petitesse de l'échantillon.
4) Dans le même ordre d'idée, nous demandons également aux usagers de fournir des précisions sur les quantités généralement achetées, car le prix des produits varie (toute chose égale par ailleurs) de manière inversement proportionnelle à la quantité achetée. Cette information nous permet d'éliminer des analyses plusieurs mentions de prix de produits achetés en grande quantité, probablement pour la revente.

2.4.5.3. Évolution de la pureté des produits

Par définition, les drogues illégales sont produites dans des conditions de clandestinité et en l'absence de normes qui assureraient la standardisation des produits vendus et consommés. En plus des modalités de fabrication qui peuvent différer et aboutir à des produits de qualité et pureté variables, différents intermédiaires entre le producteur et l'usager sont aussi susceptibles d'en modifier la composition initiale, de sorte que ce dernier est continuellement confronté à des produits de composition variable et incertaine, dont la pureté en principe(s) actif(s) peut fortement fluctuer d'un échantillon à l'autre et entraîner des risques pour sa santé.

Depuis plusieurs années, dans le cadre du système d'alerte précoce (voir chapitre 4), le Belgian Early Warning System on Drugs (BEWSD) centralise les rapports d'analyse de tous les échantillons de drogues qui ont été testés en Belgique par les laboratoires toxicologiques. La plupart des échantillons testés proviennent des saisies policières ou douanières effectuées tant au niveau d'importateurs/grossistes, de dealers et de simples usagers. Il faut toutefois savoir que tous les produits saisis ne sont pas systématiquement analysés : une analyse est effectuée, à la demande de la police, lorsque celle-ci a un doute sur la composition du produit saisi. Certaines analyses proviennent également d'usagers qui ont soumis leur(s) produit(s) au service de testing mis en place par l'asbl Modus Vivendi.

Cette multiplicité des sources de prélèvement expliquent l'importante hétérogénéité de pureté observée entre les échantillons d'un même produit. Corolairement, pour les produits susceptibles d'être coupés (héroïne, cocaïne, speed/amphétamine), les données reprises ici[217] surestiment la concentration moyenne des produits qui finissent dans la poche des usagers, puisqu'il n'est actuellement pas possible d'obtenir des informations spécifiques et en nombre suffisant sur les produits analysés à l'échelle des petits dealers et des usagers.

Comme le montre la figure 13, la concentration en THC des échantillons d'herbe et de résine de cannabis était particulièrement élevée de 2003 à 2005, puis elle a brusquement chuté. Mais une augmentation lente et progressive a été constatée jusqu'en 2012, suivie d'une baisse en 2013. Actuellement (en 2013), la concentration moyenne en THC des échantillons analysés est de 10,4 % (herbe) et 15 % (résine). Ces valeurs sont égales ou supérieures à celles observées dans la majorité des pays de l'Union Européenne (voir Tables PPP-5 et PPP6 du bulletin statistique 2015 de l'EMCDDA).

La concentration en amphétamine des échantillons de speed analysés sur la période 2002-2013 a subi quant à elle des fluctuations par vagues autour de 20 %. Mais on observe de 2010 à 2013 que la concentration moyenne est passée de 31,6 % à 16,6 %, ce qui peut en partie s'expliquer par la contamination du speed belge avec de la 4-MA, un dérivé synthétique d'amphétamine qui appartient à la famille des phénéthylamines et qui a occasionné en 2012 une série d'intoxications sévères et plusieurs décès, y compris en Belgique[218].

La pureté des échantillons de cocaïne analysés en Belgique est particulièrement élevée, la concentration moyenne étant de 57,6 % en 2013. Cette valeur est largement supérieure à celles observées dans les échantillons analysés dans la majorité des pays européens (voir Table PPP-8 du bulletin statistique 2015 de l'EMCDDA), ainsi qu'à celles observées en France lors des saisies effectuées dans la rue, pour lesquelles la concentration en cocaïne était généralement comprise entre 10 % et 20 % (Cadet-Taïrou et al., 2013). Il s'agit d'une surestimation due au fait que toutes les saisies effectuées à l'aéroport de Bruxelles-National doivent faire l'objet d'analyses toxicologiques. Or, ces saisies font généralement état de produits très purs destinés à être coupés avant d'être revendus.

Les échantillons d'héroïne[219] avaient une concentration moyenne de 18,8 % en 2013, une valeur en hausse par rapport à l'importante chute de pureté constatée en 2012. Cette valeur reste dans la moyenne européenne, la plupart des pays rapportant une pureté moyenne comprise entre 13 % et 23 % (EMCDDA, 2015b).

Enfin, en ce qui concerne les pilules d'ecstasy, alors qu'elles contenaient généralement peu de MDMA sur la période 2002-2009, on observe depuis 2010 une augmentation importante de la quantité de MDMA des échantillons analysés, ce qui a conduit à plusieurs reprises au lancement d'alertes précoces (voir chapitre 4). Cette augmentation de la pureté s'explique par l'utilisation par les trafiquants d'un nouveau précurseur chimique non-contrôlé au niveau de l'UE (le PMK glycidate[220]), qui peut facilement être importé depuis la Chine afin de réaliser la synthèse de MDMA dans des laboratoires clandestins, au même titre que les précurseurs conventionnels contrôlés qui restent plus difficiles à obtenir, tels que le safrole ou le PMK (Gandilhon, 2014).

217 Pour plus de détails (nombre d'analyses et valeur médiane par année), nous renvoyons le lecteur au site Internet du BEWSD (https://ewsd.wiv-isp.be/default.aspx).

218 La consommation de speed coupé à la 4-MA augmente les risques d'overdose mortelle, l'action de la 4-MA pouvant masquer en partie les effets dopaminergiques des amphétamines, incitant les usagers à surconsommer afin d'obtenir les effets désirés, ce qui les exposent davantage au risque d'overdose et d'hyperthermie fatale (Blanckaert et al., 2013).

219 Les analyses peuvent à la fois porter sur des échantillons d'héroïne brune ou blanche, sans que ces deux types soient explicitement distingués au niveau des rapports d'analyse. On parle alors d'héroïne de type non-spécifié. Toutefois, en Belgique, l'héroïne qui circule sur le marché noir est généralement brune.

220 Cette substance est en fait un précurseur du PMK, qui est lui-même précurseur de la MDMA. On parle alors parfois de pré-précurseur pour désigner ces nouvelles molécules utilisées dans la fabrication de drogues de synthèse.

Figure 13 : Concentration (% ou mg) en principe actif des échantillons de drogues analysés en Belgique, 2002-2013

Source : BEWSD

2.4.5.4 Produits de coupe dans les échantillons de poudre saisis

Dans la section précédente, on a pu voir que les drogues illégales ont une pureté qui peut considérablement varier d'un échantillon à l'autre. Des produits de coupe sont en effet fréquemment utilisés par les dealers afin d'augmenter, à moindre frais, les quantités vendues et maximiser ainsi leurs gains. Généralement, le produit de coupe est une substance ayant une action pharmacologique similaire quoique moins puissante que celle de la drogue qu'il frelate, mais plus facile à obtenir et pour un prix d'achat souvent dérisoire. Certains produits de coupe sont toutefois inactifs au niveau pharmacologique : il s'agit généralement d'excipients (lactose, cellulose, etc.) ou de substances inertes d'origine minérale (talc, bicarbonate de soude, etc.), ou encore d'autres produits d'usage commun impropres à la consommation (produits d'entretien, etc.). Ces derniers produits de coupes sont généralement ceux ajoutés par les petits dealers de manière à augmenter les profits.

L'adultération peut avoir des conséquences dommageables en raison de la toxicité du produit de coupe, d'interactions médicamenteuses avec la drogue adultérée, ou parce qu'il ne peut être correctement métabolisé en raison du mode de consommation (e.g. injection). De manière générale, le nombre d'intermédiaires entre le producteur et le consommateur augmentera le risque d'adultérations multiples et peu scrupuleuses.

Dans le tableau 34, nous détaillons les produits de coupe pharmacologiquement actifs[221] identifiés dans les échantillons d'amphétamine, de cocaïne et d'héroïne analysés après saisies en Belgique sur l'année 2013, ainsi que leur concentration moyenne. On constatera sans étonnement que les conséquences néfastes de la prohibition sont clairement observables au niveau des drogues illégales circulant sur notre territoire, celles-ci étant régulièrement adultérées avec des produits de coupe dangereux.

La caféine est le produit le plus fréquemment utilisé pour couper le speed, puisqu'on en retrouve dans environ 62 % des échantillons analysés en 2013, avec une concentration moyenne de 53 %. Comme évoqué précédemment, la 4-MA est également un produit qui est utilisé pour couper le speed en Belgique, puisqu'en 2013 on en retrouvait dans 12 % des échantillons analysés (contre 18 % en 2012). Même s'il peut s'agir d'une contamination accidentelle, des analyses ayant montré que le précurseur de la synthèse d'amphétamine (le BMK) a parfois été contaminé ou confondu avec un autre précurseur (le 4-methyl-BMK ; Blanckaert et al., 2013), il est possible que cette substance soit réapparue parce qu'elle peut être synthétisée au départ de cet autre précurseur chimique qui, jusque très récemment, ne faisait pas l'objet d'une interdiction internationale et pouvait être acheté facilement via Internet. La diminution du pourcentage d'échantillons de speed contenant de la 4-MA pourrait donc être une conséquence du contrôle de son précurseur. Enfin, quelques échantillons de speed contenaient également de la 4-FA (4-fluoro-amphétamine ou 4-FMP), une phénéthylamine aux propriétés stimulantes moins marquées que celles de l'amphétamine mais ayant également un effet empathogène au même titre que la MDMA. Cette NDS, apparue à la fin des années 2000 sur le marché des drogues, est aussi parfois retrouvée dans des pilules d'ecstasy.

Les échantillons de cocaïne analysés en 2013 sont souvent coupés avec du lévamisole (48 % des échantillons), un médicament essentiellement utilisé en médecine vétérinaire comme vermifuge, mais qui a également des propriétés stimulantes. Cette substance peut engendrer une série d'effets secondaires tels que des nausées, des douleurs abdominales, de l'anorexie et des éruptions cutanées, ainsi que, en cas de consommation prolongée, des troubles hématologiques plus graves tels que l'agranulocytose (chute de la production de certains globules blancs dans le sang). De manière générale, et malgré les problèmes que le lévamisole peut engendrer, il est mondialement utilisé comme produit de coupe de la cocaïne depuis près d'une dizaine d'années (UNODC, 2011). Les échantillons de cocaïne analysés en Belgique sont aussi parfois coupés avec de la caféine (14 %) ou de la phénacétine (18 %). Ce dernier produit, qui a des propriétés analgésiques, est le précurseur du paracétamol. Il a été retiré du marché des médicaments depuis plusieurs années en raison de sa toxicité rénale et de son caractère cancérigène. Parmi les autres produits parfois utilisés pour couper la cocaïne, on retrouve notamment l'hydroxyzine (10 %) et la lidocaïne (7 %).

221 Pour des raisons méthodologiques, les analyses toxicologiques réalisées par les laboratoires ne permettent malheureusement pas d'identifier de manière systématique les produits de coupe qui ne sont pas pharmacologiquement actifs, ni les éventuelles contaminations bactériennes, qui peuvent pourtant être également dommageables sur le plan sanitaire.

Enfin, les échantillons d'héroïne analysés en 2013 étaient essentiellement coupés avec de la caféine (21 %), du paracétamol (18 %), du 6-MAM (20,3 % ; la monoacétylmorphine est un produit de l'acétylation de la morphine, au même titre que l'héroïne), de la noscapine (20,4 % ; un alcaloïde proche de la codéine), ou de la papavérine (16,3 % ; un alcaloïde déjà présent dans le latex utilisé pour fabriquer l'opium). Contrairement à la caféine et au paracétamol, qui sont des adultérants volontairement ajoutés à l'héroïne après sa fabrication, ces trois dernières molécules sont soit des produits intermédiaires de la synthèse d'héroïne à partir de l'opium (6-MAM), soit des alcaloïdes déjà présents dans l'opium (noscapine et papavérine), dont les proportions peuvent varier en fonction des compétences des chimistes clandestins et de l'efficacité des procédures menant à la synthèse de l'héroïne. Il ne s'agit donc pas de produits de coupe à proprement parler.

Tableau 34 : Produits de coupe dans les échantillons de poudre saisis en 2013

Type de drogue	Produit de coupe	n	% des échantillons	Concentration moyenne du produit de coupe (%)
Amphétamine	Caféine	101	62,3	53,0
	4-MA	19	12,0	1,9
	4-FA/4-FMP	5	3,1	3,3
	mCPP	3	1,9	10,7
Cocaïne	Lévamisole	255	48,0	9,0
	Phénacétine	96	18,0	27,0
	Caféine	74	14,0	6,7
	Hydroxyzine	52	10,0	4,0
	Lidocaïne	36	7,0	4,5
	Diltiazem	5	1,0	2,0
Héroïne	Caféine	178	21,0	20,0
	6-MAM	178	21,0	8,8
	Noscapine	175	21,0	9,0
	Papavérine	172	20,0	0,8
	Paracétamol	151	18,0	40,0

Source : Belgian National Report on Drugs 2014 (Plettinckx et al., 2014)

3 DONNÉES INDICATIVES SUR L'USAGE DE DROGUES DANS DES GROUPES SPÉCIFIQUES

Les enquêtes de prévalence sur l'usage de drogues actuellement réalisées en Belgique ou en FWB sont peu nombreuses (aucune ne porte spécifiquement sur l'usage de drogues) et elles ne couvrent pas tous les groupes pour lesquels il serait pertinent d'obtenir des informations en la matière. Dans ce contexte, le recours aux données issues d'associations travaillant dans le secteur des assuétudes se révèle incontournable, d'autant plus qu'il permet d'appréhender l'usage de drogues dans des groupes à hauts risques. Toutefois, malgré leur intérêt incontestable, ces données n'ont pas la prétention de répondre aux exigences des enquêtes scientifiques, essentiellement en raison de l'absence de méthodes d'échantillonnage et parce que les modes de récolte de données sont peu voire pas standardisées. Par conséquent, les résultats de ce type d'enquête doivent être interprétés avec prudence. En revanche, et c'est tout leur intérêt, ils peuvent être considérés comme une première indication sur la problématique de l'usage de drogues dans ces groupes spécifiques, permettant de guider les actions des acteurs de terrain et de formuler des hypothèses de travail qui pourront être évaluées par des recherches ultérieures.

Dans le présent chapitre, nous présenterons des données récoltées par des associations qui travaillent avec les groupes spécifiques suivants : publics rencontrés en milieu festif et dans le milieu de la rue. Nous aborderons également les données relatives à l'accessibilité au matériel stérile d'injection et, en début de chapitre, celles relatives aux contacts enregistrés par Infor-Drogues et par le Centre Antipoisons.

3.1 LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET AUTRES CONTACTS ENREGISTRÉS PAR INFOR-DROGUES

L'asbl "**INFOR-DROGUES**" propose une ligne téléphonique francophone d'information et d'aide en matière de drogues. Depuis 1989, cette ligne est accessible 24h/24, et ce durant toute l'année. 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 l'organisation, ainsi que les demandes formulées via le service d'e-permanence[222].

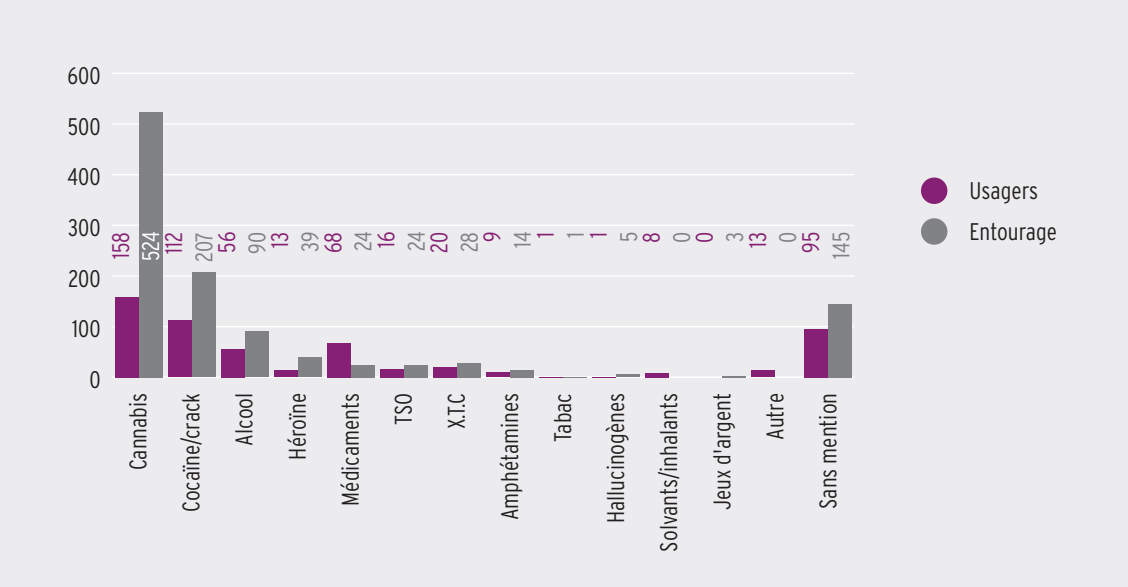
L'ensemble du dispositif fonctionne avec 6 ETP (Équivalent Temps Plein) pour tenir la permanence, l'alimenter par des recherches et des réflexions, collecter et transmettre des documents demandés par les appelants, recevoir les personnes lors de demandes ne pouvant être traitées de manière optimale par téléphone, répondre aux e-mails et assurer l'e-permanence. Ces moyens humains permettent d'assurer une permanence téléphonique limitée à une seule ligne, qui ne peut donc être comparée à un «call center».

En ce qui concerne **la ligne téléphonique**, Infor-Drogues choisit à dessein de comptabiliser les produits «évoqués» plutôt que déclarés comme étant «consommés». En effet, la majorité des contacts ont lieu avec des personnes se déclarant non-consommatrices (entourage, professionnel). Il est donc logique et plus pertinent de parler de produits évoqués plutôt que «consommés», ce qui permet par ailleurs d'identifier les produits qui suscitent le plus de questions au sein de la population.

222 Depuis 2005, Infor-Drogues a mis en place un service «d'e-permanence». Celui-ci permet aux utilisateurs de poser des questions, de manière parfaitement anonyme, et de recevoir des réponses via le site Internet de l'association. Les responsables du service traitent les questions et produisent une réponse dans un délai maximum de 72 heures.

En 2014, un total de 2.038 appels ont été reçus par la permanence téléphonique, d'une durée moyenne de 17 minutes. La figure 14 détaille les différents produits évoqués lors des appels émis par les usagers et leur entourage. Sans surprise, le cannabis vient en tête des évocations, suivi par la cocaïne et l'alcool qui sont toutefois largement moins cités.

