

### LES TENDANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES MARQUANTES

#### L'USAGE DE DROGUES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE - ENQUÊTE HIS 2013

Les résultats de l'enquête *Health Interview Survey* (HIS) 2013 montrent une augmentation progressive de la prévalence d'usage de **cannabis**, tant en Wallonie qu'en région bruxelloise. L'usage récent (12 derniers mois) et l'usage actuel (30 derniers jours) sont en revanche relativement stables dans le temps. La consommation de cannabis est globalement plus élevée à Bruxelles qu'en Wallonie. D'une région à l'autre, pour certains indicateurs et certaines tranches d'âge, des évolutions différentes peuvent toutefois être constatées. Ainsi, en Wallonie, la prévalence d'usage de cannabis sur la vie a augmenté de manière plus importante chez les 25-34 ans que chez les 15-24 ans. En revanche à Bruxelles, l'augmentation s'observe essentiellement chez les 15-24 ans, alors que chez les 25-34 ans, la consommation est en diminution.

L'enquête révèle aussi que les **autres drogues illicites** sont plus rarement consommées, puisque moins de 6 % des personnes interrogées (5,6 % à Bruxelles et 2,6 % en Wallonie) ont déclaré en avoir consommé au moins une fois dans leur vie<sup>1</sup>.

#### L'USAGE D'ALCOOL DANS LA POPULATION GÉNÉRALE - ENQUÊTE HIS 2013

La consommation de boissons alcoolisées concerne la grande majorité de la population wallonne et bruxelloise. Différents indicateurs suggèrent que la consommation «à risque», estimée au cours des 12 derniers mois, est également particulièrement élevée dans les deux régions francophones du pays.

**Tableau 1 :** Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis dans la population générale en Wallonie et à Bruxelles. Enquête HIS 2001-2013

(%)	2001	2004	2008	2013
<b>WALLONIE</b>				
Prévalence sur la 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

(%)	2001	2004	2008	2013
<b>BRUXELLES</b>				
Prévalence sur la 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

**Tableau 2 :** Surconsommation hebdomadaire, consommation quotidienne, *binge drinking* et usage problématique d'alcool dans la population générale en Belgique. 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
<b>BRUXELLES</b>	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
	<i>Binge Drinking</i> 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
<b>WALLONIE</b>	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
	<i>Binge Drinking</i> 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

1. Bien que cette enquête s'adresse à toutes les personnes qui résident dans le pays (sans restriction de nationalité ou de statut légal), il est probable que les résultats sous-estiment la prévalence réelle de l'usage de cannabis et des autres drogues illicites, notamment parce qu'ils ne couvrent pas, de par la méthodologie utilisée, les personnes marginalisées (incarcérées, en institutions, sans domicile fixe, etc.), qui en sont pourtant probablement les plus grandes consommatrices.



Wallonie

Francophones  
Bruxelles

La **surconsommation hebdomadaire d'alcool**, telle que définie dans l'enquête HIS<sup>2</sup>, est globalement en diminution par rapport aux années précédentes. Elle est plus fréquente chez les 35-64 ans ainsi que, surtout, chez les hommes. Toutefois, alors que cet effet de genre est marqué en Wallonie chez les 15-24 ans (8,7 % chez les hommes versus 2,9 % chez les femmes), il s'inverse étrangement en Région bruxelloise (1,2 % versus 4,5 %).

Globalement, la **consommation quotidienne d'alcool** augmente de manière progressive en Wallonie (en particulier à partir de 35 ans), alors qu'elle s'est stabilisée depuis 2001 à Bruxelles. Corollairement, elle est aussi plus élevée en Wallonie qu'à Bruxelles, surtout à partir de 35 ans, et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge, sauf à Bruxelles, où la différence de genre n'est manifeste qu'à partir de 35 ans.

Le « **binge drinking** » (dit aussi hyperalcoolisation ou beuverie expresse)<sup>3</sup> au moins hebdomadaire est en augmentation tant en Wallonie qu'à Bruxelles, en particulier chez les jeunes où il est d'ailleurs plus fréquent. Il concerne aussi davantage les hommes que les femmes, y compris chez les 15-24 ans. Actuellement, ce comportement est manifestement plus fréquent chez les jeunes bruxellois que chez les jeunes wallons (17 % versus 12,2 %).

