

LES TENDANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES MARQUANTES

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

Selon la dernière enquête *Health Interview Survey* (HIS)¹, la prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie (usage du produit au moins une fois dans la vie) est de 14,8 % dans la population wallonne âgée de 15 à 64 ans. L'usage de cannabis sur la vie est plus élevé au sein de la tranche d'âge des 25-34 ans (32,4 %) ainsi que chez les hommes. L'âge moyen du premier contact avec ce produit est de 18 ans et 8 mois. La prévalence de l'usage actuel de cannabis (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) est de 3,6 % dans la population wallonne. Il concerne surtout les 15-24 ans (8,4 %) ainsi que les 25-34 ans (7,4 %). L'usage quotidien (ou presque) de cannabis concernerait 0,7 % des Wallons de 15-64 ans. La prévalence de l'usage au cours de la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis est de 2,6 % dans la population wallonne de 15 à 64 ans. La tranche d'âge la plus concernée est celle des 25-34 ans (7,8 %).

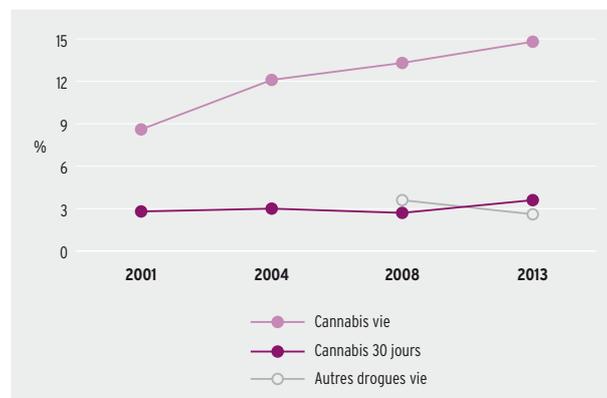
Tableau 1 : Prévalence de l'usage de cannabis et des autres drogues en Wallonie, par âge et par sexe, 2013

(%)	15-24 ans (n=31)	25-34 ans (n=368)	35-44 ans (n=396)	45-54 ans (n=463)	55-64 ans (n=442)	Total (n=1979)
Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie						
Hommes	25,0	44,5	22,8	5,6	2,9	19,5
Femmes	16,8	19,4	11,6	4,4	1,0	10,1
Total	20,9	32,4	17,1	5,0	2,0	14,8
Prévalence de l'usage de cannabis les 12 derniers mois						
Hommes	17,8	17,3	10,0	1,1	0,6	8,9
Femmes	7,7	5,7	1,0	1,2	0,0	2,8
Total	12,7	11,7	5,5	1,1	0,3	5,8
Prévalence de l'usage de cannabis les 30 derniers jours						
Hommes	9,9	12,5	6,2	0,4	0,6	5,6
Femmes	6,9	2,0	0,5	0,1	0,0	1,6
Total	8,4	7,4	3,3	0,2	0,3	3,6
Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite au cours de la vie						
Hommes	2,0	12,3	6,0	1,3	0,0	4,3
Femmes	0,5	3,1	1,0	0,4	0,0	1,0
Total	1,3	7,8	3,5	0,8	0,0	2,6

En Wallonie, comme partout en Belgique, la prévalence d'usage de cannabis sur la vie a significativement et continuellement augmenté depuis 2001, alors que

l'usage actuel est resté relativement stable. Cela suggère une augmentation progressive du nombre de personnes qui expérimentent ce produit, sans que cela ne s'accompagne d'une augmentation du nombre de consommateurs réguliers. La prévalence de l'usage sur la vie d'une autre drogue illicite que le cannabis ne diffère pas entre 2008 et 2013.