Figure 14 : Produits évoqués lors des contacts avec Infor-Drogues, 2014



Source : Infor-Drogues

Les appels sont émis par quatre catégories de personnes : les usagers (30 % des appels en 2014), l'entourage (57 %), les professionnels (10 %)[223] et les étudiants (3 %). Pour ce qui est de l'âge[224] et du sexe des appelants usagers, ceux-ci sont majoritairement masculins (66,7 %) ; la différence de genre est la plus marquée au sein de la tranche d'âge des 26-35 ans (74 % d'hommes pour 26 % de femmes), mais tend à disparaitre au-delà de 35 ans (58,1 % d'hommes chez les 36-50 ans et 55,6 % d'hommes chez les plus de 50 ans). Les appelants usagers ont majoritairement un âge compris entre 18 et 50 ans (-18 ans : 1,5 % ; 18-25 ans : 26 % ; 26-35 ans : 41,1 % ; 36-50 ans : 22,1 % ; +50 ans : 9,3 %).

En ce qui concerne l'**e-permanence**, un total de 213 messages a été réceptionné au cours de l'année 2014, lesquels émanaient de 137 personnes (dont deux tiers de femmes). Toutes les demandes adressées en 2014 ont été traitées dans le délai de 72 heures annoncé. Ces demandes portaient majoritairement sur le cannabis (49,6 %) ainsi que, dans une moindre mesure, sur la cocaïne (12,4 %), bien que d'autres produits aient également été évoqués (alcool : 7,3 % ; amphétamine : 7,3 % ; héroïne : 5 % ; etc.).

L'objectif de l'e-permanence, qui consiste à toucher un public différent de celui de la permanence téléphonique, a été rencontré en 2012, puisque les messages émanaient majoritairement de personnes plus jeunes que celles qui ont recours à la ligne téléphonique.

223 Par usagers, Infor-Drogues entend «*toute personne qui consomme ou a consommé un ou plusieurs produits, ou encore toute personne qui porte un intérêt à la thématique dans la perspective d'une éventuelle consommation*». Par entourage, il est fait référence à la mère, au père, au conjoint ou à tout autre membre de la famille ou de l'entourage. Enfin, sous le vocable «professionnel», Infor-Drogues regroupe les catégories des professionnels de l'éducation, des professionnels de la santé, des professionnels de la justice, les mandataires publics et les journalistes.

224 L'âge n'était toutefois pas connu pour 126 hommes et 58 femmes, ce qui amène à devoir prendre certaines différences de genre au niveau de l'âge avec prudence.

3.2. LES APPELS TÉLÉPHONIQUES DU CENTRE ANTIPOISONS

Le Centre Antipoisons belge, mis en place en 1963, enregistre chaque année environ 50.000 appels téléphoniques, généralement en lien avec une exposition avérée ou supposée à un ou plusieurs produits, mais pouvant aussi émaner de professionnels ou particuliers en demande d'information. En 2014, le centre a enregistré 45.202 appels en lien avec une exposition à un ou plusieurs produits, parmi lesquels 361 appels faisaient état d'une exposition à une substance d'abus[225] chez les personnes âgées de 14 ans ou plus. De manière générale, moins de 1 % des appels émis en 2014 concernaient une exposition à une ou plusieurs substances d'abus. En 2014, 61,8 % des appels de ce type (n=361) faisaient mention de l'usage d'une seule substance, alors que 38,2 % des appels impliquaient plusieurs substances. Comme l'indique le tableau 35, les produits les plus fréquemment mentionnés en 2014 lors des appels en lien avec une exposition à une ou plusieurs substances d'abus sont, par ordre d'importance, l'alcool éthylique (22,4 %), les benzodiazépines (16,6 %), le cannabis (13 %), et la cocaïne (10 %). À noter que 13 appels (3,6 %) faisaient mention d'une exposition à une nouvelle drogue de synthèse (dont 3 appels pour le 5-Dimethoxytryptamine, 2 pour des canabinoïdes de synthèse, 2 pour le 5-Methoxytryptamine, 2 pour le 2CB et 1 pour une cathinone de synthèse).

Tableau 35 : Nombre d'appels adressés au Centre Antipoisons. Belgique, 2014

Total des appels	**54.206**
Appels pour exposition à un ou plusieurs produits	45.202
Appels pour exposition à une substance d'abus	361
Substances impliquées dans les appels	**(%)**
Alcool éthylique	22,4
Benzodiazépines	16,6
Stimulants du système nerveux central (amphétamine, MDMA,...)	13,6
Cannabis	13,0
Cocaïne	10,0
Hallucinogènes (LSD, Kétamine, plantes/champignons hallucinogènes,...)	8,6
Solvant/inhalant	5,5
Héroïne/méthadone	3,9
Nouvelle drogue de synthèse	3,6
GHB/GBL	3,3
Produit inconnu	7,5

Source : Centre Antipoisons

225 Il pouvait s'agir soit d'une exposition à une substance d'abus, soit d'une consommation d'un autre produit (alcool cosmétique, produit ménager, etc.) dans le cadre d'un comportement classé comme «toxicomaniaque».

3.3. L'USAGE DE DROGUES EN MILIEU FESTIF

Des données relatives à l'usage de drogues en milieu festif sont récoltées annuellement en FWB lors d'actions de réduction des risques en milieu festif, coordonnées par l'asbl Modus Vivendi dans le cadre du projet Drogues Risquer Moins (DR-). Ces données sont obtenues à l'aide d'un questionnaire auto-administré[226] servant de prise de contact avec le public cible (constitué principalement de consommateurs, mais également des proches d'usagers ou de toute personne en demande d'information). Elles ne sont pas représentatives de l'ensemble du public fréquentant ces milieux festifs, puisque le questionnaire est rempli uniquement par des personnes qui ont été en contact avec l'équipe (principalement des usagers), sans qu'il y ait de sélection aléatoire des répondants.

Le questionnaire a été révisé début 2013 de manière à ce que les informations récoltées répondent davantage aux objectifs du projet et afin d'adapter au mieux les actions menées. Pour les données récoltées de 2004 à 2012, nous renvoyons le lecteur à notre rapport précédent.

Sur la période 2013-2014, 2476 questionnaires ont été récoltés lors de 47 événements répartis tout au long de l'année. Le nombre d'événements analysés en 2014 s'est réduit en raison de la disparition du réseau DR-, qui coordonnait les actions de RdR en milieu festif et permettait à Modus Vivendi de compiler, encoder et analyser les questionnaires récoltés par les partenaires du projet. Ainsi, bien que le nombre d'interventions de RdR n'ait pas forcément diminué en 2014, les questionnaires analysés sont uniquement ceux qui ont directement été récoltés par l'équipe mobile de Modus Vivendi.

Année de collecte des données	2013-2014
Objet primaire	Information et réduction des risques en milieu festif
Population cible	Usagers de drogues en milieu festif
Couverture	En 2013, 32 évènements (1653 répondants) En 2014, 15 évènements (823 répondants)
Répartition des sexes	36,6 % hommes, 32,6 % femmes, 30,8 % inconnu
Nationalité	80 % belges, 11,7 % français, 1,1 % autres, 7,2 % inconnu
Instrument d'investigation	Questionnaire auto-administré

La consommation rapportée en milieu festif

La consommation de psychotropes en milieu festif telle que rapportée par les répondants a été évaluée selon deux dimensions : d'une part la consommation lors de l'événement[227] au cours duquel ils ont complété le questionnaire, et d'autre part leur consommation habituelle lors des sorties (y compris lors de présoirées ou d'«afters»).

En ce qui concerne les produits consommés **au cours de l'événement**, le tableau 36 indique que ce sont l'alcool, le tabac et le cannabis qui ont enregistré les pourcentages de consommation les plus élevés, ces produits ayant été consommés par respectivement 59,2 %, 50,7 % et 38 % des répondants. Les produits stimulants tels que le speed/amphétamines, la MDMA et l'ecstasy ont été cités par environ une personne sur 10 (8,0 %, 11,4 % et 11,8 % respectivement), et la cocaïne par 6,8 % des répondants. Enfin, les autres

226 Le questionnaire comprend également différents items permettant d'identifier : a) certains comportements à risque (recours à l'injection ou au sniff, utilisation d'un véhicule lors du retour, etc.) ; b) le degré de satisfaction lors du contact avec l'équipe (pertinence des informations, visibilité du stand, etc.) ; et c) d'autres aspects en lien avec la santé du public, tels que la consommation d'eau en sortie, la réalisation de tests de dépistage du VIH/sida et de l'hépatite C ou encore le partage de matériel de sniff. Il est proposé tout au long de l'événement couvert aux personnes qui rentrent en contact avec les travailleurs du stand de réduction des risques.

227 Ces résultats sous-estiment potentiellement la consommation ayant réellement eu cours lors de l'évènement En effet, nous ne pouvons pas différencier les réponses en fonction du moment où les personnes ont rempli le questionnaire (début ou fin de l'événement). Or, il est possible que certaines personnes aient rempli le questionnaire avant d'initier leur consommation. On rappellera en outre que cet échantillon correspond aux personnes qui ont été en contact avec les acteurs de réduction de risques en milieu festif et non à l'ensemble des personnes présentes au cours de l'événement.

produits (kétamine, LSD, GHB, *Research Chemicals*, etc.) ont été consommés lors de l'événement par moins de 5 personnes sur 100.

En ce qui concerne la **consommation habituelle en sortie**, on constate que l'alcool et le tabac sont souvent consommés par une majorité des répondants (61,3 % et 52,7 %, respectivement). Le cannabis est également souvent consommé par un peu moins d'un tiers des répondants (30 %). Les produits stimulants tels que le speed/amphétamines, la MDMA, l'ecstasy et la cocaïne sont habituellement consommés en sortie par moins d'une personne sur dix, et l'usage habituel des autres produits est encore moins courant. Néanmoins, on notera que 11,6 % des répondants consomment parfois ou souvent en sortie des *research chemicals* (c'est-à-dire des nouvelles drogues de synthèse), ce qui suggère qu'il y a effectivement dans notre pays des consommateurs de ces nouvelles substances proposées de manière à contourner la législation sur les drogues. Nous invitons le lecteur à se rapporter directement au tableau 36 pour visualiser les pourcentages de consommation rapportés pour chaque produit en fonction de la fréquence de consommation.

Tableau 36 : Produits consommés en sortie par les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013-2014

	Consommation au cours de l'événement (N=2.476)		Consommation habituelle en sortie (N=2.476)		
	n	%	Jamais (%)	Parfois (%)	Souvent (%)
Alcool	1.466	59,2	15,4	23,3	61,3
Tabac	1.255	50,7	32,2	15,1	52,7
Cannabis (marijuana, hasch)	940	38,0	44,2	25,8	30,0
Speed, amphétamines	197	8,0	71,5	21,8	6,7
MDMA	188	11,4	70,5	23,1	6,4
Ecstasy	293	11,8	74,3	19,4	6,3
Cocaïne	113	6,8	74,8	20,8	4,4
Médicaments psychoactifs	99	4,0	88,5	8,7	2,8
Kétamine	99	4,0	85,8	10,2	4,0
Champignons hallucinogènes	106	4,3	75,8	21,9	2,3
LSD	111	4,5	81,7	15,3	3,0
Research chemicals	60	2,4	88,4	9,2	2,4
GHB	24	1,0	94,9	4,2	0,9
Héroïne, opium et dérivés...	39	1,6	95,6	3,5	0,9
Colles, solvants, etc.	38	1,5	92,1	6,8	1,1
Méthadone	32	1,3	97,6	1,3	1,1
Crack, free-base	47	1,9	92,6	5,6	1,8
Autre	16	0,6	95,2	3,5	1,3

Source : Modus Vivendi

Type de consommation et polyconsommation

Les risques socio-sanitaires liés à l'usage de drogues sont généralement maximisés, toute chose égale par ailleurs, en cas de consommation combinée de plusieurs produits, car les effets de certaines substances peuvent interagir et se potentialiser. Afin d'évaluer la prise de risques liée à la polyconsommation[228], nous avons comptabilisé le nombre de produits consommés par les répondants ayant déclaré consommer au moins un produit (hors tabac, alcool compris) au cours de l'événement. Comme on peut l'observer dans le tableau 37, la consommation de plusieurs produits (hors tabac) au cours d'un événement est relativement fréquente puisqu'elle concerne 66 % des usagers. Plus précisément, 33,8 % des consommateurs y ont consommé deux produits et 32,1 % trois produits ou plus.

Tableau 37 : Consommation et polyconsommation au cours de l'événement chez les consommateurs d'au moins un produit hors tabac (N=1634), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013-2014

	N	%	Moy. (Min.- Max.)
Nombre de produits consommés hors tabac	/	/	2,6 (1-17)
Nombre de produits consommés hors tabac et alcool	/	/	1,7 (0-16)
Au moins un produit hors tabac et alcool	1161	71,1	
Au moins un produit hors tabac, alcool et cannabis	664	40,6	
Consommation d'un seul produit (alcool compris, hors tabac)	557	34,1	
Consommation de deux produits (alcool compris, hors tabac)	553	33,8	
Consommation de trois produits ou + (alcool compris, hors tabac)	524	32,1	
Source : Modus Vivendi			

Le questionnaire introduit en 2013 inclut également une question spécifique sur les habitudes de polyconsommation en sortie. Il apparait que 28,3 % de l'ensemble des répondants consomment souvent plusieurs produits (alcool compris) au cours de la même sortie, et 17,2 % toujours, alors que 30,3 % pratiquent parfois la polyconsommation en sortie et seulement 24,2 % ne la pratiquent jamais. Ces résultats confirment que la polyconsommation est un phénomène généralisé chez les personnes qui ont été touchées par les actions de réduction des risques en milieu festif sur la période 2013-2014.

Modes de consommation à risque : sniff et injection

Un peu moins d'un cinquième des répondants (17,8 %) touchés par les actions de réduction des risques en milieu festif en 2013-2014 ont déclaré avoir sniffé au cours de l'événement, et 1,1 % avoir eu recours à l'injection. Comme indiqué dans le tableau 38, ces deux modes de consommation à risque sont souvent utilisés lors des sorties par 14,1 % (sniff) et 0,8 % (injection) des personnes ayant répondu à ces questions. Plus de la moitié des répondants (63,3 %) n'ont jamais pratiqué le sniff en sortie, et la quasi-totalité (97,8 %) n'y ont jamais eu recours à l'injection. Enfin, en dehors des sorties, 9,8 % des répondants ont déclaré avoir déjà eu recours au sniff, et 1,2 % à l'injection.

De manière générale, si l'injection est un mode de consommation marginal qui n'est utilisé que par quelques répondants, le sniff est en revanche plus fréquent, et il est pertinent d'informer largement les répondants sur les risques associés à cette pratique et de mettre à leur disposition du matériel de sniff qui freine le partage de matériel et limite ainsi les risques de transmission de l'hépatite C. En effet, parmi les répondants qui ont déjà eu recours au sniff (en sortie ou en dehors des sorties) et qui ont répondu à la question (N=955), même si près de la moitié (47,8 %) ont déclaré n'avoir jamais partagé (emprunt ou prêt) de matériel de sniff, 35,1 % ont parfois partagé leur matériel, 11,2 % l'ont souvent fait, et 5,9 % l'ont toujours fait. Ces résultats confirment que le partage de matériel de sniff est une pratique assez répandue et qu'il convient d'informer au mieux les usagers sur les risques qui y sont liés.

228 Par polyconsommation, nous faisons ici référence à la présence simultanée de plusieurs produits dans le sang (produits qui n'ont donc pas forcément été consommés de manière simultanée sous forme d'un «cocktail»). Dans la mesure où notre questionnaire ne nous permet que d'identifier les produits ayant été consommés au cours de l'événement, ce type de polyconsommation est certainement ici surestimé, car un même événement a pu durer de nombreuses heures, voire plus d'un jour pour certaines personnes, avant le remplissage du questionnaire (les effets d'un produit ayant donc pu parfois s'estomper avant qu'elles en consomment un autre).

Tableau 38 : Modes de consommation à risque en milieu festif, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013-2014

	Au cours de l'événement	Habituellement en sortie			Hors sortie
	%	Jamais (%)	Parfois (%)	Souvent (%)	%
Sniff (N=2.294)	17,8	63,3	22,7	14,1	9,8
Injection (N=2.103)	1,1	97,8	1,4	0,8	1,2

Source : Modus Vivendi

Intention de retour après l'événement

Sur la période 2013-2014, environ 60,7 % des répondants qui ont déclaré avoir consommé au moins un produit (hors tabac) lors de l'événement et qui ont répondu à la question (N=1514), avaient l'intention de rentrer chez eux avec un mode de retour à risque réduit, c'est-à-dire «à pied», «en taxi», «en transports en commun», «avec un bob» ou encore «en dormant sur place» (dans le cas de festivals essentiellement). Les modes de retour à moindre risque les plus utilisés sont le recours aux transports en commun (23,4 %) et le retour avec un bob (21,9 %).

Environ 22 % des répondants ont envisagé un retour à risque potentiellement important, à savoir la conduite d'un véhicule (15,5 %) ou d'un vélo (1,3 %), ou encore le retour en tant que passager d'une personne ayant consommé (5,6 %). S'il faut rappeler que le pourcentage de consommation durant l'événement est sans doute sous-estimé, il faut inversement tempérer ces données par le fait que nous n'avons aucune information sur la quantité de produits consommés (e.g. 1 verre ou 6 verres d'alcool), ni sur le délai entre le moment où les produits sont consommés et le retour effectif. Par conséquent, nous ne pouvons pas estimer précisément le nombre de personnes pour lesquelles il y a eu effectivement une prise de risque lors du retour. Signalons aussi que 16 % des répondants ne savaient pas encore comment rentrer au moment où ils ont répondu au questionnaire, une incertitude qui peut aussi parfois conduire à prendre des risques.

Tableau 39 : Retour envisagé après l'événement chez les personnes rencontrées en milieu festif ayant consommé au moins un produit hors tabac (N=1514), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013-2014

Mode de retour envisagé	Risque	N	%	%
Transport en commun	Réduit	354	23,4	60,7
Dort sur place		104	6,9	
Passager BOB		332	21,9	
À pied		87	5,7	
Taxi		42	2,8	
Conducteur	Important	235	15,5	22,4
Vélo		20	1,3	
Passager non BOB		85	5,6	
Ne sait pas	Incertain	242	16,0	16,9
Autre		13	0,9	
Total		1.514	100	100

Source : Modus Vivendi

3.4. L'USAGE DE DROGUES «EN RUE»

Des données sur l'usage de drogues dans des groupes spécifiques sont également récoltées ponctuellement lors d'opérations «Boule-de-Neige» (BdN), dont la finalité est de réduire les risques liés à l'usage de drogues au sein d'un public de rue. Le principe des opérations BdN consiste à former en plusieurs séances (pour un total d'environ 15 heures) des consommateurs de rue (appelés «jobistes») afin qu'ils puissent dispenser auprès de leurs pairs des messages de prévention et de réduction des risques sur le SIDA, les hépatites ainsi que sur d'autres risques liés à l'usage de drogues. L'intérêt de ces opérations est de permettre la transmission d'un message de prévention adapté à une catégorie de population très peu touchée (en raison de sa marginalité) par les campagnes et actions de prévention plus classiques.

