

L'USAGE DE DROGUES EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

RAPPORT 2011-2012

MIGUEL RWUBU & MICHAËL HOGGE

L'USAGE DE DROGUES EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

RAPPORT 2011-2012

AUTEURS : MIGUEL RWUBU ET MICHAËL HOGGE

SOUS LA COORDINATION DE LUCIA CASERO

RELECTURE : PASCALE ANCEAUX, MARTINE DAL,
CATHERINE VAN HUYCK ET LUCIA CASERO

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	6
REMERCIEMENTS	11
1 CADRE LÉgal ET ORGANISATIONNEL	12
1.1 ORGANISATION	12
1.1.1 Compétences	12
1.1.2 Les stratégies politiques	14
1.2 FINANCEMENT PUBLIC DU SECTEUR TOXICOMANIE	20
1.2.1 Considérations générales	20
1.2.2 L'État fédéral	21
1.2.3 La Fédération Wallonie-Bruxelles	22
1.2.4 La COCOF	24
1.3 LES DÉVELOPPEMENTS LÉGISLATIFS RÉCENTS	25
1.3.1 Réforme du secteur de promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles	25
1.3.2 Réforme de l'État	26
1.3.3 «Legal highs»/Alertes précoces : projet de modifications de la loi de 1921 sur les stupéfiants	28
1.4 DÉBAT/ÉVOLUTION DE LA SITUATION	29
1.4.1 Incertitudes	29
2 SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET TENDANCES	31
2.1 LA PRÉVALENCE DES USAGES DE DROGUES	31
2.1.1 L'usage de drogues dans la population générale	31
2.1.2 L'usage de drogues chez les jeunes	34
2.1.3 L'usage de drogues chez les personnes prostituées	38
2.2 LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ	41
2.2.1 Demande de traitement auprès des services spécialisés en toxicomanies : données issues de l'indicateur de la demande de traitement (TDI)	41
2.2.2 La morbidité en rapport avec la consommation de drogues	61
2.2.3 La mortalité en rapport avec la consommation de drogues	72
2.3 LES CONSÉQUENCES SOCIALES	74
2.3.1 Données recueillies par les forces de l'ordre	74
2.3.2 Accidents de la route	76
2.3.3 Disponibilité et offre	78
3 DONNÉES INDICATIVES SUR L'USAGE DE DROGUES DANS DES GROUPES SPÉCIFIQUES	85
3.1 LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET AUTRES CONTACTS ENREGISTRÉS PAR INFOR-DROGUES	85
3.2 L'USAGE DE DROGUES EN MILIEU FESTIF	88
3.3 L'USAGE DE DROGUES «EN RUE»	93
3.4 DONNÉES ISSUES DU DISPOSITIF D'ACCESSIBILITÉ AU MATÉRIEL D'INJECTION	96
3.5 DONNÉES ISSUES DE L'ANALYSE DE PRODUITS	100
4 DOSSIER : LES SALLES D'INJECTION SUPERVISÉES	101
4.1 INTRODUCTION	101
4.2 FONCTIONNEMENT DES CIS	104

4.2.1	Matériel et services :	104
4.2.2	Fonctionnement	105
4.2.3	Projets émergents	106
4.3	CONDITIONS D'IMPLANTATION	107
4.3.1	Forces de l'ordre	107
4.3.2	Cadre légal	107
4.3.3	Exécutifs locaux	108
4.3.4	Services spécialisés	108
4.3.5	Implication communautaire/implication des injecteurs	108
4.4	PRÉSENTATION PAR OU POUR LES RESPONSABLES POLITIQUES	109
4.4.1	Que pense l'opinion publique ?	109
4.4.2	Serment d'Hippocrate : Primum non nocere deinde curare (D'abord, ne pas nuire, ensuite soigner !)	110
4.4.3	Relevé des besoins non couverts par les services de santé classiques	110
4.4.4	Réduction des nuisances publiques et du coût pour la société	111
4.4.5	Réinsertion sociale des usagers	111
4.5	ÉVALUATIONS	112
4.5.1	Trois études «evidence-based»	112
4.5.2	Revue des études et rapports d'évaluation	116
4.6	VALIDITÉ DES ÉVALUATIONS	122
4.6.1	Sur la capacité des études d'isoler les effets des CIS (et des autres services de réduction des risques)	122
4.6.2	Sur les effets de phénomènes et processus «étrangers» aux SIS et à leurs services partenaires	122
4.6.3	Évaluer des effets à court, moyen et long termes	123
4.7	CONCLUSION	123
5	CADRE ET MISSIONS D'EUROTOX	125
5.1	INTRODUCTION	125
5.2	SOUS-POINT FOCAL DE L'OEDT	126
5.2.1	Missions du Sous-Point Focal Eurotox	126
5.3	OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL DROGUES EN FWB	129
5.3.1	Rapport sur l'usage de drogues en FWB	129
5.3.2	Développement du recueil de données (système de monitoring) en Fédération Wallonie-Bruxelles	129
5.4	AUTRES ACTIVITÉS DE L'ASBL EUROTOX	130
5.4.1	Recherche	130
5.4.2	Action spécifique	131
6	BIBLIOGRAPHIE	132
7	LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	137
8	ANNEXES	140
8.1	EXEMPLE DE MESSAGE D'ALERTE PRÉCOCE	140
8.2	EXEMPLE D'ÉCHANGE DE MESSAGES VIA LE «YAHOO GROUP» SUR LES TENDANCES ÉMERGENTES CRÉÉ PAR EUROTOX : LA 4-MÉTHYLAMPHÉTAMINE	143

INTRODUCTION

L'asbl Eurotox remplit, depuis septembre 2000, les missions d'Observatoire Socio-Épidémiologique Alcool-Drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) et de Sous-Point Focal belge de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies. Il s'agit du septième rapport socio-épidémiologique produit par Eurotox sur l'usage de drogues en FWB. Il couvre les données épidémiologiques de l'année 2010 (ou postérieures, lorsqu'elles étaient disponibles). Il arrive toutefois 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, remontant parfois en amont, descendant parfois en aval de l'année 2011.

Le rapport est composé de cinq chapitres, suivis 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** relatif aux assuétudes en Belgique en général, et en FWB en particulier. Il aborde la question des **compétences des différents pouvoirs publics concernés**, du **financement public** et des **développements législatifs** ou de **stratégies politiques** récents.