Figure 1 : Évolution de l'usage de cannabis et des autres drogues en Wallonie, 2001-2013



Source : Enquête HIS 2013

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

Selon l'enquête HIS 2013, la prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool² (au cours des 12 derniers mois) est de 7,3 % chez les Wallons âgés de 15 ans et plus. Elle augmente à partir de 45 ans et est plus fréquente chez les hommes. La prévalence de la consommation quotidienne est de 16,4 % dans la population wallonne de 15 ans et plus, et celle de la consommation quotidienne à risque³ est de 5,2 %. Elles augmentent également avec l'âge des répondants. Contrairement aux autres indicateurs, la différence de genre est peu marquée pour la consommation quotidienne à risque : il semble y avoir autant de femmes que d'hommes qui consomment quotidiennement une quantité excessive d'alcool. La prévalence du *binge drinking* hebdomadaire⁴ s'élève à 8 % chez les Wallons de 15 ans et plus. Elle est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Contrairement aux autres indicateurs, dont la prévalence augmente avec l'âge, ce comportement est plus fréquent chez les jeunes, en particulier chez les 15-24 ans (12,2 %). Enfin, 10 % de la population wallonne de 15 ans et plus aurait

1. Il est très probable que les résultats de cette enquête sous-estiment la prévalence réelle de l'usage d'alcool et de drogues, en partie parce qu'ils ne couvrent pas, de par la méthodologie utilisée, les personnes marginalisées (incarcérées, en institutions, sans domicile fixe, etc.).
 2. Consommation de plus de 21 verres standards par semaine pour les hommes et de 14 verres par semaine pour les femmes au cours des 12 derniers mois.
 3. Consommation de plus de 2 verres standards par jour chez les femmes et de plus de 4 verres par jour chez les hommes au cours des 12 derniers mois.
 4. Consommation d'au moins 6 verres d'alcool lors d'une même occasion chaque semaine au cours des 12 derniers mois.



Wallonie

Francophones
Bruxelles

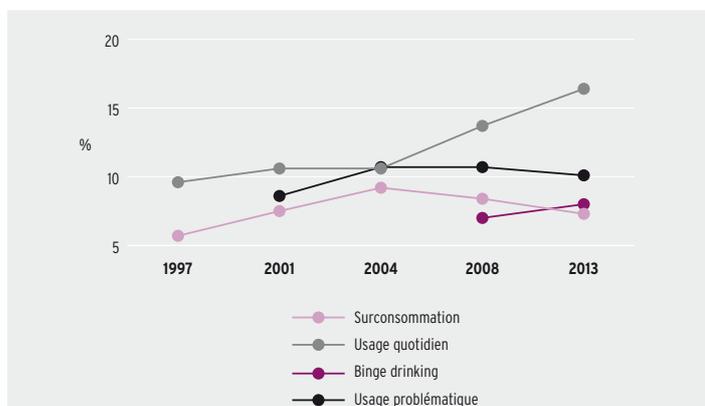
déjà eu un problème d'usage d'alcool. La prévalence sur la vie de l'usage problématique d'alcool est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et elle concerne un peu moins les 15-24 ans ainsi que les 75 ans et plus.

Tableau 2 : Prévalence de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, de la consommation quotidienne à risque, du *binge drinking* et de l'usage problématique d'alcool en Wallonie, par sexe et par tranche d'âge, 2013

(%)	15-24 ans (n=273)	25-34 ans (n=356)	35-44 ans (n=374)	45-54 ans (n=441)	55-64 ans (n=450)	65-74 ans (n=346)	75 ans et + (n=233)	Total (n=2473)
Prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	8,7	8,8	5,3	12,5	14,3	11,6	5,1	9,9
Femmes	2,9	1,6	2,8	7,1	9,8	5,6	3,0	4,9
Total	5,7	5,3	4,0	9,7	12,1	8,4	3,8	7,3
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	3,6	6,6	15,9	23,9	36,4	36,9	31,0	21,4
Femmes	0,0	3,4	10,5	10,9	19,9	19,6	19,1	11,9
Total	1,8	5,0	13,1	17,0	28,1	27,6	23,5	16,4
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool à risque au cours des 12 derniers mois								
Hommes	0,9	4,1	3,4	6,7	10,2	7,6	5,1	5,6
Femmes	2,9	1,6	2,8	7,1	9,8	5,6	3,0	4,9
Total	1,9	2,9	3,1	6,9	10,0	6,6	3,8	5,2
Prévalence du <i>binge drinking</i> hebdomadaire ou + au cours des 12 derniers mois								
Hommes	18,6	13,4	12,0	10,4	15,4	7,3	7,1	12,5
Femmes	6,3	2,0	2,9	3,1	6,7	4,7	1,6	3,9
Total	12,2	7,8	7,4	6,4	11,0	5,9	3,7	8,0
Prévalence de l'usage problématique d'alcool sur la vie								
Hommes	7,3	13,4	13,4	13,1	15,8	16,7	5,1	13,0
Femmes	6,7	6,3	6,4	10,2	9,2	4,6	3,4	7,2
Total	7,0	10,3	9,9	11,7	12,6	10,8	4,1	10,1