Les données qui vont être présentées ont été récoltées de 2009[229] à 2014 sous la coordination de l'asbl Modus Vivendi lors de différentes opérations BdN menées en rue. Les opérations menées en 2014 ont permis de récolter 310 questionnaires lors d'opérations réalisées à Charleroi, Liège, Namur, Bruxelles, Arlon Mons et Tubize ou dans les communes avoisinantes.

Année de collecte des données	**2009 à 2014**
Objet primaire	Réduction des risques chez les usagers de drogues en rue, indication sur les proportions de consommation
Population cible	Usagers de drogues en rue
Couverture	En 2014, 310 personnes (290 usagers de drogues)
Instrument d'investigation	Questionnaire* administré en face à face

* Le questionnaire utilisé est un outil de contact dont l'objectif principal n'est pas la récolte de données mais l'évocation de différentes problématiques liées à l'usage de drogues.

229 Suite au remaniement du questionnaire survenu en 2009, il est devenu délicat de comparer les résultats actuels à ceux récoltés avec l'ancienne version. Le lecteur intéressé par les données antérieures à 2009 est invité à consulter nos précédents rapports.

Les proportions de consommation du public de rue

En 2014, les produits les plus consommés par les usagers de drogues rencontrés en rue[230] sont, par ordre d'importance, l'alcool (83,1 %), l'héroïne ou dérivés (82,4 %), la cocaïne (74,5 %) et le cannabis (60 %). On constate également que le phénomène de polyconsommation est particulièrement marqué chez ces usagers, et qu'il semble également être en augmentation au cours de la période investiguée.

Tableau 40 : Usage des produits au cours du dernier mois chez les personnes rencontrées en rue lors d'opérations boule-de-neige, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2014

Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personnes rencontrées (n)	**457**	**597**	**140**	**383**	**313**	**310**
UD* (%)	95,6	100	93,6	92,4	89,1	93,5
Moyenne d'âge des UD	32,7	34,1	34,7	33,5	34,3	36,2
Produits consommés par les UD (%)						
Cannabis	85,5	40,5	50,4	54,8	64,9	60,0
Alcool	83,7	70,9	82,4	83,1	81,7	83,1
Héroïne, opium ou dérivé	71,1	76,2	81,7	79,4	82,1	82,4
Cocaïne	68,8	72,1	85,5	75,4	75,6	74,5
Médicaments non prescrits	29,6	27,2	41,2	36,4	38,4	42,4
Méthadone non prescrite	32,6	38,4	52,7	37,6	43,4	44,1
Ecstasy/MDMA	21,4	11,6	11,5	14,7	21,1	18,3
Speed/Amphétamines	17,2	10,6	14,5	12,4	16,8	22,8
LSD	7,7	6,5	6,9	6,5	12,5	12,1
Champignons hallucinogènes	9,1	8,7	11,5	11,0	18,3	14,8
Kétamine	2,1	2,1	0,0	3,4	5,7	4,5
GHB	0,7	1,0	0,8	3,4	3,9	3,8
Solvant	4,7	2,1	2,3	6,5	5,4	4,8
Subutex illégal	7,9	8,7	13,7	8,8	15,1	11,7
Consommation d'un produit (alcool compris,)	14,5	10,1	3,8	5,6	3,2	3,1
Consommation de deux produits (alcool compris)	18,2	23,4	11,5	10,5	15,4	13,4
Consommation de trois produits ou + (alcool compris)	67,4	66,5	84,7	82,5	81,4	83,4
Moyenne des produits consommés	3,6	3,8	4,6	4,4	4,9	5,0

* UD : usagers d'au moins un produit (hors alcool) au cours du dernier mois
Source : Modus Vivendi

230 C'est-à-dire les personnes rencontrées en rue ayant déclaré avoir consommé au moins une fois un des produits mentionnés dans le tableau (hors alcool) au cours du dernier mois.

Les usagers de drogues par injection (UDI) rencontrés en rue

Un peu plus d'un tiers des personnes rencontrées en 2014 a eu recours à l'injection au cours du derniers mois, et plus de la moitié y a déjà eu recours au moins une fois au cours de la vie. On constate un équilibre des sexes au niveau des UDI rencontrés en 2014, une tendance qui s'était initiée ces dernières années en raison de la mise en place d'opérations ciblant spécifiquement les femmes. Comme chaque année, les UDI rencontrés en 2014 ont majoritairement plus de 30 ans (73,7 %), mais ils sont moins nombreux à être de nationalité belge (55,8 % en 2014).

Tableau 41 : Profil démographique des UDI rencontrés en rue lors des opérations boule-de-neige, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2014

Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personnes rencontrées (n)	**457**	**597**	**140**	**383**	**313**	**310**
UDI* (%)	26,0	32,8	45,0	30,5	34,8	27,4
UDI vie** (%)	45,3	53,3	72,1	50,9	54,0	65.5
UDI/UD***	0,27	0,37	0,48	0,33	0,39	0,29
Sexe des UDI (%)						
Hommes (%)	70,4	75,8	66,7	64,1	60,0	47,4
Femmes (%)	29,6	24,2	33,3	35,9	40,0	52,6
Classe d'âge des UDI (%)						
Moins de 18 ans (%)	0,0	3,1	1,6	0,0	0,0	0,0
18 – 24 ans (%)	8,4	7,7	12,7	10,3	15,7	13,2
25 – 29 ans (%)	23,5	18,4	14,3	16,4	17,6	13,2
30 ans et plus (%)	64,5	64,8	71,4	73,3	66,7	73,7
Moyenne d'âge des UDI	34,0	35,0	34,4	35,9	33,7	36,7
UDI de nationalité belge	73,1	57,1	61,9	70,2	68,9	55,8

* UDI : usagers de drogues par injection au cours du dernier mois.
** UDI vie : usagers de drogues ayant eu recours à l'injection au moins une fois sur la vie.
*** Proportion d'UDI parmi l'ensemble des UD.
Source : Modus Vivendi

Comportement à risque chez les UDI rencontrés en rue

On peut remarquer dans le tableau 42 que les comportements à risque liés à l'injection sont souvent déclarés parmi les UDI interrogés. Ces prises de risque permettent de rendre compte des taux élevés d'infection aux maladies infectieuses enregistrés généralement chez les UDI (voir 2.3.2.1. L'infection au VIH et aux hépatites B et C). L'augmentation des comportements à risque observée en 2013 pourrait s'expliquer par la réalisation d'opérations BdN spécifiques auprès de femmes UDI, les répondantes présentant ici proportionnellement plus des comportements à risque que les hommes. Notons toutefois que nous n'avons pas d'information sur la fréquence de ces prises de risque, ni sur le contexte dans lequel ils sont survenus (en couple, avec un proche, ou une simple connaissance). On se rappellera aussi qu'aucune méthode d'échantillonnage n'est appliquée et que ces résultats ne sont pas forcément représentatifs des UDI. On remarque aussi qu'une majorité des répondants (88,1 % en 2014) ont déclaré connaître au moins un comptoir d'échange de seringues.

Tableau 42 : Comportements à risque au cours des 6 derniers mois et connaissance des comptoirs d'échange de seringues chez les UDI rencontrés en rue lors d'opérations Boule-de-Neige, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2014

Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014
UDI (n)	119	196	63	117	109	85
Comportements à risques (%)						
Utilisation d'une seringue usagée d'une autre personne	0,0	13,8	19,0	12,8	34,9	10,6
Utilisation d'une seringue trouvée en rue	0,0	1,5	1,6	2,6	11,9	1,2
Utilisation de matériel usagé d'une autre personne ou trouvé en rue	12,6	23,5	31,7	22,2	39,4	13,0
Prêt d'une seringue usagée à une autre personne	16,8	24,0	17,5	26,5	40,4	10,6
Prêt de matériel usagé à une autre personne	26,1	35,2	34,9	28,2	44,0	12,9
Connaissance des comptoirs (%)	69,7	75,5	85,7	75,2	85,6	88,1

Source : Modus Vivendi

3.5 DONNÉES ISSUES DU DISPOSITIF D'ACCESSIBILITÉ AU MATÉRIEL D'INJECTION

Année de collecte des données	1994 à 2014
Objet primaire	Distribution et récupération de seringues et de matériel connexe d'injection
Population cible	Usagers de drogues par injection
Couverture	Fédération Wallonie-Bruxelles*
Instrument d'investigation	Fiche d'inventaire des seringues et du matériel connexe distribués et récupérés ; file active

* La couverture diffère d'une année à l'autre : nous sommes par exemple passés de 13 comptoirs en 2006 à 17 en 2014, ce qui peut expliquer en partie les variations de chiffres rapportés.

Le dispositif d'accessibilité au matériel d'injection se compose essentiellement de comptoirs d'échange de seringues fixes ou mobiles et de pharmacies. Il répond à quatre objectifs : 1) augmenter l'accessibilité au matériel d'injection et réduire les risques d'infection (VIH, hépatites, etc.) ; 2) réduire les risques de piqûres accidentelles par des non-consommateurs en encourageant les usagers à échanger leurs seringues usagées, à utiliser les RESU (récupérateur extérieur de seringues usagées), voire à récupérer le matériel abandonné sur l'espace public en participant à des séances de ramassage dans les lieux de consommation les plus fréquentés ; 3) entrer en contact avec les usagers afin de créer des «liens» autres que ceux entretenus dans la rue ; 4) sensibiliser les usagers par rapport aux infections et à leurs modes de transmission.

Ce dispositif vise à réduire les risques liés à l'injection en accordant un rôle actif aux consommateurs dans ce processus. Les comptoirs d'échange 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 accessible aux horaires souvent décalés des usagers (exemple : 18h-21h).

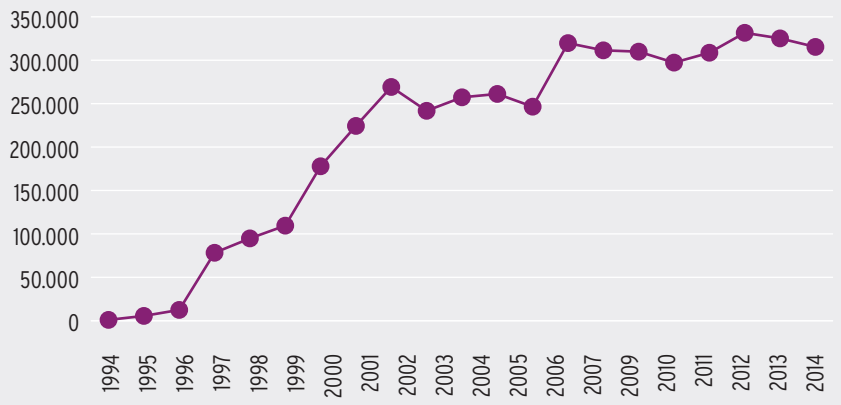
Afin de veiller à réduire les risques liés à la consommation de drogues par injection, les comptoirs d'échange de seringues mettent à la disposition des usagers des conseils de réduction des risques, du matériel stérile[231], des préservatifs, des informations sur le SIDA et les hépatites, sur les drogues ainsi que sur les substances en circulation qui pourraient être plus particulièrement dangereuses (alertes précoces). Dans certains comptoirs, un(e) infirmièr(e) est présent(e) afin de dispenser des soins de base. Dans d'autres comptoirs, un médecin est présent ponctuellement pour des consultations et/ou pour effectuer des tests de dépistage. Plus généralement, les comptoirs cherchent aussi à promouvoir des modes de consommation alternatifs et moins dangereux pour la santé que l'injection en intraveineuse (ex : en sniff ou en fumette).

La distribution de seringues via les comptoirs

L'accès au matériel d'injection fut longtemps limité au seul achat en pharmacie. L'échange de seringues (via des comptoirs fixes ou mobiles) ne s'est développé qu'il y a une quinzaine d'années, dans un premier temps en région liégeoise et, dans une moindre mesure, à Bruxelles. En 2001, il s'est étendu à Dinant et Charleroi, et a été renforcé en Région bruxelloise. Plus récemment, il s'est également développé à Namur ainsi que dans la province du Luxembourg et, depuis 2014, le projet de consultation mobile Médibus assure également une distribution mobile de seringues en Région bruxelloise. L'accessibilité au matériel d'injection reste toutefois plus limitée dans la province du Brabant wallon, où aucun comptoir n'est actuellement implanté.

On constate sur la figure 15 que le nombre de seringues distribuées en FWB via les comptoirs d'échange a fortement augmenté de 1994 à 2002, puis a connu une stabilisation de 2003 à 2006, suivie d'une importante augmentation en 2007. Depuis lors, le nombre de seringues distribuées est légèrement fluctuant, mais une tendance à la baisse est observée ces deux dernières années, probablement en raison d'une réduction des heures d'ouverture de certains comptoirs. En 2014, 315.334 seringues ont été distribuées par les 17 comptoirs actifs en FWB à environ 2.700 UDI lors de plus de 17.000 visites.

Figure 15 : Évolution du nombre de seringues distribuées aux UDI via les comptoirs d'échange de la FWB, 1994 – 2014



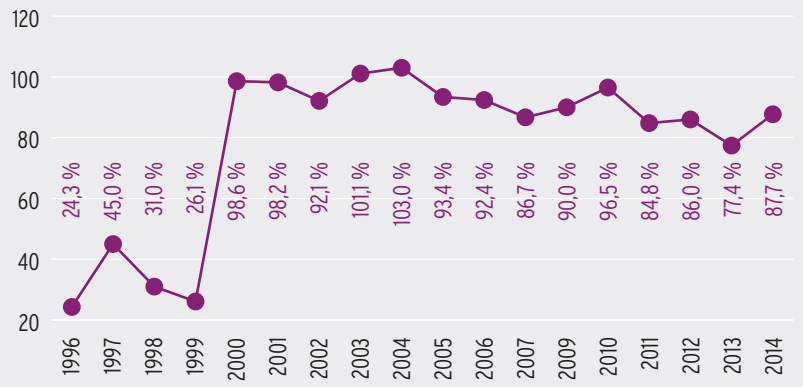
Source : Modus Vivendi

231 Outre les seringues, on y trouve généralement de l'eau stérile pour injection, des tampons désinfectants, de l'acide ascorbique ou citrique et - de manière moins systématique – des cuillères et filtres (Stéricup©).

L'échange de seringues via les comptoirs

Les usagers sont vivement encouragés à ramener leurs seringues usagées aux comptoirs afin de procéder à un échange au profit de matériel stérile. En comparant, pour une même année civile, le nombre de seringues distribuées à celui des seringues récupérées par les différentes antennes du dispositif, il est possible d'estimer le taux d'échange de seringues. Les taux d'échange de seringues usagées sont élevés en FWB, comparés à ce que l'on observe dans d'autres pays de l'Union Européenne. Ainsi, le taux de récupération était de 103 %[232] en 2004 et de 88 % en 2014.

Figure 16 : Évolution du taux d'échange de seringues en FWB, 1996-2014



Source : Modus Vivendi

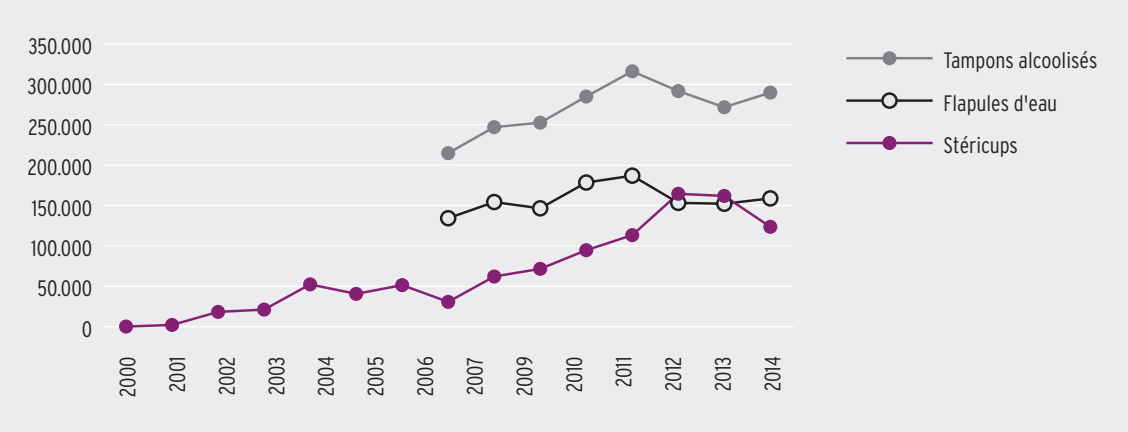
Les Stéricups®, flapules d'eau et tampons alcoolisés

Les comptoirs d'échange de seringues distribuent également des Stéricups (une petite cuillère stérile accompagnée d'un filtre), des flapules d'eau stérile ainsi que des tampons alcoolisés afin de réduire également les risques d'infection liée à la réutilisation et au partage de matériel connexe d'injection. Occasionnellement, un budget peut aussi être alloué à la distribution d'acide ascorbique (nécessaire pour dissoudre le produit dans l'eau).

Par manque de moyens, ce matériel connexe n'est malheureusement pas disponible dans tous les comptoirs, et il doit souvent être «rationné». Si on compare, par exemple, le nombre de Stéricups et le nombre de seringues distribués sur une même année, on avoisine actuellement un rapport de 1 Stéricup pour 3 seringues distribuées (alors que le rapport devrait être de 1 pour 1). Dans ce contexte, il est souvent difficile de promouvoir de manière optimale la réduction des risques liés à l'injection (les usagers sont en effet toujours susceptibles d'échanger une cuillère ou un filtre contaminé, même s'ils ont pris l'habitude d'utiliser une seringue stérile à chaque injection). Bien que le nombre de Stéricups distribués en FWB soit en augmentation depuis plusieurs années, en raison d'une amélioration des moyens alloués à leur diffusion, l'année 2014 est marquée par une chute importante de leur distribution. Elle peut s'expliquer par deux facteurs : d'une part, un des partenaires n'a pas communiqué de chiffres en la matière pour 2014, et d'autre part on constate une réduction de l'activité de certains grands comptoirs (diminution de la file active et, conséquemment, de la quantité de matériel distribuée). En 2014, 123.676 Stéricups, 158.879 flapules d'eau et 289.906 tampons alcoolisés ont été distribués via les comptoirs d'échange de seringues.