Enfin, cette enquête a également estimé la prévalence de l'**usage problématique d'alcool sur la vie** chez les personnes qui en ont consommé au cours de leur vie, et ce à l'aide de quatre questions spécifiques<sup>4</sup>, un usage étant ici considéré comme problématique en cas de réponse positive à au moins deux questions. L'usage problématique ainsi défini est moins fréquent chez les jeunes de 15-24 ans que chez les individus plus âgés<sup>5</sup>, et il est plus fréquent à Bruxelles qu'en Wallonie, en particulier chez les 35-64 ans.

## L'USAGE DE DROGUES CHEZ LES JEUNES - ENQUÊTE HBSC 2010

Les résultats de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) de 2010 indiquent qu'environ 25 % des jeunes de 12-20 ans de l'enseignement secondaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) ont déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie (expérimentation), ces chiffres étant relativement stables depuis 1998. En ce qui concerne la consommation *récente* (au cours des 12 derniers mois), l'enquête révèle qu'elle concerne 17 % des jeunes interrogés en 2010, et que cette consommation est en diminution par rapport à 2006. Enfin, en ce qui concerne la consommation *régulière*, 5 % des jeunes de 12-20 ans ont déclaré consommer du cannabis de manière hebdomadaire, et près de 2 % quotidiennement. L'usage régulier de cannabis est en diminution par rapport aux deux enquêtes précédentes, tout comme celui de l'ecstasy.

**Tableau 3 : Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis et d'ecstasy chez les jeunes de 12 à 20 ans scolarisés en FWB. Enquête HBSC 1998-2010**

(%)	1998	2002	2006	2010
<b>Cannabis</b>				
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
<b>Ecstasy</b>				
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

Cette enquête montre aussi que l'usage de drogues varie fortement en fonction de l'âge et du sexe des répondants. Il est ainsi nettement plus fréquent chez les garçons que chez les filles, et augmente généralement avec l'âge des répondants, et ce, quelle que soit la période de consommation et pour quasiment tous les produits.

**Tableau 4 : Prévalence de la consommation de drogues chez les jeunes de 13-18 ans scolarisés en FWB, par âge, sexe et produit. Enquête HBSC 2010**

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

- 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 que l'OMS recommande de ne pas dépasser.
- 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 opérationnalisé ici sur base de l'ingestion d'au moins 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion, la notion d'« occasion » n'étant toutefois pas délimitée dans le temps.
- « 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) ? ».
- Probablement parce que les questions utilisées pour évaluer l'usage problématique font ici 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.

## ATTITUDES DES JEUNES PAR RAPPORT AUX DROGUES - FLASH EUROBAROMÈTRE 2014

Les résultats du dernier Flash Eurobaromètre réalisé à l'échelle européenne et portant sur les attitudes des jeunes par rapport aux drogues (disponibilité et dangerosité perçues, sources d'information, consommation, etc.) suggèrent que la prévalence d'usage de *legal highs*<sup>6</sup> est en augmentation. En effet, 8 % de jeunes belges (et européens) de 15 à 24 ans interrogés ont déclaré en avoir déjà consommé, ce qui constitue une augmentation de 4 % (+3 % au niveau européen) par rapport au Flash Eurobaromètre de 2011. L'usage de ces produits est généralement occasionnel puisque seulement 1 % des répondants ont déclaré en avoir consommé au cours des 30 derniers jours.

**Tableau 5 : Prévalence de la consommation de *legal highs* chez les jeunes belges et européens âgés de 15 à 24 ans. Flash Eurobaromètre 2014**

(%)	Échantillon belge (N=500)	Échantillon européen (N=13.128)	Minimum européen	Maximum européen
Prévalence d'usage de <i>legal highs</i> sur la vie	8,2	7,8	0,5	22,4
Prévalence d'usage de <i>legal highs</i> les 12 derniers mois	3,4	3,9	0	8,8
Prévalence d'usage de <i>legal highs</i> les 30 derniers jours	1	1,3	0	4

Les jeunes qui ont consommé des *legal highs* au cours des 12 derniers mois les ont généralement achetés ou reçus d'un ami (87 % des Belges et 68 % des Européens) ou achetés auprès d'un dealer (35 % des Belges et 27 % des Européens), mais ils les ont rarement achetés directement sur Internet (3 % des Belges et des Européens). En ce qui concerne les contextes de consommation, ces substances sont le plus souvent consommées dans un contexte festif, c'est-à-dire avec des amis (100 % des Belges et 60 % des Européens), ou lors d'une fête ou d'un événement (76 % des Belges et 65 % des Européens), et sont plus rarement consommées seul et en privé (9 % des Belges et 15 % des Européens).