Les analyses standardisées pour l'âge et le sexe montrent que la consommation quotidienne a augmenté de manière progressive et significative depuis 1997 en Wallonie. En revanche, l'usage problématique sur la vie, la surconsommation hebdomadaire et le *binge drinking* hebdomadaire sont restés relativement stables au cours du temps.

Figure 2 : Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du *binge drinking* hebdomadaire et de l'usage problématique d'alcool en Wallonie, 1997-2013



Source : Enquête HIS 2013

L'USAGE DE DROGUES CHEZ LES JEUNES - ENQUÊTE HBSC 2014

Selon la dernière enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) réalisée chez les jeunes scolarisés dans l'enseignement secondaire, la prévalence sur la vie de la consommation de cannabis est en diminution chez les élèves de 15-20 ans scolarisés en Wallonie. En 2014, plus d'un tiers des jeunes de 15-20 ans ont déclaré en avoir consommé au moins une fois. La consommation des autres produits, peu courante, est soit relativement stable soit en diminution par rapport à ce que l'on observait précédemment. En 2014, 2,4 % des étudiants wallons de 15-20 ans interrogés ont déclaré consommer du cannabis tous les jours au moment de l'enquête, et 3,7 % pas quotidiennement mais chaque semaine.

Tableau 3 : Évolution de la prévalence de la consommation de drogues sur la vie chez les jeunes de 15-20 ans scolarisés en Wallonie. Enquête HBSC 1994-2014

(%)	1994	2002	2006	2010	2014
Cannabis	21,6	41,7	41,8	38,4	35,1
Ecstasy (et autres drogues de synthèse)	6,2	9,0	5,9	4,1	3,1
Amphétamines	2,8	2,6	/	/	2,9
Opiacés	1,7	1,4	/	/	1,1
Cocaïne	2,1	4,1	/	/	3,0
LSD	2,9	2,5	/	/	1,8
Champignons hallucinogènes	/	9,6	/	/	3,1
Tranquillisants	4,4	3,7	/	/	2,1
Poppers	/	8,3	/	/	3,0
Colle	3,6	4,8	/	/	1,3

LES DEMANDES DE TRAITEMENT - TDI⁵ 2015

Selon le *Treatment Demand Indicator* (TDI), on dénombre actuellement plus de 2200 nouvelles prises en charge annuelles pour une problématique de consommation d'alcool ou de drogues (ce qui correspond à 2140 patients) dans les services spécialisés en assuétudes de la Wallonie. La demande de traitement émane le plus souvent d'une réorientation du secteur psycho-médico-social (26,3 %) ou d'une démarche initiée par la personne (41,6 %), plus rarement du secteur judiciaire (12,2 %). Les demandes émanant du secteur judiciaire sont toutefois relativement élevées lorsque le produit problématique principal est le cannabis (25,2 %). Les opiacés sont les produits principaux les plus fréquemment cités comme étant à l'origine des demandes de traitement des patients (39,4 %), suivi par l'alcool (30,3 %), le cannabis (16,7 %) et la cocaïne (10,5 %). Les patients présentent généralement des antécédents thérapeutiques pour un usage problématique d'alcool ou de drogues (64,4 %). Ils sont relativement nombreux à présenter, voire à cumuler certains facteurs de précarité : problème de logement (11,4 %), revenus limités (35,3 %), faible niveau d'instruction (43,7 %). Enfin, 15,8 % des patients ont déjà eu recours à l'injection et parmi ceux-ci, 44 % ont déjà partagé une seringue usagée.