232 Les taux supérieurs à 100 % observés en 2003 et 2004 s'expliquent par le fait que les usagers rapportent des seringues provenant d'autres sources de distribution, telles que les pharmacies.

Figure 17 : Évolution du nombre de Stéricups, de flapules d'eau et de tampons alcoolisés distribués en FWB via les comptoirs d'échange, 2000-2014



Source : Modus Vivendi

Les pochettes d'injection Stérifix® vendues en pharmacie

Le rôle des pharmacies au sein du dispositif d'accessibilité au matériel d'injection est très important puisqu'elles rendent possible l'accès au matériel en dehors des zones géographiques et des heures d'ouverture couvertes par les comptoirs, et pour un public qui n'a pas forcément envie de se rendre dans un comptoir d'échange de seringues. Le pharmacien est également un acteur de proximité qui peut jouer un rôle dans la dispense aux usagers de conseils de réduction des risques. C'est dans le but de valoriser ce rôle que le projet Stérifix a vu le jour en 1995.

Le Stérifix est une pochette stérile d'injection contenant deux seringues, deux tampons alcoolisés, deux flapules d'eau stérile injectable, ainsi que des conseils sanitaires et des adresses utiles au plan local (par exemple, les adresses des emplacements des RESU et des comptoirs d'échange)[233]. Les pochettes sont majoritairement conditionnées par Modus Vivendi (coordinateur du projet), puis distribuées gratuitement aux pharmaciens via les distributeurs-répartiteurs, mais certains acteurs locaux en confectionnent eux-mêmes. Les pharmaciens sont invités à y ajouter deux seringues et à vendre la pochette au prix de 0,50 euros, un prix qui n'a pas subi d'augmentation depuis la mise en place du projet.

Le Stérifix est principalement accessible dans certaines pharmacies des villes de Bruxelles, Liège, Namur, Charleroi, Chimay, Ciney ou encore Couvin, mais nous ne disposons pas actuellement du répertoire des pharmacies qui le diffusent. Une enquête réalisée auprès d'une centaine de pharmacies de la province de Namur rapporte, à titre indicatif, que la moitié connait l'existence de la pochette et que 13 % la vendait au moment de l'enquête (voir Frère, Collin & Hogge, 2011). Bien entendu, le rôle des pharmacies dans ce dispositif d'accessibilité au matériel d'injection ne se limite pas à la vente du Stérifix, puisque la grande majorité des pharmacies vendent également des seringues en dehors des pochettes Stérifix. Toutefois, elles ne sont pas tous disposées à les déconditionner pour les vendre à l'unité et préfèrent souvent les vendre par paquet de 10, ce qui ne correspond pas toujours aux besoins immédiats et attentes des usagers.

La vente du Stérifix en pharmacie est promue via des «opérations Stérifix», lors desquelles des travailleurs de terrain et/ou des usagers formés à la RdR démarchent les pharmaciens afin de les sensibiliser à la problématique de l'injection. Outre ce travail de sensibilisation et d'amélioration de l'accessibilité des pochettes, les opérations visent également à rapprocher usagers de drogues et pharmaciens, ainsi qu'à promouvoir la citoyenneté des usagers via leur participation à un programme de prévention. Ces

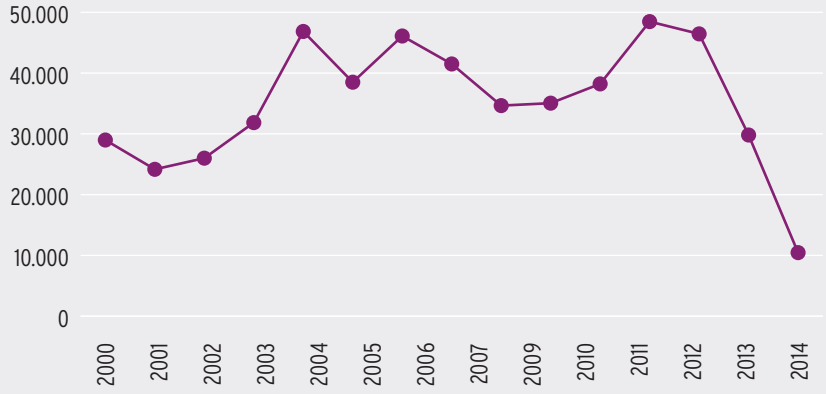
233 Pour que la pochette soit complète et optimale en termes de réduction des risques, il faudrait idéalement qu'elle comprenne également deux Stéricups et de l'acide ascorbique/citrique. Bien que l'équipe de Modus Vivendi ait récemment réintroduit ces deux éléments dans les pochettes, la pérennisation de ces ajouts ne pourra se faire sans un meilleur financement du projet. Notons aussi que certains partenaires locaux ajoutent également un préservatif dans la pochette.

opérations favorisent également la concertation et l'échange d'informations entre les intervenants impliqués (usagers, professionnels du terrain, pharmaciens, etc.).

En 2014, 5.230 pochettes ont été confectionnées et envoyées aux distributeurs-répartiteurs. Puisque les pharmaciens incluent généralement deux seringues dans chaque pochette, un total de 10.460 seringues a ainsi été distribué en 2014 via ce projet. La baisse brutale observée en 2013 et, surtout, 2014, est due à l'interruption, en octobre 2013, de la production des pochettes par Modus Vivendi, survenue pour des raisons budgétaires : pendant de nombreuses années, le projet Stérifix a pu être maintenu à flot via le principe des vases communicants, en réduisant les dépenses des autres projets menés par Modus Vivendi et financés par la FWB, une situation qui ne peut malheureusement plus perdurer. Les pochettes qui ont été diffusées en 2014 ont été produites à Namur et à Charleroi via un financement propre et ont été distribuées uniquement de manière locale.

Chaque année, la précarité financière du projet est rappelée aux pouvoirs publics. La situation actuelle est telle que de nombreux usagers ne peuvent plus accéder à la pochette, et sont donc susceptibles de prendre des risques liés à l'injection. Afin de redynamiser ce projet, Modus Vivendi bénéficie depuis 2015 d'un financement de la Fondation Roi Baudouin, qui devrait permettre de développer un partenariat avec une firme pharmaceutique. L'idée est de parvenir à faire du Stérifix un produit pharmaceutique et normalisé comme un autre (à l'instar du Stéribox français), ce qui en augmenterait l'accessibilité et la diffusion.

Figure 18 : Évolution du nombre de seringues vendues sous le format Stérifix dans les pharmacies de la FWB, 2000-2014



Source : Modus Vivendi

La récupération de seringues via les RESU

La gestion des seringues usagées constitue un problème de santé publique, celles-ci étant parfois abandonnées dans des lieux publics, dans les égouts ou encore dans des poubelles sans précautions particulières. Si les comptoirs d'échange de seringues permettent de limiter fortement ce phénomène, d'autres mesures complémentaires sont également menées, principalement le ramassage de seringues par des travailleurs de terrain dans les zones à risque ainsi que la mise en place de RESU (Récupérateurs Extérieurs de Seringues Usagées). Ce projet a été implanté par l'asbl Transit pour permettre aux usagers de se débarrasser de leurs seringues usagées facilement, à tout moment, en toute sécurité et avec une relative discrétion. Concrètement, un RESU est une boite métallique discrète pourvue d'une petite ouverture sur le dessus permettant d'y glisser les seringues usagées, lesquelles sont collectées par un container standard de récupération de seringues, dont l'accès pour l'élimination et le remplacement est sécurisé par une serrure.

Le premier RESU a été mis en place en 2004, au retour d'un voyage au Québec au cours duquel un travailleur de l'asbl Transit a pu y constater leur existence. Actuellement, 9 RESU ont été implantés en FWB : 5 à Bruxelles et 4 à Charleroi. La boite est généralement fixée aux alentours des lieux de consommation ou à l'entrée de services à destination des UDI. Nous ne connaissons pas le nombre de seringues récupérées par l'ensemble de ce dispositif.

4 LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE

4.1 LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU EUROPÉEN

Le système d'alerte précoce sur les drogues (Early Warning System - EWS) a été mis en place par la Commission européenne dans le cadre de l'«Action commune du 16 juin 1997 fondée sur l'article K.3 du traité de l'Union européenne, relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles drogues de synthèse» (article modifié par la décision du 10 mai 2005). Il est implémenté au niveau de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), lequel est chargé de centraliser et de valoriser les informations récoltées par les pays membres via l'intermédiaire des points focaux nationaux du réseau REITOX (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies). Ces points focaux ont notamment pour mission de transmettre à l'OEDT des informations relatives aux nouvelles substances psychoactives détectées sur leur territoire (formule chimique, description de l'échantillon, quantités saisies, nombre d'occurrences annuelles, etc.).

Ce système a été mis en place en raison de l'apparition, de plus en plus fréquente au cours des années 90, de nouvelles drogues de synthèses (NDS), substances qui étaient à l'époque le plus souvent dérivées de la MDMA et des amphétamines, et pour lesquelles des informations relatives aux effets et à la dangerosité n'étaient pas disponibles.

Au niveau européen, l'EWS alimente les rapports conjoints développés par l'OEDT et Europol (EMCDDA-Europol joint reports) afin de capitaliser les connaissances permettant de décrire au mieux certaines nouvelles substances psychoactives (objectif d'échange d'informations). Il permet aussi d'alimenter les procédures d'évaluation des risques enclenchées à la demande du Conseil lorsque certaines substances en libre circulation sont soupçonnées d'engendrer des risques importants pour la santé (objectif d'évaluation des risques), cette procédure pouvant in fine déboucher sur une interdiction de commercialisation de ces substances à l'échelle de l'Union européenne (objectif de contrôle).

Au-delà de ces objectifs officiels, l'EWS fait aussi souvent l'objet d'une réappropriation au niveau national afin de servir de système de veille sanitaire, permettant d'informer les travailleurs de terrain et les usagers de drogues de la circulation de nouvelles substances potentiellement dangereuses, d'échantillons de drogues connues hautement dosés en principe(s) actif(s), ou encore de la présence de produits de coupe présentant un risque important sur le plan sanitaire. Nous allons brièvement illustrer cette réappropriation à partir du système d'alerte précoce belge.

4.2. LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU BELGE

4.2.1. CADRE LÉGAL

L'EWS a été formalisé au niveau belge dans une «note politique du Gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue» datant du 19 janvier 2001, qui précise brièvement la manière dont le système doit être organisé au niveau fédéral. Cette note est à la base de la création, en 2002, du Belgian Early Warning System on Drugs (BEWSD), une unité développée au sein du programme drogues du WIV-ISP, spécifiquement dédiée au fonctionnement et à la coordination de l'EWS. Afin d'améliorer la diffusion d'informations des laboratoires cliniques ou toxicologiques vers le BEWSD, l'arrêté royal du 14/07/2003, modifié par celui du 17 octobre 2006, précise que ces laboratoires sont tenus de signaler quotidiennement au BEWSD les résultats d'analyses toxicologiques ou biologiques qui se sont révélés positifs pour les drogues illicites autres que le cannabis, ainsi que pour les nouvelles drogues de synthèse. Il en va de même pour les résultats d'analyses biologiques des victimes décédées suite à l'ingestion d'opiacés, de cocaïne

et/ou d'amphétamines et dérivés, même si ces analyses sont réalisées dans le cadre d'une instruction judiciaire ou d'une enquête judiciaire.

Malgré ces avancements, le BEWSD peine encore actuellement à obtenir rapidement et systématiquement les résultats d'analyses lorsqu'une instruction judiciaire est en cours, parce que les laboratoires ou les juges d'instruction ont pour habitude de se réfugier derrière la disposition du secret de l'instruction afin de ne pas avoir à communiquer ces résultats. Légalement, ce refus ne devrait plus être recevable puisque la loi de 1921 a récemment fait l'objet d'un amendement (Moniteur belge du 10/03/2014) afin que l'on ne puisse plus invoquer le secret de l'instruction pour ne pas communiquer d'information dans ce contexte.

4.2.2. MODE DE FONCTIONNEMENT

Au niveau belge, comme dans d'autres pays, la mise en œuvre de l'EWS dépasse les seules drogues de synthèse pour intégrer également les nouvelles drogues en général, les nouveaux modes de consommation ou encore les échantillons fortement concentrés de drogues connues (y compris légales), susceptibles d'entraîner une augmentation des risques pour le consommateur. Ce système est coordonné au niveau national par le WIV-ISP (via le BEWSD), et géré au niveau communautaire par le VAD (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, pour la Flandre) et Eurotox (pour la Wallonie et la Région bruxelloise). Dans ce contexte, la politique d'Eurotox en matière d'alerte précoce est strictement axée sur la prévention et la réduction des risques pour les usagers potentiels, dans une démarche de santé publique.

Comme indiqué à la figure 19, ce système est principalement alimenté par les résultats d'analyses réalisées par les laboratoires toxicologiques sur certains échantillons prélevés lors de saisies policières ou douanières, ainsi que, dans une moindre mesure, par les résultats d'analyse de produits soumis par des usagers de drogues au service de testing de produits psychotropes développé par l'asbl Modus Vivendi dans certains lieux festifs ainsi que dans le lieu d'accueil Modus Fiesta à Bruxelles[234]. Mais il est également alimenté par les prélèvements biologiques (de sang et d'urine) analysés par les laboratoires de biologie clinique des hôpitaux ou des services médico-légaux, effectués lors d'intoxications ou morts suspectes. Les résultats de ces différentes analyses sont communiqués (voir toutefois la réserve émise plus haut) de manière régulière au BEWSD, qui analyse l'information et juge de la pertinence (parfois après consultation du VAD et d'Eurotox, sous-point focaux pour l'OEDT) de recourir à l'EWS belge pour diffuser une information ou un message d'alerte précoce. Enfin, ce système est également alimenté de manière complémentaire par d'éventuels constats ou signalements d'intervenants de 1ère ou 2ème ligne belges ou transfrontaliers, ainsi que par les alertes lancées par les points focaux d'autres pays européens, lesquelles sont parfois susceptibles de concerner également les usagers vivant en Belgique.

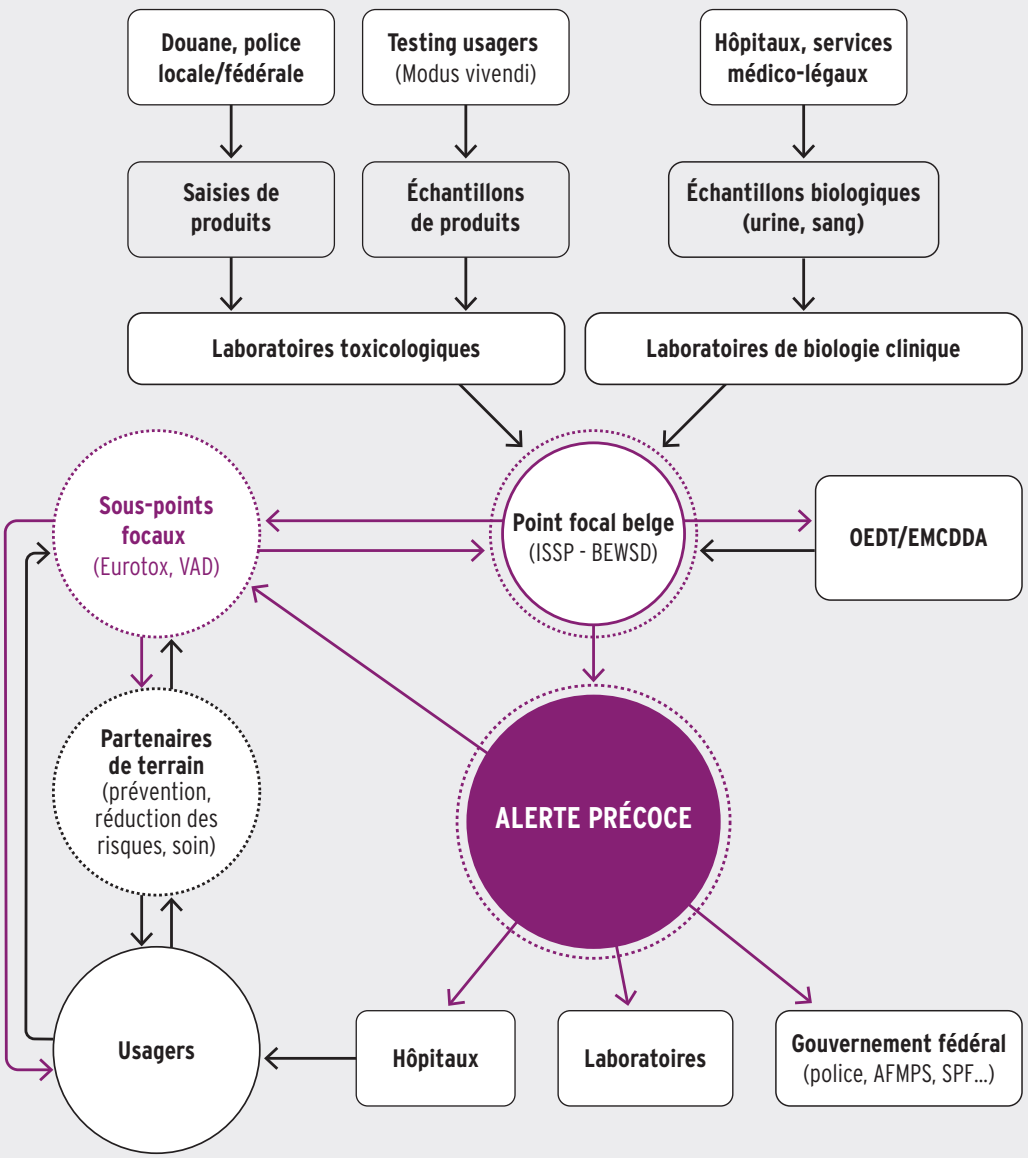
Les informations diffusées à travers l'EWS belge sont de deux types :

- les messages d'information : ils sont destinés uniquement aux intervenants de terrain, et peuvent informer, par exemple, de la circulation en Belgique d'un nouveau produit sans dangerosité apparente.
- les messages d'alerte précoce : ils sont diffusés de manière pyramidale afin d'informer rapidement les intervenants de terrain et les usagers de drogues des risques liés à la consommation d'un produit relativement bien identifié. Ces messages d'alerte sont initialement lancés par le BEWSD, qui les communique aux point focaux régionaux (VAD et Eurotox) ainsi qu'aux hôpitaux, laboratoires et autres structures gouvernementales (police, SPF santé, etc.). Eurotox et le VAD se chargent ensuite de les relayer (après adaptation de la forme et du contenu) vers des intervenants de terrain et les usagers via différents canaux : mailing liste d'intervenants en prévention, réduction des risques et soins, sites Internet d'Eurotox, de Modus Vivendi et d'Infor-Drogues, partenaires du label Quality Nights ou d'autres interventions en milieu festif, blogs ou forums Internet destinés aux usagers, réseaux sociaux, etc. Certaines alertes diffusées par Eurotox sont également relayées en France via les associations ASUD (Auto-support des usagers de drogues) et Techno+.