### L'INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT<sup>7</sup>

Les analyses relatives à l'indicateur de demande de traitement, appelé aussi TDI (pour Treatment Demand Indicator), montrent que les patients pris en charge pour un problème de consommation d'alcool ou de drogues 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 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, et n'avait pas de logement stable dans les 30 jours précédant la demande de traitement. L'absence de logement stable est plus fréquente à Bruxelles qu'en Wallonie (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. Les demandes émanant de la justice sont nettement plus fréquentes en Wallonie (14,7 %) qu'à Bruxelles (3,2 %).

*Dans le nouveau rapport d'Eurotox 2015, retrouvez aussi des données sur l'usage de drogues par injection, sur les traitements de substitution aux opiacés, sur l'infection par le VIH et les hépatites chez les usagers de drogues, sur la mortalité en lien avec l'usage d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes, sur les doubles diagnostics, sur la conduite et les accidents de la circulation sous l'influence d'alcool et de drogues, sur les saisies et infractions liées aux drogues, sur les produits de coupe présents dans les échantillons de poudre saisis ...*

### LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE

Le système d'alerte précoce (Early Warning system - EWS) est un système de veille sanitaire européen qui permet de recenser les nouvelles drogues de synthèse (NDS) et d'en évaluer les risques. Il permet aussi d'informer rapidement les autorités, les travailleurs de terrain et les usagers de drogues lorsqu'une substance présente un risque sanitaire élevé.

Le nombre de NDS recensées sur le territoire européen via ce système 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. L'EWS belge a quant à lui recensé un total de 42 NDS sur la période 2005-2011 (contre 164 au niveau européen), et 31 nouvelles molécules ont été détectées en 2014 (contre 8 en 2013). Cette augmentation est attribuable au développement du marché des « euphorisants légaux », ces substances généralement de nature synthétique créées ou proposées spécifiquement par des entrepreneurs peu scrupuleux afin de contourner la loi sur les stupéfiants.

Le nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox a considérablement augmenté en 2013 et 2014 par rapport aux années précédentes, en grande partie en raison de l'augmentation de la circulation des NDS (9 alertes sur les 15 diffusées en 2013 et 6 sur 13 en 2014 portaient sur une ou plusieurs NDS).

6. La notion d'euphorisants légaux (« *legal highs* ») fait ici référence aux nouvelles substances psychoactives d'origine synthétique qui imitent les effets de drogues plus classiques et qui n'ont, pour la plupart, pas encore été interdites. On parle aussi de nouvelles drogues de synthèse ou encore de nouvelles substances psychoactives.

7. Il s'agit de l'un des 5 indicateurs épidémiologiques-clés créés par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT). Il est constitué d'environ 20 variables et permet d'estimer le nombre et de dresser le profil des personnes ayant fait une demande de traitement auprès d'un centre spécialisé en assuétudes. Sur la période 2011-2014, 6716 demandes ont été enregistrées en Wallonie et 4171 à Bruxelles auprès des centres participants.

## CADRE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL

Suite à la 6<sup>ème</sup> réforme de l'État et les accords de la Sainte-Émilie, les Régions ont reçu des compétences en matière de santé, tandis que d'autres compétences sont restées au fédéral ou aux communautés (voir notre rapport 2013-2014).