5. Il s'agit d'un des 5 indicateurs épidémiologiques-clés créés par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT). Il est constitué d'environ 20 variables et permet d'estimer le nombre et de dresser le profil des personnes ayant fait une demande de traitement auprès d'un centre spécialisé en assuétude.

Tableau 4 : Caractéristiques abrégées⁶ des patients ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés en Wallonie, 2015

	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	2140	631	819	219	347
% des patients	100	30,3	39,4	10,5	16,7
Genre (%)					
Hommes	78,4	75,5	81,7	72,6	82,7
Femmes	21,6	24,5	18,3	27,4	17,3
Origine de la demande (%)					
Propre initiative	41,6	33,2	58,4	42,8	22,6
Réorientation	26,3	38,0	18,1	23,7	23,1
Justice	12,2	10,3	7,8	11,2	25,2
Logement (%)					
Domicile fixe	70,9	75,3	61,9	73,6	79,8
Problème de logement*	11,4	5,3	20,7	7,4	4,4
Scolarité (%)					
Non scolarisé	2,9	2,6	3,5	2,6	3,2
Primaire	40,8	27,0	46,1	41,5	52,4
Source de revenu					
Revenu minimum ou CPAS	19,0	11,1	29,0	14,2	13,9
Aucun revenu propre	16,3	6,5	18,3	13,2	32,5
Traitement antérieur (%)					
Oui	64,4	66,8	80,7	59,6	25,3
Non	35,6	33,2	19,3	40,4	74,7

* Logements variables ou dans la rue

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS EN 2015

Selon l'enregistrement des traitements de substitution aux opiacés (TSO), le nombre de patients mutualisés résidant en Wallonie et ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution à la méthadone s'élevait à 8.269 en 2015. Les traitements à base de méthadone sont beaucoup plus fréquemment délivrés que ceux à base de buprénorphine (environ 8 pour 1). Les TSO sont majoritairement prescrits à des hommes (davantage consommateurs d'héroïne que les femmes), ayant un âge compris entre 25 et 54 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 35-44 ans. Sur base de ce registre, on peut estimer qu'il y aurait parmi la population wallonne environ 12.000 usagers d'héroïne.

Tableau 5 : Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes en traitement de substitution aux opiacés en Wallonie, 2015

(%)	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	Total
Méthadone								
Hommes (n=6.338)	2,2	16,8	33,2	20,7	2,9	0,5	0,3	76,7
Femmes (n=1.931)	1,1	6,2	9,3	5,1	0,8	0,4	0,4	23,3
Total (N=8.269)	3,3	23,0	42,5	25,8	3,7	0,8	0,7	100
Buprénorphine								
Hommes (n=779)	2,8	21,3	31,2	15,8	2,6	0,7	0,3	74,7
Femmes (n=263)	1,7	6,3	7,8	6,8	1,9	0,4	0,4	25,3
Total (N=1.042)	4,7	27,6	38,9	22,6	4,5	1,1	0,7	100

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 98 en 2015. L'EWS belge a quant à lui recensé un total de 42 NDS sur la période 2005-2011 (contre 164 au niveau européen), 8 en 2013, 31 en 2014 et 42 en 2015. Cette augmentation est attribuable au développement du marché des «euphorisants légaux» (*legal highs*) et des *research chemicals*, ces substances généralement de nature synthétique qui sont proposées à la vente sur Internet par des entrepreneurs peu scrupuleux en contournant les lois sur les stupéfiants et sur les substances réglementées.

Le nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox a considérablement augmenté depuis 2013, en partie en raison d'une augmentation des alertes portant sur des NDS : 9 alertes sur 15 en 2013, 6 alertes sur 13 en 2014 et 9 alertes sur 14 en 2015. Les 14 alertes diffusées en 2015 portaient sur 34 échantillons de produits différents⁷, dont 12 NDS.