On y découvre des **budgets** dédiés aux drogues, détaillés notamment selon la troisième levée de l'enquête fédérale récurrente **Drogues en chiffres**. C'est l'occasion de constater que la répartition des subsides entre les quatre piliers traditionnels (prévention, assistance, réduction des risques et sécurité) est bouleversée par un nouvel élément : la prise en compte dans le pilier «assistance» (c'est-à-dire «soins») de l'alcool et des médicaments psychotropes. Cela change la donne, les soins prodigués aux personnes dépendantes à l'alcool et aux médicaments pondérant ce pilier de manière très lourde. On constate toutefois, si on compare les chiffres de cette enquête (2008) avec ceux de la précédente (2004) sans tenir compte de l'alcool et des médicaments psychotropes, que les choses n'ont que peu changé. En effet, le pilier «sécurité» emporte une fois encore la timbale avec 61,96 % des sommes allouées (+ 5,72 %), pour 34,05 % à l'assistance (-5,53 %), 2,91 % à la prévention (-0,81 %) et 0,59 % à la réduction des risques (comptabilisée pour la première fois de manière formelle).

On s'y penche ensuite sur l'état de la **réforme du secteur de la promotion de la santé** en FWB. On sait en effet que la ministre en charge de la santé a diligenté une évaluation du secteur par un consortium de consultance privé, évaluation qui fut publiée en mars 2011 et pointait l'absence d'une réelle planification de la politique de santé et de son implémentation, mais aussi d'une réelle évaluation des effets de cette politique. On y découvre la réaction du secteur, organisé pour l'occasion en un «Collectif des acteurs de promotion de la santé». Celui-ci plaide pour une réforme plus concertée, déplorant notamment le glissement de la Promotion de la santé vers une définition de plus en plus envisagée sous le seul angle médical, mais aussi le fait que l'évaluation a porté sur la forme plutôt que sur le contenu et sur le fait que, selon le collectif, trop peu d'acteurs clés ont été consultés (et essentiellement par un questionnaire écrit). Le Conseil Supérieur de Promotion de la Santé (CSPS) avait lui-même publié un avis critique sur la méthodologie et le contexte d'évaluation du rapport. Entre-temps, les deux mesures phares qui ont émergé du rapport, soit d'une part la rédaction d'un nouveau Code de la Santé visant à clarifier le cadre légal et à le rendre plus transparent ; de l'autre la création d'un Organisme Public qui piloterait la politique de santé en FWB, sont en cours de réalisation au sein du cabinet de la ministre, sans que l'on sache exactement à quelle échéance on peut en prévoir l'implémentation. La ministre a invité 4 membres du CSPS ainsi qu'un représentant des services PSE à prendre part à un groupe de travail avec des membres du cabinet afin d'accompagner la rédaction du nouveau Code de la santé. La version définitive devra en être approuvée par le CSPS lui-même. Le texte final devrait être soumis au gouvernement de la FWB à la fin de 2012, et au parlement au cours du premier semestre 2013.

Le cabinet a déjà fait savoir que le cadre et le volume de travail seraient maintenus : les travailleurs du terrain dont les missions actuelles seraient assurées dans le futur par l'Organisme Public seraient simplement invités à venir y poursuivre leurs missions.

On y effleure également la **réforme de l'État**, dont les principes ont été décrits dans l'«Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'État», le 11 Octobre 2011. Les implications et la mise en œuvre de ce dernier seront complexes, et ne sont pas encore totalement définies.

Un but central de la réforme était d'organiser une plus grande **autonomie fiscale des entités fédérées**. Ce changement se concrétisera par des transferts de compétences, et donc de responsabilité budgétaire, vers les entités fédérées. Ces matières seront réglées par une «loi spéciale de financement». Un accord sur celle-ci est intervenu fin septembre 2011. Cette loi instituera une autonomie fiscale plus grande mais «encadrée». On entend par là que des mécanismes existeront pour éviter l'appauvrissement des entités les plus fragiles, maintenant de la sorte le mécanisme de solidarité entre les entités. À l'heure de la publication de ce rapport, la discussion sur la nature exacte et les **modalités des transferts de compétences** se poursuit. Une **date de mise en œuvre** des transferts a été évoquée : janvier 2014. Les observateurs s'accordent à dire que ces transferts peuvent s'apparenter à un véritable casse-tête, bien plus complexe encore que la scission électorale et judiciaire de BHV. Pour les entités fédérées, soit les régions et communautés, l'incertitude reste donc grande : quelles administrations vont être renforcées pour mettre en œuvre ces transferts ? Qui aura exactement quelle compétence ? Quelles seront précisément les balises budgétaires ? Dans quels bâtiments seront logés ces nouveaux fonctionnaires ? etc. Ces questions, ainsi que la nature des transferts déjà acquis dans l'accord institutionnel, et les nouvelles instances décisionnelles appelées à voir le jour, sont détaillées au sein de ce paragraphe, allant du général au particulier.

Un débat sur les **incertitudes planant sur le secteur** clôt ce premier chapitre. L'incertitude plane en effet de manière transversale sur un certain nombre de questions, à plusieurs niveaux décisionnels et institutionnels : Code de la santé et agrément des services ; prévention et réduction des risques (versus répression) ; quantitatif (versus qualitatif) ; mode(s) d'implémentation des Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en FWB... autant de domaines dans lesquels il serait difficile de prédire de quel côté penchera la balance à moyen terme, ce qui institue une certaine précarité dans le déploiement actuel de missions ardues, en recherche de soutien et de cadre structurels et structurants.

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, chez les jeunes, et chez les femmes prostituées**, et ce au niveau national ou de la FWB. 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 2008** montre qu'environ 14 % 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 de cannabis, cette enquête révèle qu'environ 3 % 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.

Les résultats préliminaires de l'**enquête HBSC 2010** montrent que les différents indicateurs de prévalences de consommation de cannabis et d'ecstasy sont clairement en recul par rapports aux années précédentes chez les jeunes de 12-20 ans de la FWB.

Les résultats d'une **enquête européenne sur l'attitude des jeunes par rapport aux drogues** suggèrent que les jeunes belges de 15 à 24 ans estiment être peu informés sur les drogues, par rapport aux autres jeunes européens. En outre, 50 % des jeunes belges interrogés sont favorables à la dépénalisation de la vente de cannabis.

Enfin, une **enquête sur l'usage de drogues chez les femmes prostituées** réalisée au niveau national confirme que l'usage de drogues est nettement plus répandu dans cette population que dans la population générale. Ainsi, l'expérimentation de cannabis concerne 58,5 % des personnes interrogées, et celle de cocaïne 45 %, l'ecstasy et les amphétamines ayant été quant à eux expérimentés par 33 % et 27 % d'entre-elles, respectivement. L'usage au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête est certes moins répandu, mais concerne tout de même une portion importante des personnes interrogées : ainsi, 26 % d'entre-elles ont mentionné avoir consommé au cours des 30 derniers jours des benzodiazépines, 25 % du cannabis et 17 % de la cocaïne, la consommation des autres produits étant nettement moins courante. Cette enquête met également en évidence des différences en fonction du secteur de prostitution. Par exemple, la consommation actuelle (au cours des 30 derniers jours) d'héroïne et de crack concerne quasi exclusivement les prostituées de rue, alors que l'ecstasy est généralement consommé par les prostituées qui travaillent dans le secteur de l'escort.