234 En 2014, 147 demandes d'analyse de produits ont été adressées au lieu d'accueil Modus Fiesta, parmi lesquelles 4 échantillons ont donné lieu au lancement de 3 alertes précoces (Modus Vivendi, 2015).

Eurotox adapte systématiquement les alertes lancées par le BEWSD afin de les présenter sous un format A4 imprimable qui contient toutes les informations disponibles permettant d'identifier le produit (description, photo, signes distinctifs éventuels), et décrivant les effets et risques associés. Un parcours de la littérature scientifique et des sites ou forums spécialisés est également réalisé par nos soins lorsque nous avons affaire à des substances peu connues. Les alertes sont en outre complétées par une série de conseils de réduction des risques ainsi que par des renseignements utiles (numéro de téléphone des urgences, etc.). De manière générale, Eurotox et le VAD se réservent aussi le droit de ne pas diffuser auprès des usagers certaines alertes lancées par le BEWSD, par exemple lorsque la dangerosité du produit n'est pas avérée. Dans ce cas, nous informons toutefois les intervenants de terrain à travers un simple message d'information.

Figure 19 : Flux d'information au sein du système d'alerte précoce belge



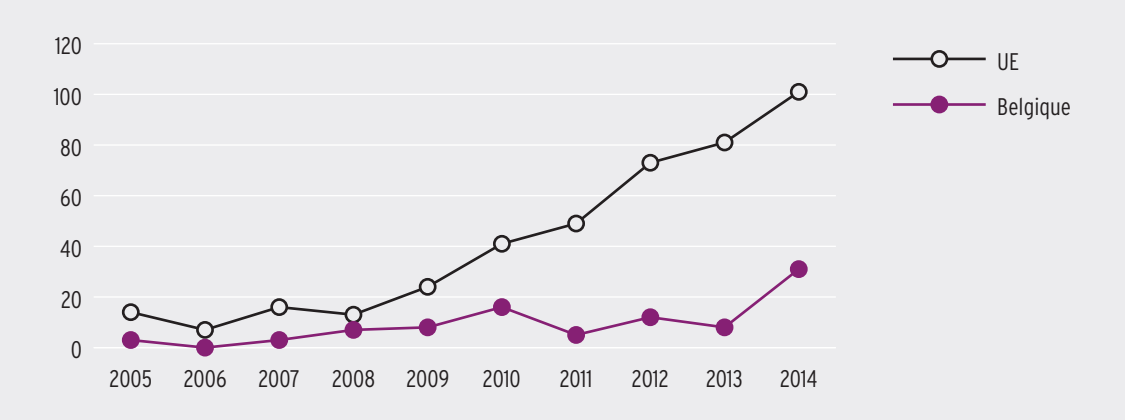
4.3 LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE EN QUELQUES CHIFFRES

Pour rappel, l'EWS a deux fonctions principales : détecter l'apparition de NDS (et en évaluer la dangerosité) et informer les intervenants de terrain et les usagers de drogues lorsque la santé de ces derniers est menacée pour une raison précise (échantillon hautement dosé, nouveau produit toxique, etc.). Nous allons donc aborder successivement les statistiques relatives à la détection de NDS ainsi qu'au lancement des alertes précoces.

4.3.1. LES NDS DÉTECTÉES EN BELGIQUE ET EN EUROPE DE 2005 À 2014

Le nombre de NDS recensées sur le territoire européen était relativement peu élevé et constant au début des années 2000, mais il n'a cessé de croître ces dernières années, passant de 13 NDS en 2008 à 101 en 2014, comme on peut le voir sur la figure 20. L'EWS belge a quant à lui recensé un total de 42 NDS sur la période 2005-2011, contre 164 au niveau européen (Van der Linden, Antoine, Blanckaert, & van Bussel, 2012), et 31 nouvelles molécules ont été détectées en 2014 sur notre territoire (dont 12 cannabinoïdes de synthèse). De manière générale, la propagation des NDS est un phénomène mondial, quoique particulièrement observé en Europe, peut-être en raison de l'efficacité de l'EWS (UNODC, 2013). Cette augmentation est en outre attribuable au développement du marché des «euphorisants légaux» (*legal highs*), ces substances généralement de nature synthétique qui sont créées ou proposées spécifiquement par des entrepreneurs peu scrupuleux afin de contourner la loi sur les stupéfiants[235], pour ensuite être vendues via Internet.

Figure 20 : Nombre de NDS détectées en Belgique et en Europe de 2005 à 2014



Sources : BEWSD database/EMCDDA

En ce qui concerne le nombre de saisies de NDS notifiées à l'EWS européen en 2013 (voir EMCDDA, 2015a), on retrouve près d'un tiers de cathinones de synthèse[236] (31 %) et de cannabinoïdes de synthèse (30 %). Les phénéthylamines[237] représentent 8 % des saisies. En revanche, les opiacés de synthèse sont

235 En effet, dans la plupart des pays, les lois qui régissent l'interdiction d'achat, de détention/usage et de trafic (fabrication, transport et vente/offre) de substances soporifiques ou stupéfiantes s'appliquent à une liste de produits spécifiques, liste principalement dictée par des conventions internationales. Toute molécule qui ne figure pas sur cette liste échappe donc *de facto* au système législatif en vigueur, puisqu'elle n'est pas explicitement prohibée. En outre, les NDS sont systématiquement vendues comme «non-destinées à la consommation humaine» afin de contourner également la loi sur les substances réglementées telles que les médicaments ou les compléments alimentaires. À noter que la loi belge sur les drogues a été modifiée en février 2014 afin de tenter de contrer ce phénomène : les substances psychoactives pourront en effet désormais être interdites de manière globale et anticipative sur base de classifications moléculaires génériques. Cette approche législative est toutefois jugée peu efficace par certains spécialistes (van Amsterdam, Nutt, & van den Brink, 2013).

236 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables aux amphétamines.

237 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables à la MDMA, aux amphétamines, voire à certains hallucinogènes, selon la structure de la molécule.

peu courants (0,3 %). Bien entendu, en Belgique comme partout en Europe, la représentativité de ces familles (en termes de saisies mais aussi d'émergence de nouveaux produits) fluctue dans le temps. Ces variations s'expliquant essentiellement par la popularité/succès des NDS auprès des usagers à un moment donné et par l'efficacité du dispositif réglementaire pour les sanctionner (la réactivité du système répressif favorisant l'apparition de molécules dérivées).

Enfin, en 2014, au départ des informations récoltées par l'EWS, une procédure d'évaluation des risques a été initiée à la demande du Conseil de l'UE pour 6 NDS : 25I-NBOMe, AH-7921, méthoxetamine, MDPV, 4,4Đ-DMAR and MT-45. Mais actuellement, seules les deux dernières molécules sont interdites à l'échelle de l'UE, et ce depuis le 20 octobre 2015. Les États membres disposent d'un an pour transposer cette mesure sur le plan de leur droit national. Le décours temporel entre la détection d'une substance, l'évaluation de sa dangerosité, et son éventuelle interdiction peut donc paraître particulièrement long. Comme nous l'avions détaillé dans notre rapport 2013-2014 (pages 35-38 ; voir aussi le livret thématique sur les NDS), le parlement européen a proposé en septembre 2013 une directive et un règlement de manière à accélérer (voire rendre immédiate dans certains cas) l'interdiction de la commercialisation des nouvelles substances qui présentent un risque important pour la santé. À ce jour, ils n'ont pas encore été ratifiés.

4.3.2. LES SERVICES DE TESTING DE PRODUITS À DESTINATION DES USAGERS

Les services de testing de produits psychotropes à destination des usagers sont des dispositifs de réduction des risques permettant aux usagers de connaître la nature du produit qu'ils envisagent de consommer tout en restant anonymes, et plus globalement d'informer, responsabiliser et éventuellement aider les usagers dans une démarche de promotion de la santé. Ce dispositif est aussi une opportunité d'entrer en relation avec un public qui n'est pas forcément en contact avec les structures d'information et d'aide, afin de l'informer au mieux sur les risques liés à la consommation de drogues, dans un climat de confiance et de non-jugement. Enfin, ce dispositif dépasse la simple réduction des risques individuelle puisqu'il permet aussi d'alimenter l'EWS et donc d'informer plus généralement la communauté des usagers de drogues en cas de circulation d'un produit particulièrement dangereux pour la santé.

Au niveau européen, ce type d'initiative existe depuis plus de 20 ans et s'est développé de manière à réduire les risques liés à la consommation de pilules d'ecstasy en milieu festif (en particulier dans les «scènes» techno et rave), dans le contexte de l'essor de nouveaux produits de synthèse sur le marché des drogues. Le premier dispositif à s'être développé est le réseau DIMS (Drug Information and Monitoring System), instauré aux Pays-Bas en 1992 et qui se compose de plus d'une vingtaine de sites de testing répartis sur l'ensemble du pays, où les usagers peuvent se rendre afin de connaitre la composition de leurs pilules (pour une présentation détaillée du dispositif, voir Brunt & Niesink, 2011). Actuellement, des dispositifs de ce type existent dans plusieurs pays européens : Pays-Bas (DIMS), Espagne (Energy Control), Autriche (Check It), Suisse (Nuit Blanche et Safeparty), Pays de Galles (WEDINOS), Belgique (Modus Fiesta), etc.

En Belgique, les premières actions de testing ont été mises en place au festival de Dour en 1996 par l'asbl Modus Vivendi. Ce projet, financé par la Communauté française, s'est initialement développé en l'absence d'autorisation officielle de la part du gouvernement fédéral. Et suite à une médiatisation importante en 2002, le ministre de la justice de l'époque s'est exprimé dans la presse en le déclarant comme illégal et incitateur à la consommation. Il a annoncé également qu'il en officialiserait l'interdiction auprès des parquets. Même si cela n'a pas été le cas, le projet n'a pu être reconduit que sporadiquement jusqu'en 2005 en raison de la frilosité des organisateurs d'événements festifs, de la difficulté à obtenir une autorisation des parquets, et de l'absence de soutien voire de l'opposition de certains ministres concernés. En effet, même si le testing de produits psychotropes n'est pas réglementé en Belgique et n'est donc pas en soi illégal, il tombe sous le coup de la loi de 1921 (modifiée en février 2014) et de l'arrêté royal du 22 janvier 1998 qui interdit l'importation, l'exportation, la fabrication, la détention, la vente, l'offre, la délivrance et l'acquisition d'une série de produits psychotropes considérés dès lors comme illégaux, sauf en cas d'autorisation préalable par le ministre de la Santé publique. Par conséquent, et dans la mesure où le testing implique la détention temporaire et éventuellement le transport de produits illégaux, une autorisation doit être délivrée par le ministre en charge. Actuellement, Modus Vivendi bénéficie d'une

autorisation jusqu'en 2020, délivrée récemment par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, alors que précédemment cette autorisation était temporaire et devait être renouvelée annuellement. Par ailleurs, lors d'activité de testing *in situ* (par exemple dans un festival), l'asbl doit également négocier des autorisations avec les organisateurs de l'événement ainsi qu'avec les autorités locales.

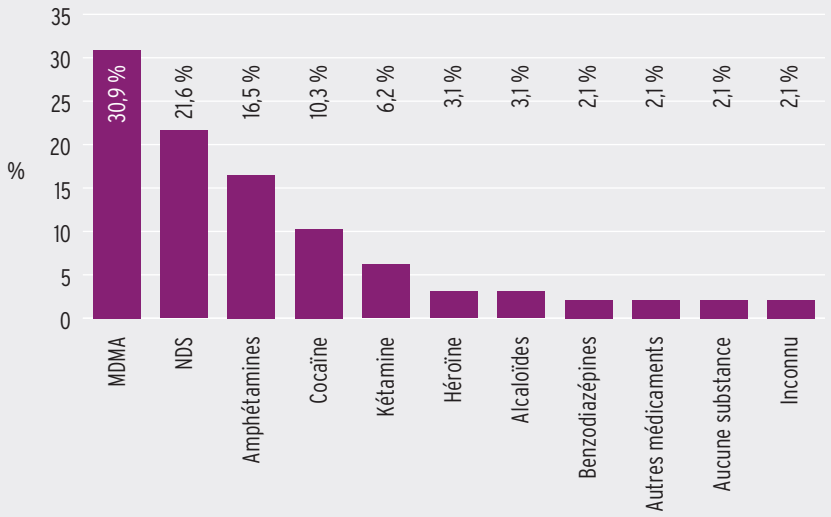
Actuellement, l'asbl Modus Vivendi est la seule association à fournir un service de testing à destination des usagers de drogues en Belgique. Ce service est proposé dans un lieu fixe à Bruxelles (dans les locaux de Modus Fiesta), lors d'une permanence hebdomadaire, mais il est également proposé de manière plus occasionnelle en milieu festif, généralement lors de festivals de musique. Concrètement, les usagers qui souhaitent faire tester leur produit peuvent s'adresser à ce service de manière anonyme. Un entretien préalable est mené afin de caractériser au mieux la demande et de fournir toutes les informations utiles relatives à l'échantillon (lieu d'achat, composition supposée, effets ressentis en cas de consommation, etc.). L'échantillon sera ensuite directement soumis à un premier test présomptif colorimétrique (test de Marquis)[238] réalisé par un chimiste de l'équipe. Ce test pourra aussi être complété ou remplacé par un test de chromatographie sur couche mince (CCM) qui est plus précis[239]. Enfin, si les informations obtenues à partir de ces deux premiers tests sont insuffisantes, que les tests ne peuvent être pratiqués, et que l'usager n'est pas pressé d'obtenir un résultat, l'échantillon pourra être envoyé au laboratoire du WIV-ISP (partenaire du service de testing de Modus Vivendi), où il sera analysé à l'aide de la chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (GC-MS) endéans un délai de minimum une semaine. Cette technique est beaucoup plus précise que les deux autres tests et la base de données de produits sur laquelle elle s'appuie est beaucoup plus étendue et continuellement mise à jour. En outre, cette technique permet de déterminer la concentration en principe(s) actif(s) des échantillons testés, ce qui en fait un outil particulièrement utile dans le cadre de l'EWS. Néanmoins, dans les faits, tous les échantillons testés ne sont pas systématiquement dosés, soit parce que l'échantillon a été fourni en quantité insuffisante, soit parce que cette opération supplémentaire ne peut se faire sans un échantillon standard de comparaison, c'est-à-dire une petite quantité de la molécule à doser, dont on connait précisément la concentration. Or ces échantillons standards ne peuvent être achetés qu'auprès des firmes pharmaceutiques, et sont particulièrement onéreux. Actuellement, le laboratoire du WIV-ISP ne bénéficie pas d'un financement suffisant dans le cadre de l'EWS, et privilégie donc l'achat des standards des drogues les plus courantes ou problématiques sur le plan sanitaire (MDMA, cocaïne, héroïne, amphétamine, PMMA, etc.).

En 2014, 147 échantillons ont été soumis au service de testing de Modus Fiesta : 73 (49,7 %) ont fait l'objet d'un test de Marquis, 89 (60,5 %) d'un test par CCM et 97 (61,7 %) ont été analysés par le laboratoire du WIV-ISP à l'aide de la GC-MS (Modus Vivendi, 2015). Comme on peut le voir sur la figure 21, près d'un tiers des échantillons analysés par GC-MS en 2014 était composé de MDMA (30,9 %), et un peu plus d'un cinquième de NDS. Et au total, 13 échantillons (13,4 %) ne contenaient pas la substance supposée, parmi lesquels 8 étaient composés d'une NDS.

238 Tous les échantillons ne sont pas soumis au test colorimétrique car seulement un nombre limité de produits peut être détecté par ce biais. En outre, des méthodes d'analyse plus précises sont systématiquement privilégiées si le produit analysé est fourni en quantité insuffisante.

239 Ce test n'est pas toujours proposé parce que le produit est fourni en quantité insuffisante (le test en laboratoire est alors privilégié), parce que certains produits peu courants ou spécifiques ne sont pas détectables à partir de la base de données de ce test, ou encore parce que tous les produits ne sont pas forcément solubles dans les réactifs utilisés pour réaliser ce test.

Figure 21 : Composition des produits analysés par GC-MS en 2014 dans le cadre du service de testing



Sources : Modus Vivendi

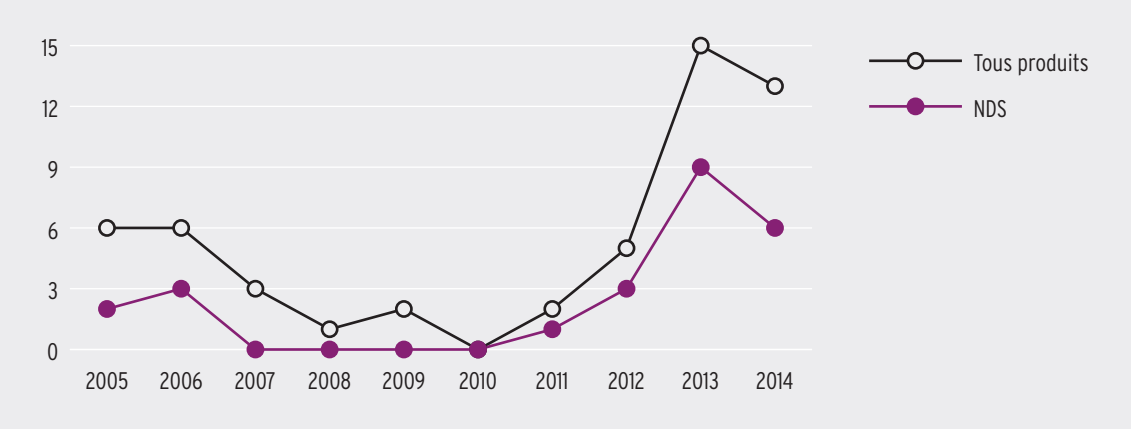
Les activités de réduction des risques menées par l'asbl Modus Vivendi ont récemment fait l'objet d'une évaluation externe. Cette recherche qualitative a notamment permis d'identifier les bénéficiaires du service de testing et de sonder leurs motivations et leur perception du dispositif (pour une synthèse, voir Favresse, 2012). Il ressort de cette étude que les usagers ayant fait appel au service de testing ont une certaine expérience en matière d'usage de drogues. Le premier contact avec le service de testing était généralement précédé de craintes liées d'une part, au produit lui-même (apprendre la mauvaise qualité de l'ecstasy, perte d'une quantité importante de la pilule, etc.), et d'autre part, en lien avec d'éventuelles répercussions socio-judiciaires. Même s'ils étaient initialement motivés par la curiosité, les usagers perçoivent ensuite ce dispositif comme un outil de réduction des risques, qui leur a fait prendre conscience de la variété des risques inhérents à la consommation de produits dont on ne connait pas la composition. Néanmoins, les usagers regrettent parfois que les informations les plus utiles (composition exacte et dosage) ne puissent être fournies immédiatement ou systématiquement. Plus généralement, cette évaluation fait ressortir que les usagers estiment que le testing devrait idéalement combiner quatre qualités : rapidité (voire immédiateté), précision (afin que l'information soit fiable et suffisamment précise pour pouvoir être exploitée), exhaustivité (identification des composants psychoactifs et non-psychoactifs) et régularité (institutionnalisation et financement par les pouvoirs publics). Cette évaluation confirme donc globalement l'intérêt de ce dispositif d'un point de vue réduction des risques.