Dans notre rapport 2016, retrouvez aussi des données sur l'usage de drogues par injection, 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, sur le dispositif d'accessibilité au matériel d'injection... Ces données sont spécifiquement présentées pour la Région bruxelloise, et les différences régionales marquantes sont épinglées.

6. Ce tableau résume un nombre limité de variables du TDI. En outre, certaines variables ne sont présentées que partiellement, à travers quelques modalités. Nous renvoyons le lecteur à notre rapport pour une présentation complète du tableau.
7. Une même alerte peut parfois porter sur plusieurs échantillons d'un même produit ayant une composition différente (par exemple, plusieurs pilules d'ecstasy) ou sur des produits différents. Par exemple, une des deux alertes lancées le 28 septembre 2015 portait sur 15 pilules d'ecstasy fortement dosées en MDMA.

CADRE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL

La 6^{ème} Réforme de l'État a impulsé le transfert des compétences en matière de santé, d'action sociale et de sécurité depuis le niveau 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 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-Emilie», le 19 septembre 2013.

LES COMPÉTENCES FÉDÉRALES

Suite à la 6^{ème} Réforme de l'État et les accords de la Sainte-Emilie, et afin d'assurer la cohérence et la convergence des politiques francophones, la FWB, la Commission communautaire française (COCOF) et la Région wallonne (RW) ont décidé de former un comité ministériel et d'ériger un organe de concertation permanent. Ainsi, 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 ce jour, l'organe de concertation n'est pas encore opérationnel.

Sur proposition de la ministre de la santé Mme De Block, la loi portant des dispositions diverses en matière de santé de la ministre fédérale de la santé a été adoptée le 18 décembre 2016. La loi clarifie les compétences des inspecteurs du Service public fédéral Santé publique. Le projet de loi prévoit notamment que les inspecteurs puissent demander des comptes aux supermarchés si de l'alcool est offert en dégustation ; il propose également d'autoriser les inspecteurs à saisir (voire détruire) les boissons alcoolisées en possession de mineurs d'âge. Le projet autorise aussi les personnes qui ne sont pas des professionnels du soin à effectuer des tests démedicalisés (dont les tests VIH) et rend obligatoire les dossiers informatisés pour les médecins généralistes.

Une Conférence interministérielle (CIM) Santé publique, rassemblant les membres du Gouvernement fédéral et des Gouvernements des Communautés et des Régions ayant des compétences en santé, a eu lieu le 24 octobre 2016. Elle devait aboutir à l'actualisation de la Déclaration Conjointe pour une politique globale et intégrée en matière de drogues. Toutefois, les ministres compétents en santé ne sont pas parvenus à un accord concernant les salles de consommation à moindre risque (SCMR) et le Plan national alcool, deux enjeux qui conditionnent l'actualisation de la Déclaration. Ainsi, d'une part, le pouvoir fédéral s'est déclaré en défaveur de la mise en place de SCMR,

contrairement aux gouvernements fédérés ; et la ministre fédérale de la santé, Mme De Block, a commandé une nouvelle étude de faisabilité des SCMR.

Les négociations au sujet du Plan national alcool n'ont pas non plus abouti, faute d'accord au sein de la majorité fédérale et de propositions satisfaisantes aux yeux des entités fédérées, et sont reportées à mars 2017. Dans la perspective de cette CIM, le secteur non-marchand avait émis des recommandations vis-à-vis du futur plan alcool. Le groupe «Jeunes, alcool et société», d'une part, et la Fédito bruxelloise, d'autre part, s'accordent (entre autres) sur certaines propositions :

- Interdire la publicité pour les boissons alcoolisées ;
- Dépénaliser l'apprentissage parental (la loi actuelle interdisant toute délivrance de boissons alcoolisées aux jeunes de moins de 16 ans, même dans le contexte familial) ;
- Clarifier et simplifier la loi en vigueur (notamment en modifiant le degré d'alcool des boissons autorisées aux mineurs d'âge) ;
- Rééquilibrer le financement des actions de prévention, de RdR et de promotion de la santé par rapport aux actions liées à la sécurité et à la répression.