Dans un second temps, le chapitre 2 aborde les **conséquences sur la santé**.

Celles-ci sont d'abord abordées à travers les résultats du **monitoring des demandes de traitement auprès des services spécialisés en toxicomanies** (l'indicateur de demande de traitement, TDI). Après un bref rappel du contexte de recherche et de la méthodologie employée, on trouvera une présentation détaillée des demandes de traitement introduites sur la période 2006-2011. Nous distinguerons les premières demandes de l'ensemble des admissions, et nous dépeindrons notamment les caractéristiques sociodémographiques et le profil de consommation des patients, ainsi que leurs antécédents judiciaires. Nous tenterons ensuite d'établir un «profil moyen» des patients primo-demandeurs en fonction du type de produit principal consommé (opiacés, cocaïne, cannabis et alcool). Les analyses de ces données montrent que l'âge moyen des patients admis sur la période 2006-2011 est d'environ 34 ans. Les patients sont majoritairement de sexe masculin et d'origine belge, mais on notera tout de même que 24 % des patients sont d'origine étrangère. Une importante portion des patients est peu scolarisée et, corollairement, sans emploi. Plus d'un tiers des patients vivent seuls et environ 16 % des patients sont sans logement stable. Au niveau de la consommation, on observe que la classe des opiacés est fréquemment à l'origine de demandes de traitement enregistrées sur cette période, puisqu'elle concerne environ 50 % des patients. Le mode de consommation du produit principal le plus fréquemment rapporté est l'inhalation/fumette, suivi de l'absorption par voie orale. Néanmoins, un peu moins d'un quart des patients a déjà eu recours au moins une fois à l'injection, et 8 % y ont eu recours durant les 30 derniers jours précédant l'introduction de la demande de traitement. Enfin, près de la moitié des patients ayant introduit une demande de traitement sur la période 2006-2011 présentaient des antécédents judiciaires.

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.

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 fort augmenté pendant la période 1997-2003, et qu'elle subit à nouveau une augmentation depuis 2006. Parmi les modes de transmission les plus fréquemment rapportés par les patients, on retrouve, par ordre d'importance, les rapports hétérosexuels (64 %), les rapports homosexuels (29,2 %), et l'injection de drogues par voie intraveineuse (2,3 %). Néanmoins, le pourcentage d'infections liées à l'injection de drogues par voie intraveineuse diminue continuellement depuis le début des années nonante, et ce tant chez les patients belges que non belges.

Les données issues de l'**indicateur «maladies infectieuses»** montrent qu'en 2010, la proportion de patients en traitement pour un problème de drogues en Wallonie qui sont atteints par le VHC est relativement importante, puisqu'elle correspond à environ un quart des patients testés. La proportion de sujets atteints par le VHB parmi les patients testés est en revanche nettement moins élevée (environ 10 %). Finalement, la proportion de personnes atteintes du VIH parmi les patients testés est très faible (environ 3 %). De manière générale, on observe qu'une grande majorité des patients infectés par ces maladies ont déjà eu recours à des comportements d'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.

Finalement, les conséquences sur la santé sont complétées par les **données issues du Résumé Psychiatrique Minimum**, une étude portant sur la **prévalence du double diagnostic chez les patients schizophrènes**, une étude sur le **recours aux services d'urgences par les usagers de drogues**, ainsi que par les données issues des **appels téléphoniques du centre anti-poisons**.

Dans un troisième temps, ce chapitre aborde les **conséquences sociales**, en présentant les données recueillies par les forces de l'ordre ainsi que par d'autres instances telles que le ministère des affaires économiques ou des intervenants socio-sanitaires. L'enquête réalisée annuellement par Eurotox sur le **prix des drogues** en rue montre que le prix du cannabis (résine et herbe) est assez stable ces trois dernières années. En ce qui concerne les psychostimulants, le prix de la cocaïne est particulièrement stable depuis 2005, alors que le prix des amphétamines est en baisse depuis 2009. Le prix de l'héroïne a quant à lui légèrement augmenté en 2011. Ces fluctuations peuvent avoir des conséquences directes sur les choix de consommation des usagers.

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, personnes rencontrées en rue à travers les opérations Boule de Neige¹). Ces données sont généralement récoltées par des associations de terrain qui œuvrent (notamment) 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.

De manière générale, on constate que le produit le plus consommé après le tabac et l'alcool est le cannabis et ce, quel que soit le groupe spécifique considéré. Plus particulièrement, en **milieu festif** (c'est-à-dire à travers les différents événements couverts par des acteurs de la réduction des risques liés à l'usage de drogues en milieu festif), un peu moins d'un quart des personnes interrogées ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de l'événement, les autres produits étant cités de manière nettement moins fréquente.

On constate également, à travers les **opérations Boule de Neige** réalisées **en rue**, que la proportion d'usagers de drogues (en ce compris l'alcool) parmi l'ensemble des répondants est très élevée. La consommation d'alcool, de cocaïne et d'héroïne est très importante, tout comme le phénomène de polyconsommation : on note ainsi en 2011 une moyenne de quasiment 5 produits différents consommés au cours du dernier mois précédant l'enquête par les répondants. Enfin, en 2011, 45 % des répondants ont déclaré avoir eu recours à l'injection au cours du dernier mois, et ils ont souvent eu des comportements à risque au cours des six derniers mois (utilisation de seringues usagées, etc.).

Grâce aux données récoltées au sein des **dispositifs d'échange de seringues**, nous pouvons suivre depuis 1994 l'évolution de la distribution et de l'échange de seringues et de matériel d'injection auprès des usagers de drogues. 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 nouvelle augmentation en 2007. Le nombre de seringues distribuées en 2011 a toutefois progressivement diminué de près de 11.000 unités par rapport à 2007. Nous présentons également dans ce chapitre des données relatives à la distribution du Stérifix en pharmacie, des Stéricups dans les comptoirs d'échange, ainsi que des données complémentaires sur la récupération de seringues usagées. Ce chapitre est finalement clôturé par quelques données indicatives relatives à l'analyse de produits.