### AU NIVEAU FÉDÉRAL

L'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) hérite des matières relatives à la **promotion de la santé à l'école** (PSE). Cependant, la santé des jeunes ne se limite pas à la PSE. La promotion de la santé des moins de 18 ans hors PSE a connu un flou politique temporaire avant qu'une note de la Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé (DGO5) à l'attention du Ministre-Prévoit n'éclaircisse la situation. Cette note conclut que la Région wallonne (RW) et la Commission communautaire française (COCOF) ont hérité de la compétence de la promotion de la santé, y compris le subventionnement des ASBL actives auprès des moins de 18 ans. La note recommande également que l'ONE et les entités fédérées collaborent étroitement afin d'instaurer cohérence et continuité en matière de promotion de la santé des plus jeunes.

Par ailleurs, dans le cadre de la Cellule politique générale drogues, un groupe de travail réunissant les ministres des entités fédérées et fédérale compétents en matière d'alcool est chargé d'élaborer un **nouveau plan national alcool**. Les résultats de cette concertation seront présentés en conférence interministérielle fin 2016.

La Conférence Interministérielle «Drogues», quant à elle, est remplacée par une «**Réunion Thématique Drogues**». Celle-ci est intégrée à la Conférence Interministérielle (CIM) Santé publique qui réunit des membres du Gouvernement fédéral et des Gouvernements des Communautés et/ou des Régions en charge de la santé.

### AU NIVEAU RÉGIONAL

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.

#### • En région bruxelloise

Il est prévu que l'OIP bruxellois, baptisé **Iriscare**, soit institué au sein de la COCOM et devienne opérationnel en 2016. Cet organisme sera chargé de piloter la mise en œuvre de la politique bicommunautaire de la santé et de l'aide aux personnes. Il sera composé de 6 commissions

d'avis et de conventions, dont 3 seront concernées par les problématiques liées aux assuétudes : les commissions «santé mentale», «mobilité fonctionnelle et revalidation» et «prévention et première ligne».

Un nouveau **décret de promotion de la santé** et de médecine préventive a été adopté le 5 février 2016 par le Parlement francophone bruxellois. Selon le dispositif détaillé par le décret, le collège de la COCOF adopte pour une durée de 5 ans un plan de promotion de la santé. Afin de mettre en œuvre les objectifs de ce plan quinquennal, le dispositif prévoit : une instance de pilotage, un pôle Administration, un service d'accompagnement (SAPS) et des services de support méthodologique et thématique (SESU) ; les acteurs et les réseaux sont invités à répondre à des appels à projet, ou à introduire une demande de désignation au Collège.

Le Collège réuni de la COCOM planche quant à lui sur l'élaboration d'un **plan de santé bruxellois**, sur base des résultats de la concertation de nombreux acteurs (institutions de soins, associations de patients, organismes assureurs, l'Institut de Santé publique, etc.) et des données fournies par l'Observatoire de la Santé et du Social.

Parallèlement à la réforme de la promotion de la santé, une révision du **décret ambulatoire** est en cours. Sa révision substantielle est prévue quant à elle pour 2018.

Enfin, la création d'un **Plan bruxellois de Prévention et de Sécurité** figure dans le projet d'accord de majorité 2014-2019 du Gouvernement bruxellois. Le Ministre-Président Rudy Vervoort a annoncé que ce plan comportera un volet consacré à la prévention et à la prise en charge sociale et sanitaire des toxicomanies. En 2015, divers acteurs du secteur ont été sollicités pour l'élaboration de ce plan, dont la Fédito bruxelloise et Eurotox. Pour la Fédito bruxelloise, il est essentiel que cet outil stratégique intègre les priorités du **Plan Drogues 2016-2019** élaboré par les services bruxellois spécialisés.

#### • En région wallonne

Le décret instituant l'OIP santé wallon, baptisé l'**AViQ** (Agence pour une Vie de Qualité), a été voté en séance plénière par le Gouvernement wallon le 2 décembre 2015. Sa mise en place est effective depuis le 1er janvier 2016 et s'enracine dans le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé. Comme pour Iriscare à Bruxelles, il semblerait que les problématiques liées aux assuétudes et au thème «drogues» soient traitées de manière transversale entre différentes commissions. Dans ce contexte, le secteur des assuétudes aspire à ce que son domaine d'expertise conserve une place à part entière dans le processus de création des OIP wallon et bruxellois, et ne soit pas dilué dans un autre secteur (comme la santé mentale, par exemple).