Le Conseil des Ministres a adopté la Note-Cadre de Sécurité Intégrale (NCSI) et le Plan National de Sécurité 2016-2019 en juin 2016. La NCSI comprend un volet «politique intégrée et intégrale actualisée en matière de drogues» qui agit à la fois sur l'offre et la demande de drogues. Afin de réaliser ses priorités en matière de réduction de la demande, le Gouvernement entend (entre autres) : renforcer la prévention, renforcer l'usage d'outils de détection, d'intervention précoce et de réduction des risques, développer la politique de santé pour les consommateurs en prison, etc. Toutefois, la NCSI 2016-2019 renforce la ségrégation législative entre l'alcool et les autres drogues, d'une part, en élargissant sinuusement la loi de 1921 à la consommation-même de drogues illicites, et, d'autre part, en insufflant l'idée que tout usage de drogues illicites est par nature problématique. Dans un tel cadre, les propositions pour réduire la demande, renforcer la prévention et impulser des initiatives de RdR revêtent le manteau répressif.

Découvrez en détails les enjeux du cadre légal et organisationnel fédéral, le résumé du monitoring des dépenses publiques en matière d'alcool, de drogues et de médicaments psychoactives, les propositions du secteur non-marchand vis-à-vis du plan national alcool, le cadre légal de la détention de cannabis, le contenu de la directive européenne sur les produits du tabac, etc. dans notre rapport 2016.

EN RÉGION WALLONNE

Suite à la 6^{ème} Réforme de l'État, les Régions ont hérité, en l'état, des décrets auparavant communautaires, relatifs aux compétences transférées. Les anciens décrets restent de vigueur jusqu'à ce que les Régions décident ou non de les adapter. Ainsi, la Région wallonne travaille à l'élaboration d'un nouveau décret de promotion de la santé et de différents plans visant à améliorer la santé et l'accès aux soins des Wallon.ne.s.

Le futur plan de prévention et promotion de la santé s'inscrit sur le long terme et sera prévu jusqu'à l'horizon 2030. L'élaboration d'un nouveau plan de prévention et de promotion de la santé s'inscrit dans le nouveau cadre politique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la région européenne, baptisé Health 2020 et qui poursuit deux orientations stratégiques : améliorer la santé de tous et réduire les inégalités de santé, et améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé. Conformément aux recommandations de l'OMS, le ministre wallon compétent en matière de santé s'est prononcé en faveur du concept «Santé dans toutes les politiques».

Le ministre Prévot a déclaré vouloir présenter au Gouvernement un Plan régional de promotion et de prévention de la Santé pour la fin de l'année 2017. Le plan de promotion de la santé intègre le Plan d'amélioration de la santé des Wallons et des Wallonnes et le plan wallon Nutrition-Santé, et devra s'articuler avec le Plan de lutte contre la pauvreté 2015-2019. L'un des grands enjeux de la mise en place de ces différents plans est évidemment de veiller à leur articulation. Et afin de tendre vers plus de cohérence politique et de respecter la liberté de choix et de circulation des usagers, la promotion de la santé doit aussi être pensée au-delà des compétences et du territoire wallons. La santé est en effet une problématique transterritoriale et transversale qui, d'une part, doit tenir compte de la mobilité des

usagers, et, d'autre part, doit être appréhendée au sens large, en incluant les compétences communautaires et fédérales.

Le Fonds régional de cohésion sociale a été créé par le Gouvernement en mars 2016. Il remplace le décret relatif au Plan de cohésion sociale (PCS) et s'inscrit dans le Plan de lutte contre la pauvreté 2015-2019. Les conditions d'éligibilité au Fonds excluent d'emblée une centaine de communes, majoritairement de petite taille et rurales. L'arrêt des PCS signifie pour celles-ci la fin d'actions, dont certaines sont en place depuis plusieurs années. C'est alors un ensemble de liens établis avec des partenaires locaux et la continuité de l'expertise de terrain qui risquent fortement d'être rompus.