Finalement, il convient de remarquer que le service de testing de produits psychotropes à destination des usagers est en mesure de fournir des informations plus précises sur la composition et la pureté des produits effectivement consommés que les produits analysés dans le cadre de saisies. En effet, la prohibition des drogues a pour conséquence que les comportements de fabrication, d'importation/exportation, de vente, d'acquisition et d'usage se font généralement de manière la plus discrète possible afin de limiter les risques d'interpellation judiciaire. Par conséquent, les produits saisis par la justice ne sont que la partie visible du phénomène, qui n'est pas forcément représentative de ce que les usagers consomment effectivement. Et ce d'autant plus que, pour des raisons évidentes de limitation des coûts, tous les produits saisis ne sont pas systématiquement analysés afin d'en déterminer la composition exacte. En effet, concrètement, une demande d'analyse toxicologique est introduite par la police lorsque celle-ci a un doute sur la nature du produit saisi (le produit devant être identifié afin de pouvoir engager des poursuites), par exemple parce que son aspect ne correspond pas aux déclarations du contrevenant, ou parce que celui-ci nie qu'il s'agit de substances prohibées. Dès lors, outre son intérêt en termes de réduction des risques pour l'usager, le service de testing est particulièrement utile à la collectivité sur le plan de la santé publique car il alimente aussi l'EWS et permet d'identifier des produits dangereux qui sont en circulation. En 2014, 4 alertes précoces portaient en tout ou en partie sur des produits (n=7) analysés dans le cadre de ce service.

4.3.3. LES ALERTES PRÉCOCES DIFFUSÉES PAR EUROTOX DE 2001 À 2014

La figure 22 illustre clairement que le nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox a considérablement augmenté en 2013 ainsi qu'en 2014, en grande partie en raison d'une augmentation des alertes portant sur des NDS : en effet, 9 alertes sur 15 en 2013 et 6 alertes sur 13 en 2014 portaient sur une ou plusieurs NDS. Les 13 alertes lancées en 2014 portaient sur plus de 30 échantillons problématiques identifiés.

Figure 22 : Nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox de 2005 à 2014



Comme on peut le voir dans le tableau 43, les alertes[240] diffusées en 2014 sont assez variées, bien que 4 d'entre elles concernaient des pilules d'ecstasy fortement dosées en MDMA. En ce qui concerne les NDS, nous avons diffusé une alerte concernant une pilule d'ecstasy contenant de la PMMA (contre 5 en 2013), une substance stimulante qui entre parfois dans la composition de l'ecstasy mais qui n'a pas d'effets empathogènes. Lorsqu'elle est consommée à haute dose ou en association avec d'autres substances à effet sérotoninergique (MDMA, antidépresseurs, etc.), elle peut provoquer un syndrome sérotoninergique et/ou une hyperthermie sévère potentiellement mortels.

Nous avons également lancé une alerte en raison de l'identification de buvards contenant des NDS aux effets semblables au LSD (25I-NBOMe et dérivés) mais nettement plus dangereuses en raison du faible écart qui sépare la dose récréative de la dose létale. Une alerte portait sur une intoxication induite par la consommation d'AB-CHMINACA, un cannabinoïde de synthèse particulièrement puissant, et une autre sur un opioïde de synthèse vendu sur Internet comme *research chemicals* (le MT-45) et qui contenait également une substance psychostimulante. Cette dernière alerte a été lancée parce que la prise conjointe d'un stimulant et d'un dépresseur risque de provoquer deux effets opposés (la stimulation d'une part, et la dépression d'autre part) susceptibles de se masquer. L'usager aura alors l'impression de ne pas sentir les effets attendus et pourrait avoir tendance à re-consommer rapidement, augmentant ainsi le risque de surdose. Cette alerte confirme en outre que les produits vendus sur les sites de vente de *legal highs* ou de *research chemicals* ne sont pas forcément fiables. Enfin, nous avons également relayé une alerte lancée par l'OEDT en raison d'un nombre important de décès survenus en Irlande du Nord et en Hongrie suite à la consommation de 4,4 DMAR (Serotoni), un psychostimulant dérivé d'une substance autrefois commercialisé comme coupe-faim mais retirée du commerce en raison de sa dangerosité (hypertension pulmonaire et effet sérotoninergique marqué). Cette NDS, qui a récemment fait l'objet d'une procédure d'évaluation des risques, est interdite à l'échelle de l'UE depuis le 20 octobre 2015, au même titre que le MT-45. En raison de la multiplication des alertes concernant les NDS, nous avons pris l'option en octobre 2014 de lancer une alerte générale afin de diffuser une information globale et des conseils de réduction des risques génériques par rapport à ce phénomène. Enfin, en 2014, nous avons également lancé une alerte en raison de la circulation d'échantillons de méthadone vendus à Bruxelles comme de la MDMA et de la

240 À noter qu'une même alerte peut parfois porter sur plusieurs échantillons d'un même produit (par exemple, différentes pilules d'ecstasy) ou sur des produits différents. Par exemple, l'alerte du 23 septembre 2014 portait sur 11 pilules d'ecstasy fortement dosées en MDMA. Au total, les alertes diffusées en 2014 portaient sur une trentaine d'échantillons différents (une alerte diffusée au niveau européen portait sur un produit impliqué à travers plusieurs échantillons non dénombrés).

kétamine (ce qui a provoqué trois intoxications, dont un décès), de la circulation à Amsterdam d'héroïne blanche vendue comme de la cocaïne (ce qui a provoqué 3 décès et de nombreuses intoxications), et de la circulation en Belgique de speed fortement concentré en amphétamine.

Finalement, en ce qui concerne la source d'information à l'origine des alertes précoces diffusées en 2014, cinq alertes avaient (en tout ou en partie) comme origine une intoxication ou un décès suspect survenu sur le territoire belge, cinq alertes ont été lancées au départ d'analyses toxicologiques effectuées suite à des saisies policières ou douanières, trois alertes ont été lancées au départ d'une information/alerte en provenance d'un pays voisin, et quatre autres ont été lancées sur base de produits analysés dans le cadre du testing proposé par l'asbl Modus Vivendi à destination des usagers de drogues.

Tableau 43 : Les messages d'alertes précoces et d'information diffusés par Eurotox en 2014

Date	Titre	Type
09/01/2014	MDPV : circulation en Belgique de 3,4-méthylènedioxypyrovalérone, sous la forme d'une poudre de couleur beige	Info
15/01/2014	MDMA : Identification en Belgique de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA	Alerte
11/02/2014	4,4 DMAR/Serotoni : 26 décès en Irlande du Nord et en Hongrie suite à la consommation de cette drogue de synthèse	Alerte
24/02/2014	NEB : consommation de N-ethyl-buphedrone par injection dans la région de Tirlemont	Info
04/03/2014	Amphétamine : identification de speed fortement concentré en amphétamine (96 %)	Alerte
04/03/2014	MT-45 : identification d'un échantillon de MT-45 contenant de la méthylone	Alerte
16/05/2014	MDMA : Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA (implication dans 1 décès)	Alerte
09/07/2014	Intoxication induite par la consommation d'AB-CHMINACA	Alerte
15/07/2014	Méthadone : Des gélules de méthadone vendues comme de de la MDMA ou de la Kétamine ont provoqué trois cas d'overdose dans des lieux festifs «underground» à Bruxelles, dont un décès.	Alerte
24/07/2014	MDMA : Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA	Alerte
23/09/2014	MDMA : Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA	Alerte
15/10/2014	Circulation de buvards fortement dosés en 25I-NBOMe et dérivés	Alerte
29/10/2014	Attention aux nouvelles drogues de synthèse!	Alerte
28/11/2014	Cocaïne : Trois décès et de nombreuses intoxications provoqués par une poudre vendue comme de la cocaïne dans les rues d'Amsterdam	Alerte
22/12/2014	Identification aux Pays-Bas d'un comprimé d'ecstasy contenant une forte dose de PMMA	Alerte

4.4 EXEMPLES D'ALERTES PRÉCOCES DIFFUSÉES PAR EUROTOX EN 2014

Alerte du 15 octobre 2014 :
Circulation de buvards fortement dosés en 25I-NBOMe et dérivés

Dans le cadre du système d'Alerte Précoce (Early Warning System – EWS), l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP) vient de nous informer de la circulation de nouveaux buvards contenant du 25I-NBOMe et un de ses dérivés (25C-NBOMe), saisis par la police en région liégeoise. Les analyses effectuées par le laboratoire toxicologique du CHU de Liège ont montré que les buvards «**Super Mario Bros**» contiennent au total 1500 µg de ces deux molécules, alors que les buvards au motif «Bike ride Hofmann» en contiennent environ 900 µg. Selon les usagers, le dosage psychoactif recommandé pour cette classe de molécules varie de 0,5 à 1mg (500 à 1000 µg), ce qui fait des buvards «Super Mario Bros» des échantillons **fortement dosés**.

Le 25I-NBOMe et ses dérivés sont des phénéthylamines hallucinogènes apparues récemment de manière à contourner la législation sur les drogues. Bien que les effets psychoactifs (et indésirables) provoqués par ces molécules soient assez similaires à ceux du LSD, leur **toxicité** est beaucoup plus **importante** en raison du faible écart qui sépare la dose récréative de la dose toxique voire létale.

Pour rappel, une alerte précoce avait déjà été lancée en août 2013 suite au recensement de plusieurs intoxications graves sur le territoire belge (avec perte de conscience et insuffisance respiratoire nécessitant une intubation) faisant suite à la consommation de buvards de ce type (voir aussi l'alerte lancée en octobre 2013). **Plusieurs décès** ont également été répertoriés dans le monde. À noter que contrairement aux alertes précédentes, il n'y avait pas ici de «25-i» imprimé derrière les buvards (information qui permettait dans ces cas de présumer la composition des buvards sur base d'un indice visuel).

Buvards «Super Mario Bros»

Buvards «Bike ride Hofmann»

CONSEILS DE RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES CONSOMMATEURS

Il est difficile de distinguer de manière fiable un buvard contenant du LSD de ceux contenant du 25I-NBOMe ou un de ses dérivés. Dès lors, il est actuellement préférable de s'abstenir de consommer tout buvard de ce type. Néanmoins, quelques conseils de réduction des risques peuvent être facilement appliqués :

- Si vous décidez de consommer un buvard de composition inconnue, veillez toujours à n'en consommer que par **petites quantités** (un demi voir un quart de buvard à la fois), afin d'en apprécier le goût et d'en juger les effets. Car si le LSD n'a pas de saveur, le 25I-NBOMe a quant à lui un **goût amer et métallique** assez prononcé! Si l'échantillon que vous venez de consommer à une telle saveur, nous vous conseillons de vous en méfier.
- Le LSD se consomme généralement par voie orale (le buvard peut être simplement avalé), alors que le 25I-NBOMe est inactif par cette voie, car il est détruit lors de la digestion : il doit donc être consommé par **voie sublinguale** (sous la langue) pour être actif (ou par voie nasale, s'il se présente sous forme de poudre). Si vous avez avalé un buvard et que celui-ci ne provoque pas les effets attendus, ou si on vous a vendu ou remis un buvard avec comme consigne de le laisser fondre sous la langue, vous êtes potentiellement en face d'un buvard contenant du 25I-NBOMe ou un de ses dérivés, et nous vous conseillons de ne pas/plus en consommer.
- Si le buvard que vous avez l'intention de consommer possède l'**inscription «25-x»** (25-i, 25-c...) sur son verso ou ailleurs, il s'agit très certainement d'un buvard contenant du 25I-NBOMe ou un de ses dérivés. Toutefois, si aucune inscription n'est visible, il est difficile de se prononcer...
- Les effets du 25I-NBOMe et de ses dérivés durent de **nombreuses heures** (6-10h), tout comme ceux du LSD. Evitez particulièrement d'en consommer si vous devez assumer certaines responsabilités durant cette période (conduire un véhicule, etc.).
- **Veillez à ne jamais consommer seul !** Entourez-vous de gens qui pourront vous aider en cas de problème.

QUE FAIRE EN CAS D'URGENCE?

- appelez d'urgence les secours : **formez le 100** (numéro d'appel d'urgence en Belgique) ou le 112 (numéro d'appel d'urgence en Europe).
- Décrivez exactement ce que la personne a consommé. Soyez rassuré, les équipes médicales travaillent dans la confidentialité et le respect du secret professionnel.
- Décrivez l'état de la personne comme suit : est-elle consciente ou inconsciente? Respire-t-elle ou non? Son cœur bat-il ou non?

POUR TOUTES QUESTIONS, APPELEZ :

- **Infor-Drogues** au **02/227.52.52** ou via l'e-permanence **www.infordrogues.be** (toujours anonymement)
- ou **Eurotox** par e-mail **info@eurotox.org**

Alerte du 29 octobre 2014 :
Attention aux nouvelles drogues de synthèse !

Depuis plusieurs années, on constate via le système d'alerte précoce une importante augmentation du nombre de nouvelles drogues de synthèse (NDS) circulant sur le marché des drogues en Europe. En Belgique, une dizaine de NDS sont identifiées chaque année sur notre territoire via ce système.

Ces produits, que l'on appelle aussi nouvelles substances psychoactives, *legal highs* ou encore *research chemicals*, sont apparus récemment via Internet de manière à contourner la législation sur les drogues.

Comment circulent-elles ?
Des NDS sont continuellement disponibles sur des sites de vente sur Internet. Elles se retrouvent aussi parfois sur le marché noir comme ersatz de drogues classiques, sans que les usagers en soient informés.

Sous quelle forme ?
Elles peuvent se présenter sous forme de **poudre, cristaux, pilules ou encore d'extraits végétaux**, systématiquement vendus en ligne comme produits «non destinés à la consommation humaine» de manière à contourner aussi la loi sur les substances médicamenteuses. Ces produits sont alors proposés sous l'appellation «sels de bain», «engrais végétaux», «encens», «pot pourris» ou encore «*research chemicals*» (c'est-à-dire molécules destinées à la recherche scientifique), avec un marketing parfois très attractif.

QUELS RISQUES EN CAS DE CONSOMMATION ?

Toutes les NDS ne sont pas forcément dangereuses sur le plan sanitaire. La consommation, même occasionnelle, de certaines d'entre elles peut toutefois engendrer un **risque d'intoxication grave** voire de décès pour plusieurs raisons :

- Leur profil pharmacologique et toxicologique est souvent inconnu (quelle est la dose active? la dose toxique? les effets? leur durée? les interactions avec d'autres produits? les contre-indications ?...). De plus, ces produits sont vendus en ligne sans notice d'utilisation, vu qu'ils ne sont *soi-disant* pas destinés à la consommation humaine.
- Les NDS sont synthétisées puis éventuellement reconditionnées en dehors de tout contrôle sanitaire. Il existe donc un risque important et avéré d'étiquetage erroné, de dosage variable et approximatif, de mélange de molécules ou encore de contamination bactérienne. Ce risque est plus important lorsque les NDS sont reconditionnées avant d'être revendues (comme c'est le cas par exemple avec les produits de type «Spice»).
- Ces substances font courir des risques supplémentaires au consommateur lorsqu'elles sont vendues sur le marché noir à la place de drogues classiques sans que l'usager en soit informé. Dans ce cas, le danger est particulièrement important lorsque les effets et le dosage ne correspondent pas à ceux de la drogue attendue. En 2013, plusieurs alertes précoces ont par exemple été lancées en Belgique et ailleurs en raison de la circulation de PMMA sous la forme de pilules d'ecstasy.

CONSEILS DE RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES CONSOMMATEURS

Consommer des NDS comporte donc des risques. Voici quelques conseils qui vous permettront de les réduire autant que possible :

1. Si vous achetez un produit psychoactif en rue ou en discothèque, informez-vous auprès d'autres usagers sur les effets du produit et sur la fiabilité du revendeur, car des NDS circulent parfois sur le **marché noir** en remplacement de drogues classiques (e.g. MDMA en pilule, amphétamine en poudre). En cas de doute et par prudence, mieux vaut commencer par une **quantité largement inférieure** à la dose habituelle.
2. Si vous achetez une NDS ou une «research chemical» sur Internet, ne prenez pas pour argent comptant ce qui est mentionné sur le site de vente. Renseignez-vous sur la **fiabilité du site** notamment via le module safeorscam.com.
3. Si vous avez acheté une nouvelle drogue de synthèse, pensez à la faire tester. Non seulement en raison du risque d'erreur d'étiquetage, mais aussi en raison du risque de mélange de molécules. Pour plus d'informations, adressez-vous au **service de testing** de l'asbl Modus Vivendi, situé au lieu d'accueil Modus Fiesta à Bruxelles (permanence testing tous les vendredis de 18h30 à 21h30. Pour plus d'informations : www.modusvivendi-be.org). Des tests rapides à usage unique peuvent aussi être achetés dans le commerce (en ligne) afin d'être utilisés par vos soins.
4. Informez-vous au préalable sur les effets de la substance que vous comptez consommer via les **forums spécialisés** tels que Psychonaut.com, Notforhuman.fr, ou encore Erowid.org.
5. Effectuez votre dosage en utilisant une **balance de précision** (en milligrammes) et si possible la méthode de **dilution volumétrique**. Ces substances ne se dosent pas de manière approximative et certaines d'entre elles peuvent être mortelles à partir de quelques milligrammes !
6. Avant de consommer une dose psychoactive, nous vous conseillons de faire un **test allergique** en consommant une dose au moins 10 fois plus petite. Vous pourrez ainsi vous assurer que votre corps n'est pas allergique à cette substance.
7. Ne consommez pas une NDS avec une autre substance, y compris l'alcool. **Evitez** donc **tout mélange**.
8. **Éviter de sniffer** les NDS car elles sont souvent néfastes pour la muqueuse nasale et parce que les effets surviennent de manière très brusque. Mieux vaut les consommer par voie orale en «parachute».
9. Réservez la consommation de ces substances aux occasions spéciales car les **effets** de la prise répétée de NDS à moyen et **long terme** sont généralement inconnus.
10. Veillez à **ne jamais consommer seul**. Entourez-vous de gens qui pourront vous aider en cas de problème.