Le **QUATRIÈME CHAPITRE** est un **dossier sur les salles (ou «centres») d'injection supervisées («CIS»)**. On y fait le point sur ces dispositifs qui permettent à des usagers précarisés, essentiellement injecteurs, de consommer leurs produits dans un cadre sécurisé et même médicalisé. Les objectifs centraux de ces salles existant dans de nombreux pays, et dont le nombre actuel dépasse les 90 unités, sont essentiellement de faire baisser les coûts médicaux et sociétaux des consommations

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»).

non-gérées ; de rétablir le contact avec des usagers peu ou pas joignables par les dispositifs plus traditionnels, afin de les aider à reprendre le contrôle de leur santé ; et de contrôler et réduire les nuisances sociales et le sentiment d'insécurité qu'éprouve la population devant ces consommations qui, sans les CIS, ont souvent lieu dans l'espace public. On verra à la lumière d'un certain nombre d'évaluations (Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale - France ; Institut National de Santé du Québec, etc.), notamment evidence-based, que ces objectifs sont assez largement atteints et que les CIS se présentent comme des outils très complémentaires aux dispositifs de prévention et de réduction des risques existant par ailleurs.

Le **CINQUIÈME CHAPITRE** décrit l'**observatoire** socio-épidémiologique que constitue Eurotox, et les missions qu'il remplit. Celles-ci se divisent en missions d'observation, de récolte et traitement de données pour la **Fédération Wallonie-Bruxelles** d'une part, pour l'**Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies** de l'autre.

Dans ce dernier cadre on y détaille les différentes missions : la participation au «**Belgian National Report**» sur l'usage de drogues, à destination de l'OEDT ; la mise en œuvre des **cinq indicateurs épidémiologiques-clés** que sont l'indicateur de demande de traitement (TDI), la prévalence d'usage dans la population générale, la prévalence de l'usage problématique, les maladies infectieuses liées aux drogues et enfin la mortalité liée aux drogues ; l'alimentation de la base de données européennes **EDDRA**² et enfin le système d'alerte précoce sur les nouveaux produits ou nouveaux modes de consommation entraînant des risques accrus, dit aussi «**Early Warning System**» ou «**EWS**».

En ce qui concerne le TDI notamment, on trouvera les derniers développements en termes de récolte (informatisation et harmonisation à l'échelle nationale).

Dans le cadre des missions d'**Observatoire Socio-Épidémiologique Alcool-Drogues** pour la FWB, on détaille ensuite l'élaboration et la rédaction du présent rapport, soit le septième «**Rapport sur l'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles**». Le développement du recueil de données (système de **monitoring**) mis en œuvre par Eurotox est ensuite développé, notamment en termes de statut juridique et de base légale.

Enfin, pour clore le chapitre, les autres activités d'Eurotox sont décrites, notamment en termes de **recherches** mais aussi de collecte des **tendances émergentes** (avec l'évolution du Yahoo Group sur les tendances émergentes annoncé puis décrit dans nos rapports précédents³, véritable forum Internet d'échange de savoirs entre professionnels des assuétudes, à propos des produits ou des modes de consommation émergents).

Enfin, des **ANNEXES** auxquelles renvoie le corps du texte sont également proposées au lecteur.

2 European Drug Demand Reduction Actions, voir : <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1580>
3 http://fr.groups.yahoo.com/group/tendances_emergentes_alerte_precoc

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 de terrain actives en toxicomanies en Fédération Wallonie-Bruxelles, que ce soit dans le domaine de la prévention ou du traitement, qui ont participé au recueil de données et collaboré à la collecte d'information sur leurs activités. Sans elles, ce rapport ne pourrait exister.
- Parmi elles, une mention particulière pour les institutions qui nous ont fourni, parfois avant leur publication, des données qui ont servis à l'élaboration des chapitres 2 et 3. Soit en particulier pour cette année, Modus Vivendi, Infor-Drogues, le service SIPES-ULB, la FARES, le ministère des Affaires Économiques (Institut National de Statistiques), l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles et la Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale.
- 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 Feditos.
- Les autres Sous-points focaux belges de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT) avec lesquels nous collaborons, soit le VAD (Vereniging voor Alcohol en andere Drug problemen de la Communauté flamande) et la Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale.
- Le Point focal belge de l'OEDT, soit l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP), dépendant du Ministre fédéral en charge de la Santé.
- Les cabinets et administrations des Ministres ayant en charge la Santé en Fédération Wallonie-Bruxelles et en Wallonie, ainsi qu'à Bruxelles, pendant la période couverte par ce rapport.
- Certains organismes publics ou parastataux tels l'IBSR, l'INS, le SPP ou encore la Police Fédérale.
- Les partenaires privilégiés que sont Infor-Drogues, Modus Vivendi et Prospective Jeunesse qui par leur travail, leur collaboration bénévole et leurs conseils, contribuent activement à la réalisation des activités et des missions d'Eurotox.

1 CADRE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL

1.1 ORGANISATION

1.1.1 COMPÉTENCES

Les matières qui touchent aux drogues relèvent principalement des secteurs de la santé et de la justice. D'autres secteurs interviennent toutefois, et notamment le Ministère de l'Intérieur, qui est peu à peu intervenu de manière structurelle dans la gestion des assuétudes via ce qui fut autrefois les «contrats de sécurité» et les «plans drogues», aujourd'hui remplacés par les «Plans stratégiques de sécurité et de prévention». Citons encore le niveau provincial et le niveau local. Les compétences en la matière sont échelonnées entre l'état fédéral, les entités fédérées, les provinces et les communes.

1.1.1.1 L'État fédéral

-  **Prévention de la criminalité :** Le ministère de l'Intérieur est compétent via le Plan National de Sécurité (dernière levée : 2012-2015), et surtout via les «Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention», derniers descendants des anciens «Contrats de Sécurité» et des «Plans Drogues». Ces plans s'attachent essentiellement à la réduction des nuisances sociales liées aux consommations de drogues.
-  **Traitements / réhabilitation :** Tout d'abord, on le sait peu, mais la moitié du budget assuétudes des «Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention» va à des activités de traitement (De Ruyver & al., 2011). Celles-ci sont entendues comme une manière d'accompagner des consommateurs de longue date sur le chemin de la réintégration dans la société, faisant ainsi en principe, en dernière instance, baisser les nuisances sociales visées par les «plans». L'INAMI soutient quant à lui des organisations actives dans le domaine de la revalidation et de la rééducation. C'est par lui aussi qu'est financé le Fonds Fédéral Assuétudes, lequel permet notamment de développer des actions dans le domaine des soins. Le SPF Santé Publique finance notamment des projets pilotes, comme ce fut le cas du projet TADAM (délivrance contrôlée de diacétylmorphine, dite «héroïne médicale», pour des personnes résistantes aux traitements de substitution aux opiacés). L'INAMI et le SPF Santé Publique financent, en commun, le secteur hospitalier, notamment pour des traitements liés aux assuétudes. Le SPP Intégration Sociale peut soutenir des projets spécifiquement liés aux consommations de drogues, via la Politique des Grandes Villes d'une part, et les postcures pour personnes dépendantes de l'autre.
-  **Coordination :** Une cellule de coordination dite «Cellule Générale de Politique en matière de Drogues» a vu le jour en 2008, après s'être faite attendre depuis 2002.⁴ Elle dépend de la «Conférence interministérielle politique en matière de Drogues», laquelle regroupe tous les ministres fédéraux ou des entités fédérées des différentes compétences concernées (santé, sécurité, répression, transports, etc.). Une «Cellule Politique Santé Drogues» (CPSD, compétente pour le volet «santé» des problèmes de drogue) a été créée bien avant elle, et a effectué depuis 2002 ce travail de concertation entre les différents niveaux de pouvoir. C'est le ministère de la santé publique qui joue le rôle de coordination de ces deux entités.
-  **Prévention/Recherche :** Le ministère des affaires étrangères fournit une contribution budgétaire à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui est une émanation de l'ONU. Une partie du