Le 21 juillet 2016, le Gouvernement a approuvé une note-cadre concernant la réorganisation de la 1^{ère} ligne de soins en Wallonie proposée par le ministre wallon en charge de la santé. Le ministre Prévot souhaite améliorer les dispositifs de 1^{ère} ligne, afin de répondre aux enjeux actuels du système de santé. L'un des grands enjeux de cette réorganisation est la lutte contre les inégalités d'accès aux soins de santé entre les différentes couches de la population. Dans cette perspective, le ministre et le Gouvernement entendent mieux faire connaître l'offre de soins de 1^{ère} ligne aux usagers et aux professionnels, et envisagent de mobiliser l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) pour mener un tel travail de sensibilisation. Le ministre veut également encourager le travail en réseau des différents acteurs de 1^{ère} ligne et escompte améliorer la couverture de la 1^{ère} ligne sur le territoire wallon.

Retrouvez davantage de détails sur l'organisation de l'AViQ, le label BackSafe et les enjeux du cadre organisationnel de la Région wallonne dans notre rapport 2016.

🕒 DÉBATS ET ÉVOLUTIONS

UNGASS 2016

En octobre 2012, la Colombie, le Guatemala et le Mexique ont demandé l'organisation d'une session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) au sujet des politiques drogues. La conférence s'est tenue en avril 2016 à New York. Les États membres ont alors adopté le document final «Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue».

Parmi les avancées les plus marquantes, nous relevons la référence, pour la première fois, au concept de proportionnalité des peines. Le document appelle également à la prise en compte de la dimension «genre» dans l'élaboration des politiques publiques et au développement d'alternatives en matière de condamnation ou de peine. Le besoin d'aborder la culture illicite mais aussi la production et le trafic à travers le prisme de problèmes socio-économiques

parcourt le document. Les États membres s'engagent également à offrir aux détenu.e.s des soins de santé équivalents à ceux disponibles en milieu libre. Enfin, les pouvoirs publics doivent veiller à ce que les structures de traitement et de réadaptation des personnes souffrant de toxicomanie soient de qualité et exemptes de traitements «cruel[s], inhumain[s] ou dégradant[s]».

Toutefois, les références faites au respect des Droits de l'Homme restent floues. En effet, le document final ne se prononce ni sur ce qu'il entend par une telle notion, ni sur les droits des «peuples autochtones». Le document final ne comporte aucune référence explicite à la réduction des risques, et nulle mention n'est faite de l'échec de la guerre globale contre les drogues ni de l'inefficacité du paradigme prohibitionniste. Certains États et observateurs avaient espéré que l'UNGASS 2016 constitue un tournant vers une approche réaliste et globale de la problématique. À l'issue, cependant, force est de constater que nous en sommes encore loin :

le document final reste sans surprise et sans prise de position réellement innovante ; il n'est pas non plus contraignant pour les États et son contenu est flexible (c'est-à-dire que les États souverains adaptent celui-ci à leurs lois nationales et à leurs us et coutumes). La prochaine session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies dédiée aux politiques drogues se tiendra en 2019.

LA RECONNAISSANCE LÉGALE DES SCMR ET DU TRAITEMENT PAR DIACÉTYLMORPHINE

Les deux propositions de loi du parlementaire Willy Demeyer portant sur la reconnaissance légale des SCMR et celle du traitement par diacétylmorphine ont été rejetées par la Chambre des représentants en mars 2015 et renvoyées à la Commission Santé de la Chambre. En mai 2015, la Commission Santé a fait parvenir une demande d'avis à l'Académie Royale de Médecine qui a rendu un avis favorable aux deux propositions début 2016. Parallèlement, la présidente de la Commission Santé a déposé deux propositions d'avis positifs en septembre 2015. Ces avis ont été remis à la Commission Justice qui, elle-même, examine les deux propositions de lois. Les travaux de la Commission Santé sur les avis étaient toutefois à l'arrêt fin 2016, les parlementaires de la majorité ayant exprimé le souhait d'avoir les avis des Communautés et des Régions avant de se positionner.