QUE FAIRE EN CAS D'URGENCE ?

- Appelez d'urgence les secours : **formez le n°100** (numéro d'appel d'urgence en Belgique) ou le 112 (numéro d'appel d'urgence en Europe).
- Décrivez exactement ce que la personne a consommé : soyez rassuré, les équipes médicales travaillent dans la confidentialité et le respect du secret professionnel.
- Décrivez l'état de la personne comme suit : est-elle consciente ou inconsciente? Respire-t-elle ou non? Son cœur bat-il ou non?

POUR TOUTES QUESTIONS, APPELEZ :

- **Infor-Drogues** au **02/227.52.52** ou via l'e-permanence **www.infordrogues.be** (toujours anonymement)
- ou **Eurotox** par e-mail **info@eurotox.org**

BIBLIOGRAPHIE

Alexandre, S. (2015). *Salles de consommation à moindre risque et diacétylmorphine : une histoire de symptômes.* Bruxelles : Fédito Bruxelles asbl.

Anceaux P. et Thiebaut P. (2015). Que vive la promotion de la santé à Bruxelles. *Bruxelles Santé*, n°77.

Anthony J.C., & Petronis, K.R. (1995). Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 9-15.

Attanasio, C. (2015). Brazilian Supreme Court Seriously Considering Decriminalizing Weed, All Illegal Drugs. *Latin Times*, 11 septembre. Url : http://www.latintimes.com/brazilian-supreme-court-seriously-considering-decriminalizing-weed-all-illegal-drugs-339385

Arcos, E. (2015). Mexico court ruling hints at marijuana policy change. *Global Risk Insights*, 14 novembre. Url : http://globalriskinsights.com/2015/11/mexico-court-ruling-hints-at-marijuana-policy-change/

Batallan, A., Faucher, P., Poncelet, C., Demaria, F., Benifla, J. L., & Madelenat, P. (2003). La transmission materno-foetale du virus de l'hépatite C : actualités sur l'intérêt de la césarienne. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 31, 964-968.

Batel, P. (2000). Addiction and schizophrenia. *European Psychiatry*, 15, 115-122.

Baufay, F. (2012). *Salles de consommation à moindre risques (SCMR) : une tentative de réponse pragmatique à un phénomène multi-factoriel.* Bruxelles : Fédito Bruxelles asbl.

BDO, Perspective Consulting, Institut Destrée. (2014). Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-capitale (COCOF), Outil de programmation des services ambulatoires en Région Bruxelloise-Arrêté 2013/1326. Rapport final.

Bechara, A. (2005). Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs : a neurocognitive perspective. *Nature neuroscience*, 8, 1458-1463.

Bechara, A., Dolan, S., Denburg, N., Hindes, A., Anderson, S. W., & Nathan, P.E. (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*, 39, 376-389.

Becker, H. (1985). *Outsiders, Études de sociologie de la déviance*, Paris : Métailié (éd. originale 1963).

Bertrand, M. & Clinaz, S. (2015). *L'offre de services faite aux personnes détenues dans les établissements pénitentiaires de Wallonie et de Bruxelles. Analyse 2013-2014.* Bruxelles : Concertation des Associations Actives en Prison.

Blanckaert, P., van Amsterdam, J.G.C., Brunt, T.M., van den Berg, J.D.J., Van Durme, F., Maudens, K., & van Bussel, J.C.H. (2013). 4-Methyl-amphetamine : A health threat for recreational amphetamine users. *Journal of Psychopharmacology*, 27, 817-822.

Bolla, K. I., Eldreth, D. A., London, E. D., Kiehl, K. A, Mouratidis, M., et al., (2003). Orbitofrontal cortex dysfunction in abstinent cocaine abusers performing a decision-making task. *NeuroImage*, 19, 1085-1094.

Bollaerts, K. & Van Bussel, J. (2013). *Développement et validation d'un protocole d'étude sérologique et lié au comportement des infections par VHB, VHC et VIH chez les toxicomanes ayant consommé des drogues par injection dans un passé récent (DRID).* Bruxelles : Institut de Santé Publique.

Boucher, F., & Painchaud, L. (1997). La transmission verticale du virus de l'hépatite C : Les connaissances et les enjeux actuels. *Paediatrics and Child Health*, 2, 227-237.

Brunt, T.M., & Niesink, R.J.M. (2011). The Drug Information and Monitoring System (DIMS) in the Netherlands : Implementation, results, and international comparison. *Drug testing and analysis*, 3, 621-634.

Brussa, L. (2009). *Sex work in Europe. A mapping of the prostitution scene in 25 European countries.* TAMPEP International Foundation : Amsterdam.

Bureau du Conseil consultatif COCOF (octobre 2015). Avis sur le projet de décret en promotion de la santé.

Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Lahaie, E., Martinez, M., Dambélé, D., & Saïd, S. (2013). Marchés, substances, usagers : les tendances récentes (2011-2012). Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

Causin, C.-M. et al (2014). Quelle place ont les Maisons médicales dans le projet de réforme des soins de santé mentale. *Santé conjuguée*, 68, 3-14.

CBCS (novembre 2013). *Le CBCS impulse une Plateforme associative de suivi du transfert de compétences en Région de Bruxelles-Capitale*. Url : http://cbcs.be/Le-CBCS-impulse-une-Plateforme

CBCS (2015a). *Plan de Santé Bruxellois : la concertation démarre !,* mai. Url : http://cbcs.be/Plan-de-Sante-Bruxellois-la

CBCS (2015b). *Dernière valse avec Cécile Jodogne*, juillet. Url : http://cbcs.be/Derniere-valse-politique-avec

CCAJ (Conseil communautaire de l'aide à la jeunesse, FWB) (s.d.). Avis relatif aux interventions policières dans les écoles dans le cadre de la lutte contre les assuétudes, Avis n°105.

CESW (2015). Avis A. 1230. Sur l'avant-projet de décret relatif à l'Agence wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles.

CGPD (2013). *L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé publique : l'épidémie cachée d'hépatite C*. Genève : Commission Globale de Politique en matière de Drogues.

Conseil économique et social de la Région de Bruxelles-capitale (septembre 2015). Avant-projet d'ordonnance portant organisation et fonctionnement de l'Office bicommunautaire de la santé et de l'aide aux personnes. Avis. Url : http://www.ces.irisnet.be/avis/avis-du-conseil/par-date/2015/a-2015-060-ces

Conseil supérieur de promotion de la santé (2015). Notes préparatoires pour la remise d'avis concernant l'arrêté 2015/897 concernant l'avant-projet de décret relatif à la promotion de la santé (COCOF).

Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-capitale (juin 2013). Arrêté 2013/628 portant nomination des membres du Conseil consultatif bruxellois de l'Aide aux personnes et de la Santé. Url : http://cbcs.be/IMG/pdf/arrete_nomination_ccbf_2013-2018.pdf?94/1d592999426aeb65f770ba4dcf485f253fe32838

Coppel, A. & Doubre, O. (2012). *Drogues : sortir de l'impasse. Expérimenter des alternatives à la prohibition*. Paris : La Découverte.

Colman, C. & Vander Laenen, F. (2012). "Recovery came first" : Desistance versus recovery in the criminal careers of drug-using offenders, *The Scientific World Journal*, Article ID 657671, pp. 9.

Cornellis, M. (2015). A cran et accros. *Enmarche.be*, 19 juin. Url : http://enmarche.be/bien-etre/dependances/a-cran-et-accros.htm

Cornwell, S. (2008). Rice to Mexico for talks on drugs. *Reuters*. Url : http://www.reuters.com/article/worldNews/idUSTRE49K74220081021

CREPB (s.d.). Brochure Drogue-Police-École - Droits, questions et pistes.

Decorte, T., Stoffels, I., Leuridan, E., Van Damme, P., & Van Hal, G. (2011). Middelengebruik onder sekswerkers in België. *Een kwantitatieve en kwalitatieve studie in vijf sectoren van de seksindustrie*. Academia Press : Gent.

Decorte, T., De Grauwe, P., & Tytgat, J. (2013). *Cannabis : bis ? Plaidoyer pour une évaluation critique de la politique belge en matière de cannabis*. Université de Gand et Université de Louvain.

Decorte, T. (2014). Cannabis social clubs in Belgium : Organizational strengths and weaknesses, and threats to the model. *International Journal of Drug Policy*, 26, 122-130.

De Graaf, R., Vanwesenbeeck, I., van Zessen, G., Straver, C.J., & Visser, J.H. (1995). Alcohol and drug use in heterosexual and homosexual prostitution, and its relation to protection behaviour. *Aids Care*, 7, 35-47.

De Hert, M., Roos, K., Gillain, B., Detraux, J., Sweers, K., Van Werde, D., Peuskens, J., (2010). Dual diagnosis among schizophrenic patients in Belgian psychiatric services : prevalence and available treatment options. *Acta Psychiatrica Belgica*, 110, 43-50.

Des Jarlais, D. C., Perlis, T., Arasteh, K., Torian, L. V., Hagan, H., et al. (2005). Reductions in hepatitis C virus and HIV infections among injecting drug users in New York City, 1990-2001. *Aids*, 19, S20-S25.

Destrebecq, D., & Leggett, T.(2007). *Cocaine trafficking in West Africa : The threat to stability and development (with special reference to Guinea-Bissau).* Vienna : UNODC.

De Ruyver B., Pelc I., Casselman J. & al. (2004). *La politique des drogues en chiffres, une étude des acteurs concernés des dépenses publiques et des populations atteintes*. Gent : Academia Press.

De Ruyver B., Pelc I., De Graeve D. & al. (2007). *Drogues en chiffres II : étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes, étude de suivi*. Gent : Academia Press.

Devlesaver, S. (2015). Psy 107 : «des lieux à haute température institutionnelle». *cbcs.be*. URL : http://cbcs.be/Psy-107-des-lieux-a-haute-1299#nh1

DH.be (2015). Les experts de la santé plaident pour des salles de shoot. *DH.be*, 3 décembre. Url : http://m.dhnet.be/regions/bruxelles/les-experts-de-la-sante-plaident-pour-des-salles-de-shoot-5660c27835709322e7209ae6

Dispa, M.-F. (2015). Exclusion et santé mentale : l'œuf et la poule. *Fédito Bruxelles*. Url : http://feditobxl.be/fr/2015/09/exclusion-et-sante-mentale-loeuf-et-la-poule/

DPA (2015). Drug decriminalization in Portugal : A health-centered approach. New-York : Drug Policy Alliance.

Dubois, F. (2015). Écolo veut relancer le projet de délivrance contrôlée de drogue. *RTBF.be*.

EMCDDA. (2004). *Co-morbidity (selected issue). Dans Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions.* Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA. (2010). *Guidelines for collecting data on retail drug prices in Europe : issues and challenges.* Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA, (2013). *Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA, (2014). *Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA, (2015a). *New psychoactive substances in Europe : an update from the EU Early Warning System.* Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA, (2015b). *Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA, (2015c). *Alternatives to punishment for drug-using offenders*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Emmanuelli, J., Jauffret-Roustide, M., & Barin, F. (2003). Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 16-17, 97-99.

FARES (2015). *Registre belge de la tuberculose 2013*. Bruxelles : Fonds des Affections Respiratoires asbl.

Favresse, D., de Smet, P., & Godin, I. (2013). *La santé des élèves de l'enseignement secondaire. Résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles (Partie II).* Bruxelles : Service d'Information Promotion Éducation Sante (SIPES).

Favresse, D. (2012). Regard d'usagers sur le testing des nouvelles drogues de synthèse. *Prospective Jeunesse : Drogues, Santé et Prévention*, 62, 9-16.

FEDITO Bxl asbl. (mai 2014). Recommandations pour les Accords de Gouvernements des Entités Fédérale et Fédérées. Url : http://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2014/05/201405-Recommandations-Secteur-Toxicomanie-pour-Accords-Gouvernements.pdf

FEDITO Bxl asbl. (2015a). Rapport d'activités 2014. Url : http://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2015/RA-FEDITO-2014.pdf

FEDITO Bxl asbl (2015b). Politique Drogues et Plan Drogues en Région de Bruxelles-capitale 2016-2019, juin. Url : http://feditobxl.be/fr/documents/memorandums-politiques/politique-drogues-et-plan-drogues-2016-2019/

FEDITO Bxl asbl (2014). Pour une réglementation du cannabis en Belgique. Bruxelles : Fédito Bxl asbl.

FEDITO/FEIAT/CLDB. (février 2014). Mémorandum. Url : http://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2014/memorandum_feditobxl-feiat-cldb_2014.pdf

FEDITO wallonne (2014). Mémorandum 2014, *Fédito wallonne*. Url : www.cesw.be/download.php?file=http://www.cesw.be/uploads/publications/fichiers/memorandum/Brochure_M %C3 %A9morandum_2014-2019.pdf

FEDITO wallonne (2015). Le secteur spécialisé «assuétudes» wallon et la Réforme des soins en santé mentale. *Fédito wallonne*, février.

Felbab-Brown, V. (2005). Afghanistan : When counternarcotics undermines counterterrorism. *Washington Quarterly*, 28(4), 55.

Focant, N. (2013) *Analyse statistique des accidents de la route avec tués ou blessés enregistrés en 2012.* Bruxelles : Institut Belge pour la Sécurité Routière – Centre de connaissance Sécurité Routière.

Frère, P., Collin, J., & Hogge, M. (2011). *Évaluation de l'accessibilité à la pochette Stérifix en province de Namur : Enquête menée auprès des pharmaciens d'officine et des usagers de drogues par injection*. Namur : Coordination Provinciale Sida-Assuétudes.

Gandilhon, M. (2014). Les précurseurs chimiques, dimension méconnue du marché mondial des drogues illicites. *Drogues, enjeux internationaux N° 7.* Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

Garfein, R. S., Galai, D., Doherty, M. C., & Nelson, K. E. (1996). Viral infections in short-term injection drug users : the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses. *American Journal of Public Health*, 86, 655-661.

Gerkens, S., Martin, N., Thiry, N., & Hulstraert, F. (2012). *Hépatice C : Dépistage et prévention*. Bruxelles : KCE Reports 173B.

Gilchrist, G., Gruer, L., & Atkinson, J. (2005). Comparison of drug use and psychiatric morbidity between prostitute and non-prostitute female drug users in Glasgow, Scotland. *Addictive Behaviors*, 30, 1019-1023.

Gisle, L. (2014). L'usage de drogues. In Gisle L, Demarest S (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie*. Bruxelles : WIV-ISP.

Ghosn, J., Leruez-Ville, M., & Choix, M.L. (2005). Transmission sexuelle du virus de l'hépatite C. *La Presse Médicale*, 34, 1034-1038.

Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal : lessons for creating fair and successfull drug policies*. Washington : Cato Institute.

Gosuin, D. (2015). *Lancement de la concertation pour le Plan Santé Bruxellois : une approche centrée sur les besoins du patient*, Dossier de presse, mai. Url : http://didiergosuin.brussels/news/sante/lancement-de-la-concertation-pour-le-plan-sante-bruxellois-une-approche-centree-sur-les#main-content

Hall, W., Degenhardt, L., & Linskey, L. (2001). *The health and psychological effects of cannabis use*. Monograph Series N°44. Canberra : Commonwealth of Australia.

Hagan, H., Thiede, H., Weiss, N. S., Hopkins, S. G., Duchin, J. S., & Alexander, E. R. (2001). Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *American Journal of Public Health*, 91, 42-46.

Hahn, J. A., Page-Shafer, K., Lum, P. J., Ochoa, K., & Moss, A. R. (2001). Hepatitis C virus infection and needle exchange use among young injection drug users in San Francisco. *Hepatology*, 34, 180-187.

Hayez, J.-Y. (2012). Des chiens renifleurs anti-drogue à l'école ?, BICE Belgique. Url : http://www.jeanyveshayez.net/brut/946-bic9.htm.

Hogge, M. (2015). L'usage de cannabis en Europe : Étude comparative des systèmes législatifs et de la prévalence d'usage. *Prospective Jeunesse : Drogues, Santé et Prévention*, n°72.

Hogge, M. (2014a). Euphorisant légaux et nouvelles drogues de synthèse : enjeux et risques sanitaires. *Psychotropes*, 20, 81-100.

Hogge, M. (2014b). L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2013-2014. Bruxelles : Eurotox asbl.

Holland, K. (2015). Injection rooms for addicts to open next year in drug law change, says Minister. *The Irish Times*, 2 novembre. Url : http://www.irishtimes.com/news/ireland/irish-news/injection-rooms-for-addicts-to-open-next-year-in-drug-law-change-says-minister-1.2413509

Hough, M. (2002). Drug user treatment within a criminal justice context. *Substance Use and Misuse*, 37, 985-996.

Infor-Drogues asbl (2014). *Les fouilles «anti-drogues» dans les écoles, il est urgent... d'arrêter !*

INPUD (2015). *Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union*. London.

Insulza, J. M. (2013). *The drug problem in the Americas*. Washington : Organization of American States General Secretariat.

Judd, P. H., Thomas, N., Schwartz, T., Outcalt, A., & Hough, R. (2003). A dual diagnosis demonstration project : treatment outcomes and cost analysis. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35, 181-192.

Kopp, P. et al (2014) Cannabis : Réguler le marché pour sortir de l'impasse. *Terra Nova*, 19 décembre.

LaLibre.be (2013). Drogue : la police doit-elle intervenir à l'école ?. *La Libre Belgique*, 19 mars. Url : http://bit.ly/1x69AyU.

LaLibre.be (2015). Réforme de la fonction consultative en Wallonie – Paul Magnette envisage une réduction de deux tiers. *La Libre Belgique*, 21 janvier. Url : http://www.lalibre.be/dernieres-depeches/belga/reforme-de-la-fonction-consultative-en-wallonie-paul-magnette-envisage-une-reduction-de-deux-tiers-54bfc31635701f3543488c1b

Logan, T.K., Hoyt, W.H., McCollister, K.E., French, M.T., Leukefeld, C., & Minton, L. (2004). Economic evaluation of drug court : Methodology, results, and policy implications. *Evaluation and Program Planning*, 27, 381-396.

Lynch, W. J., Roth, M. E., et Caroll, M. E. (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse : preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology*, 164, 121-137.

Macías, J., Palacios, R. B., Claro, E., Vargas, J., Vergara, et al., (2008). High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users : association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver International*, 28, 781-786.

Magura, S., Grossman, J.I., Lipton, D.S., Siddiqi, Q., Shapiro, J., Marion, I., & Amann, K.R. (1989). Determinants of needle sharing among intravenous drug users. *American Journal of Public Health*, 79, 459-462.