⁴ Le texte suivant en portait création : *Accord de coopération entre l'État, les Communautés, la Commission Communautaire commune, la Commission Communautaire française et les Régions pour une politique des drogues globale et intégrée* (2 septembre 2002).

budget global de l'OMS (12,94 %) est consacrée à la prévention et à la réduction des risques liés à la consommation de tabac, d'alcool, de drogues illégales et d'autres substances psychoactives (De Ruyver & al., 2011). Le ministère de la défense comporte quant à lui une «cellule addictions» qui met sur pied des actions de sensibilisation et d'information sur les comportements à risques. Le ministère des Affaires sociales et de la Santé publique finance des recherches, de même que le premier ministre, via la «Politique Scientifique Fédérale» («Programme de recherches d'appui à la note politique fédérale relative à la problématique de la drogue»⁵). Le Fonds Assuétudes, financé via l'INAMI, soutient exceptionnellement des actions de type prévention, comme une «campagne media nationale sur l'alcool et les autres drogues». Les actions de prévention du tabagisme sont soutenues par le Fonds Tabac, distinct du Fonds Assuétudes.



Réduction des risques : Une toute petite partie des montants alloués aux Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention est consacrée à des activités de réduction des risques, notamment en milieu festif. C'est donc là encore le Ministère de l'Intérieur qui développe cette compétence, ce qui montre une fois de plus l'éclatement des responsabilités à tous les niveaux, depuis le fédéral jusqu'aux entités fédérées et même parfois plus bas (provinces et communes).

1.1.1.2 La Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB, anciennement «Communauté française»)

La FWB, département «promotion de la santé» est compétence en matière de prévention des assuétudes. Elle subventionne également la réduction des risques liés à l'usage de drogues, mais en commun avec les deux régions (Bruxelles-Capitale et la Wallonie). Ce soutien va à des actions de réduction des risques qui comprennent la réduction de la transmission des maladies infectieuses.

Il faut par ailleurs noter que des montants marginaux sont accordés à la prévention des assuétudes, en FWB, via l'Aide à la Jeunesse, l'Enseignement et l'Éducation Permanente.

1.1.1.3 La Région wallonne

La Région wallonne soutient des projets qui s'inscrivent dans le domaine curatif ambulatoire au sens large. On y trouve donc, outre l'accueil et la prise en charge ambulatoire, l'élaboration ou le soutien d'initiatives de réinsertion, de réduction de risques mais aussi de formations et de recherches. La Région finance les fédérations qui assurent le rôle de coordination pour leurs membres.

La prévention, compétence «éclatée» s'il en est, est également déclinée en Wallonie, via les «Plans de Cohésion Sociale», qui comprennent de nombreuses actions de prévention dans divers domaines visant à développer la cohésion sociale, dont la prévention des assuétudes (De Ruyver & al., 2011).

1.1.1.4 La Commission Communautaire française (COCOF)

Les compétences en matière de santé de la Région de Bruxelles-Capitale relèvent traditionnellement de trois entités différentes : la Commission Communautaire française (COCOF), son équivalente la Vlaamse Gemeenschap commissie et l'organe bi-communautaire c'est-à-dire la Commission Communautaire commune/Gemeenschappelijk Gemeenschapscommissie.

La COCOF soutient, comme en Région wallonne, des projets qui s'inscrivent dans le domaine curatif ambulatoire au sens large (notamment les Services de Santé Mentale et les Maisons Médicales). Mais ses missions dépassent en fait le simple «curatif» : la COCOF est compétente pour 6 missions menées par les services agréés, soit l'accompagnement (psychologique), les soins, la prévention, la réinsertion, la formation et la liaison.

5 Voir www.belspo.be et plus précisément : <http://www.belspo.be/belspo/fedra/prog.asp?l=fr&COD=DR> (2 novembre 2012).

La réduction des risques est aussi financée, via d'une part l'amélioration du bien-être en milieu festif, d'autre part via un soutien à l'offre de matériel stérile et de premiers soins à des usagers de drogues marginalisés.

La COCOF finance aussi la Fedito bruxelloise, soit la «Fédération des Institutions pour Toxicomanes», qui assure un rôle de coordination pour ses membres.

1.1.1.5 Les provinces

Le niveau provincial peut prendre des initiatives dans le domaine de la médecine préventive. C'est ainsi que certaines provinces ont mis en place, au sein d'institutions provinciales, des cellules Assuétudes/Drogues (secteur de la prévention mais parfois aussi de la prise en charge). Elles ont un rôle de coordination.

De plus, les provinces subsidient des plates-formes de concertation pour la santé mentale. Certains Services de Santé Mentale proposant des programmes de traitement à des personnes dépendantes sont quant à eux subsidiés individuellement (Brabant Wallon, Luxembourg).

Des observatoires sont également subsidiés, tel l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

Il arrive aussi (Brabant Wallon) qu'un CLPS soit subsidié, ce qui renforce indirectement le «Point d'Appui Assuétudes» implémenté par ce dernier et subsidié par la FWB.

Enfin, des journées d'information sont parfois organisées (provinces de Luxembourg et de Liège), notamment dans les écoles.

1.1.1.6 Les communes

Les actions les plus importantes menées au niveau local le sont dans le domaine de la prévention des consommations abusives d'alcool, de drogues illégales et de médicaments (De Ruyver & al., 2011).

Des projets de réduction de la demande sont menés sous l'impulsion des Plans stratégiques de sécurité et de prévention, dont la responsabilité est fédérale, mais dont la gestion est locale.

Pour le reste, en termes de prévention, on trouvera par exemple côte à côte tant le financement d'une journée de formation dans les écoles que le programme MEGA de la police, des campagnes de prévention, etc.