Le **Code wallon de l'Action sociale et de la Santé** a connu des modifications en 2015, et a notamment intégré le décret du 16 octobre 2015 relatif à la reconnaissance d'une plateforme d'échange électronique des données de santé, qui est entré en vigueur le 1er mars 2016. L'idée est d'améliorer la circulation des données des patients et d'assurer ainsi un meilleur suivi médical, dans le respect du secret médical.

Il est également prévu d'intégrer à l'avenir les subventions du **Fonds de lutte contre les assuétudes** au Code afin d'en assurer la pérennité.

Le travail pour l'élaboration d'un nouveau **décret de promotion de la santé** prendra cours en 2016.

Enfin, le ministre en charge de la santé, Maxime Prévot, propose de soumettre le secteur des soins et de la santé à des **nouvelles logiques de financement par appel à projet**. Toutefois, un tel système de financement risque de placer les associations dans une temporalité courte, sans garantie de prolongement, et d'organiser la concurrence au sein d'un secteur qui pourrait perdre alors de sa diversité et de sa flexibilité.

- **Enjeux et points d'attention : cohérence et collaboration à tous les niveaux**

La 6<sup>ème</sup> Réforme de l'État a donc réparti les compétences en matière de prévention, de réduction des risques (RdR) et de soin entre différents niveaux de pouvoir. Un des défis d'une telle redistribution consistera à conserver la cohérence entre les politiques publiques. Il est donc essentiel que les entités fédérées et fédérales

concernées collaborent étroitement dans l'exercice de leurs compétences, notamment afin de garantir la liberté de choix et de circulation des usagers, ainsi que la cohérence des politiques drogues et des politiques «santé». Dans ce contexte, il est prévu de créer un «Institut du futur» afin d'assurer la cohérence des politiques en matière de santé au niveau national. De même, un organisme de coordination des politiques francophones en matière de santé devrait voir le jour, une fois les OIP santé wallon et bruxellois mis en place.

Cette recherche de cohérence doit aussi s'établir en concertation avec les acteurs de terrain et les usagers dont l'expertise et l'expérience sont le terreau de toute politique publique pragmatique. Mais des questions restent en suspens ; dans le cadre du nouveau décret de promotion de la santé bruxellois, par exemple, dans quelle mesure le dispositif prévu permettra aux acteurs du secteur d'articuler leurs interventions avec des intervenants issus d'autres secteurs, notamment de l'action sociale, de l'éducation ou de la culture ? Une question semblable se pose concernant la représentation au sein des nouveaux OIP bruxellois et wallon : Comment va s'exercer la concertation avec les acteurs non-représentés ?

***Découvrez en détails** les nouveaux cadres organisationnels de la Région bruxelloise et de la Région wallonne et leurs enjeux dans notre rapport 2015.*

## 🕒 DÉBATS ET ÉVOLUTIONS

### LE CADRE LÉGAL DES INTERVENTIONS DE RÉDUCTION DES RISQUES (RDR)

L'un des obstacles à la pérennisation des interventions de RdR est lié à la loi fédérale de 1921 qui vise à réprimer la production, la détention et la vente de drogues illicites, et lutter contre le trafic. Une réforme de la loi «drogues» de 1921 permettrait a) aux usagers, jobistes<sup>8</sup> 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. Les dernières modifications de la loi de 1921 sont de nature prohibitive, et ce, même si plusieurs propositions de

réforme ont été introduites mais systématiquement rejetées. Ces propositions portaient notamment sur la reconnaissance légale des salles de consommation à moindres risques (SCMR) et sur celle du traitement assisté par diacétylmorphine ; d'autres encore visaient à faciliter les initiatives associatives en matière de testing des produits psychotropes et à améliorer le système d'alerte précoce.

Tant que la loi de 1921 restera inchangée et que les entités fédérées ne pourront pas mener des politiques différentes de la ligne de conduite fédérale, les interventions et structures de RdR n'auront pas de cadre légal et continueront à se trouver sous la menace de poursuites judiciaires pour «incitation à la consommation de drogues».

8. 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.