Ainsi, la Région bruxelloise a apporté son soutien aux propositions, précisant cependant que la faisabilité de telles avancées était conditionnée par l'adaptation des lois fédérales qui régissent la matière, notamment la loi de 1921. *In fine* donc, le fédéral reste seul compétent pour légiférer sur ces matières. Le ministre wallon en charge de la santé a également déclaré être en faveur de ces propositions.

Dans la perspective de préparer la CIM Santé publique qui a eu lieu le 24 octobre 2016, la Réunion thématique Drogues a chargé la Cellule Générale de Politique Drogues de produire une Note au sujet des SCMR. Toutefois, ses constats favorables à l'implantation de SCMR n'ont pas remporté l'adhésion du fédéral qui a réaffirmé sa position lors de la CIM du 24 octobre 2016 : il n'y aura pas de SCMR sous cette législature, leur mise en place ne constituant pas une priorité. Les parties sont néanmoins tombées d'accord pour lancer une nouvelle étude de faisabilité des SCMR.

LA SANTÉ DES DÉTENUS

Nos précédents rapports relayaient l'appel en faveur d'un transfert des compétences relatives aux soins des détenus (hommes et femmes) depuis le ministère de la Justice vers le ministère de la Santé publique. 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.

Les lois du pays n'établissent pas de distinction entre les détenus et les personnes vivant extra-muros en matière d'accès aux soins de la santé. Ceci est vrai dans la Constitution, dans la loi relative aux droits du patient de 2002 et dans la loi de Principes de 2005. Dans la pratique, cependant, ces principes ne sont pas respectés, et ce, notamment parce que les soins intra et extra-muros sont respectivement assurés par le Service public fédéral (SPF) Justice et le SPF Santé publique. Les conditions de détention sont également mauvaises et l'accès aux traitements est limité (hépatite C, traitements de substitution). Tous ces éléments contribuent à une mauvaise santé physique et mentale des détenus, qui sont dès lors en moins bonne santé que la population générale.

Plusieurs initiatives récentes semblent indiquer que le fédéral et les entités fédérées se saisissent progressivement de la question. Au niveau fédéral, un organe de concertation baptisé «Groupe de pilotage soins et détention» a été mis en place. Le ministre wallon de la santé a demandé un rapport parlementaire au sujet de «La santé et la promotion de la santé des personnes détenues en milieu carcéral». Enfin, les entités fédérées francophones se sont réunies le 20 juin 2016 à l'occasion de la CIM francophone des politiques d'intervention en lien avec le milieu carcéral. Toutefois, les mesures proposées par la CIM ne font pas mention des usagers de drogues et usagers sous traitement de substitution. Il n'est question ni de prévention, ni de RdR, matières pour lesquelles les entités fédérées sont pourtant compétentes et qui participent à la santé globale des (ex-)détenus. La CIM ne semble pas non plus se saisir de la problématique de l'équivalence et de la continuité des soins, ni ne revendique le transfert de la compétence «santé des détenus» vers le SPF Santé publique. Et si la CIM n'aborde pas ces problématiques, c'est sans doute parce qu'elles restent de la compétence du fédéral, grand absent de la Conférence.

Tant la mise en place d'initiatives en promotion de la santé, en prévention et en RdR, que l'amélioration des conditions de vie, en passant par l'équivalence des soins de santé, sont des conditions *sine qua non* de la santé des détenus. Or, garantir le maintien du bon état de santé physique et mentale de ceux-ci est indissociable de la lutte contre la marginalisation et la précarisation de ceux qui sortent.

Découvrez aussi dans notre rapport 2016 les résultats de l'étude SOCOST sur le coût social des drogues légales et illégales en Belgique (2012), le rôle des médecins généralistes dans les problématiques de toxicomanie et l'intégration de la notion de genre dans les politiques publiques.