En termes de soins liés aux drogues illégales, à l'alcool et aux médicaments, on trouve des interventions du niveau communal depuis les grandes villes jusqu'aux villes et communes périphériques, sans toutefois aller jusqu'aux communes rurales. Quant à l'assistance en termes de dépendance au tabac, elle reste marginale au niveau des communes (développée dans certaines villes et communes périphériques).

Des dépenses limitées sont également à signaler au niveau communal dans le domaine de la réduction des risques, dans des grandes villes et des villes «régionales» (De Ruyver & al., 2011).

1.1.2 LES STRATÉGIES POLITIQUES

1.1.2.1 Déclaration conjointe de la Conférence interministérielle Drogues : «Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique» (25 janvier 2010)

Le 25 janvier 2010, la Conférence interministérielle Drogues (CIM), qui réunit tous les ministres (ou leurs représentants) dont les compétences touchent aux produits psychotropes (Santé Publique, Justice, Intérieur, Affaires Étrangères...), a signé une déclaration conjointe s'intitulant «Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique».

Celle-ci passe en revue les différents piliers de la politique des drogues en Belgique, affirmant notamment que les consommations de drogues doivent être appréhendées sous l'angle de la santé publique avant tout, arguant que la répression vis-à-vis des consommateurs ne doit être qu'un ultime recours.

Outre la prévention, la CIM met l'accent sur la nécessité de développer la détection et l'intervention précoces, l'offre d'aide (dans lequel elle inclut la réduction des risques), et la répression. Elle appelle également de ses vœux l'apport de données scientifiques objectives ancrées dans les pratiques de terrain, afin d'étayer et d'inspirer les politiques à adopter.

La Cellule Générale de Politique Drogues (dite «Cellule Générale Drogues» ou «CGPD») et ses cellules «de travail» (la Cellule Politique de Santé Drogues - CPSD, la «Cellule Contrôle», la «Cellule coopération internationale»), et la CIM elle-même sont institués comme les lieux de négociation et d'opérationnalisation de ces politiques.

On notera qu'en termes de prévention (compétence de la FWB par excellence !), l'objectif affiché du texte est de «mener une politique de dissuasion vis-à-vis des non consommateurs et des consommateurs» (p66), ce qui ne correspond pas aux objectifs actuels de la FWB.

1.1.2.2 Le «Plan National de Sécurité» 2012-2015⁶

Le gouvernement fédéral a adopté le premier mars 2012 le troisième «Plan national de sécurité» (PNS), soit le PNS 2012-2015, qui poursuit la volonté de lutter contre toutes les formes d'insécurité et de sentiment d'insécurité.

Ce plan est concocté à partir de l'étude statistique de la criminalité enregistrée et d'une analyse des risques. Il se décline autour de dix priorités valables pour toutes les polices du royaume.

L'une de ces priorités est la lutte contre la criminalité, au sein de laquelle on retrouve la lutte contre le trafic de stupéfiants, aux côtés de la lutte contre le trafic d'armes, les vols à main armée, la violence dans les espaces publics ou les violences intra-familiales, entre autres choses.

Ces priorités devront être intégrées par la police, censée élaborer un plan d'action pour chacune d'entre elles, mais aussi assurer le monitoring des objectifs et de leur implémentation.

Le PNS 2012-2015 doit enfin accorder une attention particulière aux grandes villes du pays, notamment Bruxelles.

1.1.2.3 Les «Plans stratégiques de sécurité et de prévention»(PSSP).

Les PSSP ont été également largement décrits et commentés dans notre «Rapport sur l'usage de drogues en Communauté française 2009». Ils comprennent un volet de lutte contre les «nuisances liées aux drogues». Comme leur pouvoir organisateur est fédéral, tandis que leur gestion est locale (fonctionnaires de prévention engagés dans les communes), ils donnent lieu à des modalités d'implémentation qui peuvent varier d'une administration à l'autre.

La dernière «levée» de ces plans courait sur la période 2007-2010. Ils ont ensuite été prolongés plusieurs fois pour une période plus courte, dans le cadre d'un gouvernement en affaires courantes d'abord ; de la réforme de l'État et de ses incertitudes ensuite. En effet, les différentes compétences étant destinées à être redistribuées entre le fédéral et les entités fédérées, nul ne sait aujourd'hui ce que réservent les arrêtés d'application finaux de ce redéploiement. Notamment, il n'est pas impossible que les PSSP soient intégralement déchargés du Fédéral pour revenir aux entités fédérées, même si le sort des budgets qui

6 Voir website de la ministre de la Justice, disponible sur: <http://www.milquet.belgium.be/fr/plan-national-de-s%C3%A9curit%C3%A9-2012%E2%80%932015> (consulté le 29/10/2012).

devraient accompagner ces transferts reste incertain. La dernière prolongation des «plans» les mènent à échéance du mois de juin 2013.

1.1.2.4 La note politique fédérale

Cette note, datant de janvier 2001 et à laquelle se réfèrent depuis de nombreux acteurs des assuétudes, principalement dans le monde politique, visait à accroître la collaboration entre les différents domaines politiques compétents selon les trois piliers suivants : prévention pour les non-consommateurs et les consommateurs non-problématiques ; assistance, réduction des risques et réinsertion pour les consommateurs problématiques et enfin répression pour les producteurs et les trafiquants.

On trouve une version commentée de cette note, dans sa version intégrale, sur le site web d'Infor-Drogues, à l'URL suivant : http://www.infordrogues.be/index.php?option=com_content&view=article&id=159&Itemid=98

1.1.2.5 Politique de la FWB en matière de prévention des assuétudes

En novembre 2010, l'asbl Eurotox a été chargée, avec le soutien méthodologique du SIPES-ULB, de la réalisation du projet nommé «*Stratégies concertées pour la prévention et la réduction des risques en matière de drogues en FWB*».

En effet, si la FWB est traditionnellement compétente en termes de prévention, un grand morcellement des compétences existe, on l'a vu, entre le pouvoir fédéral et les entités fédérées. La diversité des logiques d'intervention qui en résulte rend souvent difficile d'assurer de réelles synergies entre les actions menées, et ce dans un cadre cohérent.

Ainsi, notamment : la FWB est compétente en promotion de la santé, y compris en matière de prévention et de RdR dans le domaine des assuétudes. Les autres entités fédérées sont également compétentes pour ce qui concerne la prévention et la RdR. En outre, d'autres secteurs que celui de la santé ont développé des actions de prévention. Par exemple, le Ministère de l'Intérieur (traditionnellement en charge du volet «sécurité» de la politique des drogues) dans le cadre des «Plans stratégiques de sécurité et de prévention» et des plans drogue.

C'est cette disparité qui a amené le Cabinet de la Ministre Fadila Laanan à mettre en place un processus de concertation des associations actives en prévention et en RdR en FWB en vue de définir ensemble des stratégies d'action.