Mariage, O. (2010). Psychiatrie : l'amorce du virage ambulatoire. *Santé conjuguée*, 52, 2-4.

Martens, V. (2014). Cellule politique francophone santé-assuétudes. Rôle de la Cellule et travail en matière de RDR. Politique drogues : État de la réduction des risques en Belgique. Atelier/débat du 04 novembre 2014. Bruxelles.

Martinez, A. & Talal, A.H. (2008). Noninjection drug use : an under-appreciated risk factor for hepatitis C virus transmission. *Liver International*, 28, 757-760.

Matheï, C., Robaeys, G., Van Ranst, M., Van Damme, P., & Buntinx, F. (2005). The epidemiology of hepatitis C among injecting drug users in Belgium. *Acta Gastroenterology Belgica*, 68, 50-54.

Médecins du Monde. (2009). *Epidémie d'hépatite C chez les usagers de drogue : oser prendre de vraies mesures*. Dossier de presse publié à l'occasion de la Journée Mondiale des Hépatites : Paris.

Miele, G.M., Carpenter, K.M., Cockerham, M.S., Trautman, K.D., Blaine, J., & Hasin, D.S. (2000). Substance Dependence Severity Scale (SDSS) : reliability and validity of a clinician-administered interview for DSM-IV substance disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 63-75.

Miller W.R. & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement*, Paris : InterÉditions.

Modus Vivendi (2015). Modus Vivendi – l'opération Boule de Neige en milieu carcéral arrêtée. *guidesocial.be*, 11 juin. Url : http://pro.guidesocial.be/actualites/modus-vivendi-l-operation-boule-de-neige-en-milieu-carceral-arretee.html

Mormont, M. (2014). Psy 107 : les soins de santé mentale sortent-ils vraiment de l'hôpital ?. *cbcs.be*, 03/12/2014.

Mormont, M. (2015). Régionalisation de la santé à l'heure de la plomberie, *Alter Echos*, Hors-série, 14 septembre 2015, pp. 31-33. Url : http://www.alterechos.be/wp-content/uploads/2015/09/TAP_regionalisation_v4.pdf

OIP (2013). *Notice 2013 de l'état du stystème carcéral belge*. Bruxelles : Observatoire International des prisons (section belge).

OMS (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms*, Genève : OMS.

OEDT (2008). *Rapport annuel 2008 - État du phénomène de la drogue en Europe*. Lisbonne : Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies.

Plan Santé bruxellois (11 mai 2015). Les groupes de travail. Url : https://gezondheidsplansante.wordpress.com/groupes-de-travail-werkgroepen/

Plateforme bruxelloise du secteur de la promotion de la santé (2014). Mémorandum à destination des femmes et des hommes politiques bruxellois, avril. Url : http://www.cbps.be/pdf/Memorandum.pdf

Plateforme bruxelloise du secteur de la promotion de la santé (2015a). Besoins et priorités en promotion de la santé pour Bruxelles, Note de synthèse, février.

Plateforme bruxelloise du secteur de la promotion de la santé (2015b). Revendications des organisations membres de la Plateforme bruxelloise du secteur de la promotion de la santé relatives à l'avant-projet de décret COCOF de promotion de la santé, octobre.

Plateforme wallonne du secteur de la Promotion de la Santé (2015). Recommandations pour l'avenir du décret promotion de la santé en Wallonie.

Plettinckx, E., Antoine, J., Blanckaert, P., De Ridder, K., Vander Laenen, F., Laudens, F., Casero, L. & Gremeaux, L. (2014). *Rapport national sur les drogues 2014*. Tendances et évolutions. Bruxelles : WIV-ISP.

Potterat, J. J., Rothenberg, R. B., Muth, S. Q., Darrow, W. W., & Phillips-Plummer, L. (1998). Pathways to prostitution : The chronology of sexual and drug abuse milestones. *Journal of Sex Research*, 35, 333-340.

Question santé asbl (2014). La 6ème réforme de l'État, le secteur de la promotion de la santé s'organise. *Bruxelles Santé*, 74, 8-13.

Raja, M. & Azzoni, A. (2004). Suicide attempts : differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *Journal of Affective Disorders*, 82, 437-442.

Rehm, J., Room, R., van den Brink, W., & Kraus, L. (2005). Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway : An overview of the epidemiology, *European Neuropsychopharmacology*, 15, 389-397.

Rhodes, A., Bethell, J., Spence, J., Links, P., Streiner, D., & Jaakkimainen, L. (2008). Age-sex differences in medicinal self-poisonings : A population-based study of deliberate intent and medical severity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 642-652.

Riguelle, F. (2014). *Au volant après un verre de trop ? Mesure nationale de comportement «conduite sous influence d'alcool» 2012*. Bruxelles : Institut Belge pour la Sécurité Routière – Centre de connaissance Sécurité Routière.

Riguelle, F., & Dupont, E. (2012). *Mesure nationale de comportement «conduite sous influence d'alcool» 2009*. Bruxelles : Institut Belge pour la Sécurité Routière – Centre de connaissance Sécurité Routière.

Roelands, M. (2010). *Monitoring illicit drug use among female sex workers in Europe, 2000-2008*. Scientific Report 2008-2009 (p 35-40). Brussels : Science at the service of Public Health, Food chain safety and Environment.

Sacré, C., Daumas, C. & Hogge, M. (2010). *Besoins et offre de services à disposition des usagers de drogues par injection en Région wallonne*. Bruxelles : Eurotox et Modus Vivendi.

Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia, *PLOS Medicine*, 2, 413-433.

Salah, M-H. (2015a). Réforme de l'État. Promotion de la santé à Bruxelles : les changements se profilent à la rentrée. *Bruxelles Santé*, 79, 10-13.

Salah, M.-H. (2015b). Les salles de consommation à moindres risques. *Bruxelles Santé*, 79, p.4-6.

Sasse, A., Deblonde, J. & Van Beckhoven, D. (2014). *Epidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2013*. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique.

Simon, O. (2003). Le double diagnostic manqué et ses conséquences thérapeutiques. *Primary Care*, 3, 60-61.

Snyder, M., Tanke, E.D., & Berscheid, E. (1977). Social perception and interpersonal behavior : on the self-fulfilling nature of social stereotypes, *Journal of Experimental Social Psychology*, 35, 656-666.

Soumois, F. (2015). Maggie De Block autorise le premier médicament à base de cannabis. *Lesoir.be*, 11 juin. URL : http://www.lesoir.be/905032/article/actualite/sciences-et-sante/2015-06-11/maggie-block-autorise-premier-medicament-base-cannabis

Sumnall, H. & Brotherhood, A. (2012). *EMCDDA Insights Social reintegration and employment : Evidence and interventions for drug users in treatment*, Luxembourg : Publications Office of European Union.

Thomas, D. L., Vlahov, D., Solomon, L., Cohn S., Taylor, et al. (1995). Correlates of hepatitis C virus infections among injection drug users. *Medicine*, 74, 212-220.

Thorpe, L. E., Ouellet, L. J., Hershow, R., Bailey, S. L., Williams, I.T ., et al. (2002). Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *American Journal of Epidemiology*, 155, 645-653.

TNS Political & Social (2014). Flash Eurobarometer 401 : Young people and drugs.

Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I., & Domingo-Salvany, A. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Tortu, S., McMahon, J. M., Pouget, E. R., & Hamid, R. (2004). Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for Hepatitis C. *Substance Use and Misuse*, 39, 211-224.

Townes, C. (2015). Irish Government to Decriminalize Heroin, Cocaine, And Marijuana. *Think Progress*, 4 novembre. Url : http://thinkprogress.org/justice/2015/11/04/3718843/ireland-drug-decriminalization/

UNODC (2009). *Rapport Mondial sur les Drogues*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2010). *World Drug Report 2010*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2011). *World drug report 2011*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2013). *World drug report 2013*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2013). The challenge of new psychoactive substance – A report from the Global SMART Programme. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2014). *World Drug Report*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime.

VAD, Fédito wallonne et Fédito bruxelloise (2014). *Cannabis : une directive à revisiter*, Communiqué de presse, 3 novembre.

van Amsterdam, J, Nutt, D., & van den Brink, W. (2013). Generic legislation of new psychoactive drugs. *Journal of Psychopharmacology*, 27, 317-324.

Van der Linden, G., Antoine, J., Blanckaert, P., van Bussel, J.C.H. (2012). *Les nouvelles substances psychoactives en Belgique : Analyse des données d'enregistrement du système belge d'alerte précoce relatif aux drogues (Early Warning System for Drugs).* Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique.

Van Malderen, S., Pauwels, L., Walthoff-Borm, C., Glibert, P., & Todts, S. (2013). *Consommation de drogues dans les prisons belges : monitoring des risques pour la santé*. Bruxelles : SPF Justice.

Värnik, A., Kõlves, K., van der Feltz-Cornelis, C. M., Marusic, A., Oskarsson, H. et al. (2008). Suicide methods in Europe : a gender-specific analysis of countries participating in the «European Alliance Against Depression". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 545-551.

Wagner, K.D., Unger, J.B., Bluthenthal, R.N., Andreeva, V.A., Pentz, P.A. (2010). Cognitive behavioral theories used to explain injection risk behavior among injection drug users : A review and suggestions for the integration of cognitive and environmental models. *Health Education and Behavior*, 37, 504-532.

Werb, D., Rowell, G., Guyatt, G., Kerr, T., Montaner, J., Wood, E. (2011). Effect of drug law enforcement on drug market violence : A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 22, 87-94.

Werb, D., Kerr, T., Nozik, B., Strathdee, S., Montaner, J., Wood, E. (2013). The temporal relationship between drug supply indicators : an audit of international government surveillance systems. *British Medical journal Open*, 3, 1-9.

Westermeyer J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse : a review of epidemiology and course. *American Journal on Addictions*, 15, 345-355.

Wittouck, C., Vander Laenen, F., Dekkers, A., Vanderplasschen, W., De Ruyver, B. et al. (2015a). Impact sur la vie des usagers de drogue de l'intervention de la chambre de traitement de la toxicomanie. *Justice & Sécurité*, n°1, 28p.

Wittouck, C., Dekkers, A., Vanderplasschen, W., De Ruyver, B. & Vander Laenen, F. (2015b). *Étude des résultats et de la récidive de la chambre pour le traitement des dossiers drogue de Gand. Conclusions et recommandations.* Bruxelles : Politique scientifique fédérale.

Zanella, L. (2015). Drogues en prison : «les guérir on s'en fout, les prendre en charge, c'est déjà bien !». *Levif.be*, 16 juin. Url : http://www.levif.be/actualite/belgique/drogue-en-prison-les-guerir-on-s-en-fout-les-prendre-en-charge-c-est-deja-bien/article-normal-400793.html

Zinberg, N. E. 1984, *Drug, Set and Setting : The Basis for Controlled Intoxicant Use*, Yale University Press, New Haven.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1 : Prévalence de la consommation de cannabis en 2013 en Belgique et par région. Enquête HIS 2013 70

Tableau 2 : Évolution de la consommation de cannabis de 2001 à 2013 en Belgique et par région. Enquêtes HIS 2001-2013 72

Tableau 3 : Prévalence de la consommation des autres drogues illicites en 2013 en Belgique et par région. Enquête HIS 2013 73

Tableau 4 : Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis et d'ecstasy chez les jeunes de 12-20 ans scolarisés en FWB. Enquête HBSC 1998-2010 74

Tableau 5 : Prévalence de la consommation de drogues chez les jeunes de 13-20 ans scolarisés en FWB, par âge et par sexe. Enquête HBSC 2010 75

Tableau 6 : Prévalence de la consommation de cannabis et de legal highs chez les belges et européens âgés de 15 à 24 ans. Flash Eurobaromètre 2014 77

Tableau 7 : Nombre de patients ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés en Wallonie et à Bruxelles 81

Tableau 8 : Distribution de la consommation d'alcool en 2013 en Belgique et par région. Enquête HIS 2013 82

Tableau 9 : Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois chez les consommateurs récents en Belgique, par région et par tranche d'âge. Enquête HIS 2013 82

Tableau 10 : Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du binge drinking et de l'usage problématique d'alcool en Belgique, par région et par tranche d'âge. Enquête HIS 2001-2013 84

Tableau 11 : Ivresse répétée, consommation hebdomadaire et quotidienne et binge drinking au cours des 12 derniers mois chez les élèves de 12-20 ans scolarisés en FWB. Enquête HBSC 2010 86

Tableau 12 : Évolution de la récolte des demandes de traitement en Wallonie et à Bruxelles, 2011-2014 89

Tableau 13 : Profil des patients selon le type de produit principal, Bruxelles, 2011-2014 90

Tableau 14 : Profil des patients selon le type de produit principal, Wallonie, 2011-2014 92

Tableau 15 : Prévalence de la consommation de drogues par injection chez les UDI 97

Tableau 16 : Polyconsommation par injection au cours du dernier mois 97

Tableau 17 : Patients présentant au moins un facteur favorisant le développement de la tuberculose, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013 99

Tableau 18 : Comorbidités psychiatriques chez les patients pris en charge dans les services psychiatriques, selon le type de diagnostic (Wallonie, 2005-2012) 104

Tableau 19 : Comorbidités psychiatriques chez les patients pris en charge dans les services psychiatriques, selon le type de diagnostic (Bruxelles, 2005-2012) 104

Tableau 20. Nouveau-nés pris en charge dans un service de néonatalogie suite à un problème d'exposition à l'alcool ou aux drogues. Résumé Hospitalier Minimum 2008-2013 105

Tableau 21 : Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national et par région sur la période 2002-2014 109

Tableau 22 : Types d'infractions liées aux drogues enregistrés au niveau national et régional en 2014 110

Tableau 23 : Nombre d'infractions par type de faits et type de drogues enregistrées au niveau national en 2014 111

Tableau 24 : Nombre d'infractions par type de faits et type de drogues enregistrées au niveau régional en 2014 111

Tableau 25 : Détection de drogues dans les prélèvements de sang faisant suite à un test salivaire positif en Belgique, 2011-2013 112

Tableau 26 : Conduite sous influence d'alcool chez les conducteurs de voiture en Belgique, 2012 113

Tableau 27 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Belgique, 2005-2012 115

Tableau 28 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents corporels en Belgique, par types de conducteurs, 2012 115

Tableau 29 : Nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous influence de l'alcool, nombre de victimes et estimation de la gravité des accidents en Belgique, 2005-2012 116

Tableau 30 : Nombre et quantités des saisies opérées en Belgique, Police Fédérale Belge, 2007-2013 117

Tableau 31 : Évolution du prix moyen en euros des drogues en Belgique (prix estimés à partir des saisies policières), Police Fédérale Belge, 2003– 2013 118

Tableau 32 : Évolution du prix des drogues en rue en FWB, Eurotox, 2005-2014 120

Tableau 33 : Budget hebdomadaire des usagers consacré à l'achat de drogues, Eurotox, 2013-2014 120

Tableau 34 : Produits de coupe dans les échantillons de poudre saisis en 2013 125

Tableau 35 : Nombre d'appels adressés au Centre Antipoisons. Belgique, 2014 128

Tableau 36 : Produits consommés en sortie par les personnes rencontrées au cours des actions de Réduction des Risques en milieu festif, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013-2014 130

Tableau 37 : Consommation et polyconsommation au cours de l'événement chez les consommateurs d'au moins un produit hors tabac (N=1634), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013-2014 131

Tableau 38 : Modes de consommation à risque en milieu festif, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013-2014 132

Tableau 39 : Retour envisagé après l'événement chez les personnes rencontrées en milieu festif ayant consommé au moins un produit hors tabac (N=1514), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2013-2014 132

Tableau 40 : Usage des produits au cours du dernier mois chez les personnes rencontrées en rue lors d'opérations boule-de-neige, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2014 134

Tableau 41 : Profil démographique des UDI rencontrés en rue lors des opérations boule-de-neige, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2014 135

Tableau 42 : Comportements à risque au cours des 6 derniers mois et connaissance des comptoirs d'échange de seringues chez les UDI rencontrés en rue lors d'opérations Boule-de-Neige, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2014 136

Tableau 43 : Les messages d'alertes précoces et d'information diffusés par Eurotox en 2014 149

FIGURES

Figure 1.	Le dispositif organisationnel d'Iriscare	18
Figure 2.	Dispositif organisationnel d'AViQ	34
Figure 3.	L'enregistrement du TDI en Wallonie et à Bruxelles	88
Figure 4 :	Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH : 1985-2013	93
Figure 5 :	Évolution du nombre de cas d'infection au VIH probablement liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse, Belgique, 1997-2013	94
Figure 6 :	Évolution belge des pourcentages de cas de tuberculose en lien avec un facteur favorisant	100
Figure 7 :	Nombre de séjours clôturés dans les services de prise en charge psychiatrique en fonction du type d'usage problématique (Wallonie, 2005-2012)	101
Figure 8 :	Nombre de séjours clôturés dans les services de prise en charge psychiatrique en fonction du type d'usage problématique (Bruxelles, 2005-2012)	102
Figure 9 :	Évolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues illégales, de médicaments psychotropes et d'alcool chez les hommes et les femmes résidant en région bruxelloise, 1998-2013	106
Figure 10 :	Évolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues illégales, de médicaments psychotropes et d'alcool chez les hommes et les femmes, Wallonie, 2000-2013	108
Figure 11 :	Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées pour 100.000 habitants au niveau national et par région sur la période 2000-2014	110
Figure 12 :	Pourcentage de conducteurs positifs au test d'haleine de détection d'alcool au volant, 2003-2012	114
Figure 13 :	Concentration (% ou mg) en principe actif des échantillons de drogues analysés en Belgique, 2002-2013	123
Figure 14 :	Produits évoqués lors des contacts avec Infor-Drogues, 2014	127
Figure 15 :	Évolution du nombre de seringues distribuées aux UDI via les comptoirs d'échange de la FWB, 1994 – 2014	137
Figure 16 :	Évolution du taux d'échange de seringues en FWB, 1996-2014	138
Figure 17 :	Évolution du nombre de Stéricups, de flapules d'eau et de tampons alcoolisés distribués en FWB via les comptoirs d'échange, 2000-2014	139
Figure 18 :	Évolution du nombre de seringues vendues sous le format Stérifix dans les pharmacies de la FWB, 2000-2014	140
Figure 19.	Flux d'information au sein du système d'alerte précoce belge	143
Figure 20.	Nombre de NDS détectées en Belgique et en Europe de 2005 à 2014	144
Figure 21.	Composition des produits analysés par GC-MS en 2014 dans le cadre du service de testing	147
Figure 22.	Nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox de 2005 à 2014	148

OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES
151 rue Jourdan - 1060 Bruxelles
Tél : + 32 2 539 48 29
Email : info@eurotox.org

Ce document est disponible en version pdf sur le site : **www.eurotox.org**