## LE DÉBAT SUR LA LÉGALISATION DU CANNABIS

Le constat de l'échec du modèle prohibitionniste devient mondial. Il est solidement étayé au niveau scientifique et des personnalités politiques soutiennent l'élaboration d'alternatives à la « guerre à la drogue ». L'Irlande, le Brésil, le Mexique et le Canada sont les derniers en date à avoir ouvert le débat quant à la décriminalisation ou la légalisation du cannabis ou de plusieurs drogues.

En Belgique, la loi prohibitive de 1921 est atténuée par deux textes : la loi du 3 mai 2003 et la directive du 1er février 2005 qui instaurent une certaine tolérance vis-à-vis de la détention de petites quantités pour usage personnel, pour autant qu'il n'y ait pas de trouble de l'ordre public ou de circonstances aggravantes. L'avancée la plus récente concerne le cannabis thérapeutique. En effet, l'arrêté royal du 11 juin 2015 réglementant les produits contenant un ou plusieurs tétrahydrocannabinols (THC) autorise désormais la délivrance du seul médicament Sativex (spray oral).

## DESCENTES DE POLICE DANS LES ÉCOLES

Les fouilles policières des élèves dans les écoles sont soumises à un ensemble de lois nationales et internationales. La gamme de liberté et contraintes des policiers peut varier selon le contexte ; s'ils disposent d'une autorisation légale (mandat ou flagrant délit) pour entrer dans une école, l'opération ne s'applique dès lors qu'à l'élève concerné et ne peut donc pas s'étendre à tous les élèves. En effet, la police n'a pas pour rôle de prévenir la consommation, la détention ou le trafic de drogues, mais de réagir à ces situations. Dès lors, des indices sérieux doivent justifier au préalable tout recours au reniflage ou à la fouille des élèves. Dans le cas où la police n'a pas de titre légal pour pénétrer dans l'établissement, seul(e) le/la directeur(ice) 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 contraignants, y compris la fouille des élèves.

L'efficacité des fouilles des élèves est pourtant contestable et les quantités saisies sont faibles. Par contre, les conséquences possibles sur les élèves révèlent le caractère inopportun de ces pratiques répressives : les élèves apprennent à mieux cacher leur consommation, perdent confiance dans l'institution scolaire et les adultes, et les descentes de polices peuvent autant renforcer la transgression de l'interdit que le repli sur soi.

## RÉFORME PSY 107

L'article 107 de l'arrêté royal du 10 juillet 2010 (qui a donné son nom à la réforme 107) invite les hôpitaux à geler des lits psychiatriques et à injecter les financements et ressources humaines ainsi libérés dans des circuits et réseaux de soins ambulatoires. L'idée est, d'une part, de privilégier une approche globale de la santé mentale et, d'autre part, de désinstitutionnaliser la santé mentale.

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, et le développement d'habitats spécifiques diversifiés. Les financements dégagés par le gel des lits psychiatriques sont de fait largement investis dans la seconde mission.

Dans les faits, les projets 107 viennent donc se greffer sur un dispositif de prise en charge des assuétudes déjà organisé en réseau avec des partenaires publics et privés de différents secteurs (dont les maisons médicales, la santé mentale, la RdR, etc.) afin de favoriser la continuité psycho-socio-sanitaire et la complémentarité de prises en charges.

Pour le secteur « assuétudes », la réforme 107 présente deux défis principaux. Il s'agit d'abord de conserver la plasticité des soins et de l'entrée des usagers dans le réseau, en continuant d'adapter les soins et l'accompagnement aux besoins de la personne et en prenant compte du caractère multidimensionnel de la santé mentale. Il faut ensuite se garder de toute dérive incorporatrice qui assimilerait les assuétudes à une problématique de santé mentale. Si le double diagnostic est une réalité, il n'est pas pour autant une règle systématique. Et plutôt que de risquer la stigmatisation des usagers et induire 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.

**Découvrez aussi dans le rapport 2015 d'Eurotox le fonctionnement des salles de consommation à moindre risque et des Cannabis social clubs belges, les différents modèles législatifs alternatifs possibles en cas de dépénalisation ou de légalisation du cannabis en Belgique, le fonctionnement des tribunaux de traitement de la toxicomanie, le débat sur le transfert des compétences relatives aux soins de santé en prison...**