Le projet visait à renforcer la cohérence des interventions en proposant des axes stratégiques reflétant les préoccupations de terrain.

Cinq groupes de travail distincts, par milieu de vie, ont été mis en place, mobilisant une soixantaine d'intervenants de quarante institutions différentes. De décembre 2011 à octobre 2012, quatorze séances de concertation les ont réunis. Un ensemble de constats et de recommandations ont émergé de ce travail collectif. Ils sont réunis dans un rapport téléchargeable sur le site web d'Eurotox à l'URL suivant : <http://www.eurotox.org/strategies-concertees-drogues-docs.html>

Pour rappel, le cadre conceptuel dans lequel se déploie la prévention en FWB est celui de la «promotion de la santé», un concept qui, loin d'être axé uniquement sur la connaissance des produits, privilégie plutôt l'analyse des représentations sociales et la compréhension des comportements liés aux produits, ce qui favorise l'action communautaire et la responsabilisation plutôt que la prévention primaire.

Traditionnellement, les stratégies d'intervention en matière d'assuétudes étaient définies dans les programmes quinquennaux de promotion de la santé de la Communauté française, qui s'incarnaient ensuite en Plans communautaires opérationnels (PCO). Ces programmes quinquennaux étaient évalués par le Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS), qui informait le parlement de cette évaluation par un rapport sur les différents PCO et des rapports sur l'exécution du programme quinquennal et des PCO. Le parlement proposait alors des recommandations en vue du programme quinquennal suivant. Le PCO 2008-2009, dans le cadre des réformes actuelles, est à ce jour prolongé jusqu'au 30/06/2013.

Le deuxième programme quinquennal de la Communauté française couvrait la période 2004-2008. Il est donc arrivé à échéance il y a quatre ans. Cependant, comme aucun nouveau plan quinquennal n'a été proposé depuis, il a été prolongé d'abord jusque fin 2010, puis jusque fin 2011. Aujourd'hui, dans le

cadre de la réforme de l'État et de la réforme du code de la santé (voir plus bas), un avant-projet de décret existe, décret qui prolongera encore le plan quinquennal de promotion de la santé, cette fois jusqu'au 31/12/2014. Par ailleurs, correspondant à ce prolongement, les agréments aux services octroyés par le gouvernement de la Communauté française et arrivant à échéance dans le courant de 2010 ont d'abord été prolongés de deux ans. Aujourd'hui, le même avant-projet de décret prévoit de prolonger les agréments des services de deux ans de plus (soit des agréments qui iront jusqu'en 2015 ; avec des échéances entre mai et août).

Par ailleurs, même si le PCO 2008-2009 proposait, parmi 10 priorités sur lesquelles travailler, les assuétudes, aucun PCO ne leur a été entièrement dédié jusqu'à ce jour. C'est notamment pour pallier ce manque que le cabinet de madame Laanan a initié l'élaboration des «stratégies concertées», arrivées à leur premier terme aujourd'hui, et en attente de suites utiles. La ministre a annoncé, en collaboration avec les deux autres entités fédérées, la création prochaine d'une «cellule francophone assuétudes» (voir plus bas), lieu de concertation et de coordination de la politique des assuétudes en Belgique francophone. Celle-ci, si elle voit le jour, pourrait éventuellement être un lieu de prolongation et d'implémentation des stratégies concertées, qui furent un processus de concertation et représentent donc très largement la vision prospective et stratégique des intervenants de terrain.

1.1.2.6 Le programme de la Région de Bruxelles-Capitale

La Concertation Toxicomanies Bruxelles - Overleg Druggebruik Brussel (CTB-ODB) pour les intervenants en assuétudes de la Région de Bruxelles-Capitale, autrefois Sous-Point focal bruxellois de l'OEDT, a cessé ses activités.

Sa mission de Sous-Point Focal a été reprise par la Plateforme de Concertation en Santé Mentale de Bruxelles. Celle-ci est officiellement chargée, à ce jour, de la collecte et de la restitution de données, soit des 5 indicateurs épidémiologiques-clés définis par l'OEDT, dont fait partie le TDI (treatment Demand Indicator). Les 4 autres indicateurs sont : la mortalité liée aux drogues, la transmission des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues, la prévalence de consommation dans la population générale et enfin la prévalence de consommation *problématique* dans la population générale.

Par ailleurs, la Plateforme de Santé Mentale est à présent subsidiée à hauteur d'un demi ETP pour assurer la mission de coordination des institutions bruxelloises actives en assuétudes, autrefois remplie par la CTB.

Le programme en 11 points élaboré *in illo tempore* par la CTB comprenait notamment déjà cette récolte systématique de données épidémiologiques sur les usagers de drogues. Il comprenait également un important volet de concertation du secteur. Voici l'article ad hoc de l'Arrêté Royal fixant la reprise des missions de la CTB par la Plateforme de Concertation en Santé Mentale de Bruxelles :

Article 1 - §2 (...) les missions sont les suivantes :

- 1° une stratégie visant les drogues tant légales qu'illégales ;*
- 2° la prise en compte de la réalité sociologique actuelle et future ainsi qu'une approche dans le contexte grande ville par exemple au niveau des types de consommation, des produits ou des catégories des consommateurs ;*
- 3° la collecte des données au sein de la Plate-forme de Concertation Santé Mentale ou par d'autres sources de données concernant la consommation de drogues à Bruxelles ;*
- 4° en ce qui concerne l'offre actuelle, le cadastre établi en la matière ;*
- 5° la nécessaire implication des fédérations des secteurs concernés en respectant les missions de chacun ;*
- 6° tenir compte des différentes compétences et les différents niveaux de compétence politiques dans ce domaine et le besoin de les harmoniser et de les coordonner sur Bruxelles ;*
- 7° tenir compte des obligations et les accords conclus au niveau belge et dans le cadre européen (TDI - Sous-point focal OEDT) ;*
- 8° l'intégration des missions citées ci-dessus aux missions du Coordinateur fédéral des soins assuétudes au sein de Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale.*

Un comité d'accompagnement est par ailleurs chargé, par le Collège Réuni de la COCOM (Commission Communautaire Commune de la Région de Bruxelles-Capitale), du suivi de l'implémentation de ces missions.

1.1.2.7 Politique de la Wallonie en matière d'assuétudes

Les objectifs opérationnels de la Ministre Tilleux, en charge de la Santé en Wallonie, suite à la conférence de consensus sur les assuétudes, furent exprimés comme suit, notamment en réponse à des questions parlementaires :

- Encourager l'agrément d'un réseau et de services pour chacune des douze zones de la Wallonie ;
- reconnaître une fédération spécialisée en assuétudes hautement représentative ;
- définir des modalités d'évaluation participative ;
- organiser le financement émanant du plan assuétudes (ancien Plan Stratégique n°3).

En ce qui concerne **l'agrément d'une fédération** : la FEDITO wallonne a été agréée sur base du décret sur les réseaux de soins du 30 avril 2009. Un financement structurel de 110 000 euros lui est consacré. Il faut toutefois savoir que ce dernier reprend l'ancienne subvention facultative au réseau ALTO (réseau de médecins généralistes remplissant, au sein de leur pratique, des missions «assuétudes»). La subvention «nette» annuelle de la FEDITO se monte dès lors à un peu plus que 60.000 €. Ses missions sont définies à l'article 18, § 1er du décret. Elles comprennent la concertation, la représentation des réseaux et des services, le développement d'échanges et l'établissement de liens avec d'autres fédérations de même objet.

Pour ce qui est de définir des modalités d'**évaluation participative**, on a assisté à une révision des «plans de services» : ceux-ci tiennent lieu en quelque sorte de plan d'action et de rapport d'activités, et ont été standardisés grâce à un canevas informatique commun à remplir et mettre à jour régulièrement. Ainsi, le plan de service et son évolution servent à la fois de rapport d'activités et de base d'évaluation, par exemple dans le cadre des inspections.

Quant aux **financements** de projets ponctuels «d'impulsion», assurés un temps par le «Plan Stratégique n°3 - PST3», émanation du «Plan Marshall wallon», la ministre a assuré leur pérennisation en les faisant passer dans le cadre du décret d'avril 2009 pour les services spécialisés, et dans le cadre décretaal de la santé mentale pour les Services de Santé Mentale. L'opérationnalisation de ce transfert devrait se faire dans le courant de l'année 2013, après que la procédure d'inspection de ces services aura été menée à bien, afin de déterminer leur conformité avec les décrets visés. À défaut, les opérateurs devraient pouvoir demander une reconduction de leur subvention facultative.

Quant aux zones et aux **réseaux de soins** qui y sont attachés : 12 zones géographiques ont été définies en Wallonie, réparties comme suit :

Zone 01 MOUSCRON-TOURNAI-ATH

Antoing, Ath, Belœil, Bernissart, Brugelette, Brunehaut, Celles, Chièvres, Comines-Warneton, Ellezelles, Estaimpuis, Flobecq, Fransnes-lez-Anvaing, Lessines, Leuze-en-Hainaut, Mont-de-l'Enclus, Mouscron, Pecq, Péruwelz, Rumes, Silly, Tournai.

Zone 02 LA LOUVIÈRE

Binche, Braine-le-Comte, Chapelle-lez-Herlaimont, Écaussinnes, Enghien, Erquennes, Estinnes, La Louvière, Le Rœulx, Manage, Merbes-le-Château, Morlanwelz, Seneffe, Soignies.

Zone 03 BRABANT

Beauvechain, Braine-l'Alleud, Braine-le-Château, Chastre, Chaumont-Gistoux, Court-Saint-Étienne, Genappe, Grez-Doiceau, Hélécine, Incourt, Ittre, Jodoigne, La Hulpe, Lasne, Mont-Saint-Guibert, Nivelles, Orp-Jauche, Ottignies-Louvain-la-Neuve, Perwez, Ramillies, Rebecq, Rixensart, Tubize, Villers-la-Ville, Walhain, Waterloo, Wavre.

Zone 04 HUY-WAREMME

Amay, Anthisnes, Berloz, Braives, Burdinne, Clavier, Crisnée, Donceel, Engis, Faimes, Ferrières, Fexhe-le-Haut-Clocher, Geer, Hamoir, Hannut, Héron, Huy, Lincent, Marchin, Modave, Nandrin, Oreye, Ouffet, Remicourt, Saint-Georges-sur-Meuse, Tinlot, Verlaine, Villers-le-Bouillet, Wanze, Waremme, Wasseiges.

Zone 05 LIÈGE

Ans, Awans, Aywaille, Bassenge, Beyne-Heusay, Blegny, Chaudfontaine, Comblain-au-Pont, Dalhem, Esneux, Flémalle, Fléron, Grâce-Hollogne, Herstal, Juprelle, Liège, Neupré, Oupeye, Saint-Nicolas, Seraing, Soumagne, Sprimont, Trooz, Visé.

Zone 06 VERVIERS

Aubel, Baelen, Dison, Herve, Jalhay, Lierneux, Limbourg, Malmedy, Olne, Pepinster, Plombières, Spa, Stavelot, Stoumont, Theux, Thimister-Clermont, Trois-Ponts, Verviers, Waimes, Welkenraedt.

Zone 07 MONS

Boussu, Colfontaine, Dour, Frameries, Hensies, Honnelles, Jurbise, Lens, Mons, Quaregnon, Quévy, Quiévrain, Saint-Ghislain.

Zone 08 CHARLEROI

Aiseau-Presles, Anderlues, Charleroi, Châtelet, Courcelles, Farciennes, Fleurus, Fontaine-l'Évêque, Gerpennes, Ham-sur-Heure-Nalinnes, Les Bons Villers, Lobbes, Montignies-le-Tilleul, Pont-à-Celles, Thuin.

Zone 09 NAMUR

Andenne, Assesse, Éghezée, Fernelmont, Floreffe, Florennes, Fosses-la-Ville, Gembloux, Gesves, Jemeppe-sur-Sambre, La Bruyère, Mettet, Namur, Ohey, Profondeville, Sambreville, Sombreffe.

Zone 10 DINANT

Anhée, Beauraing, Bièvre, Ciney, Dinant, Gedinne, Hamois, Hastière, Havelange, Houyet, Onhaye, Rochefort, Somme-Leuze, Vresse-sur-Semois, Yvoir.

Zone 11 PHILIPPEVILLE

Beaumont, Cerfontaine, Chimay, Couvin, Doische, Froidchapelle, Momignies, Philippeville, Sivry-Rance, Viroin-val, Walcourt.

Zone 12 LUXEMBOURG

Arlon, Attert, Aubange, Bastogne, Bertogne, Bertrix, Bouillon, Chiny, Daverdisse, Durbuy, Étalle, Érezée, Fauvillers, Florenville, Gouvy, Habay, Herbeumont, Hotton, Houffalize, La Roche-en-Ardenne, Léglise, Libin, Libramont-Chevigny, Manhay, Marche-en-Famenne, Martelange, Meix-devant-Virton, Messancy, Musson, Nassogne, Neufchâteau, Paliseul, Rendeux, Rouvroy, Sainte-Ode, Saint-Hubert, Saint-Léger, Tellin, Tenneville, Tintigny, Vaux-sur-Sûre, Vielsalm, Virton, Wellin.

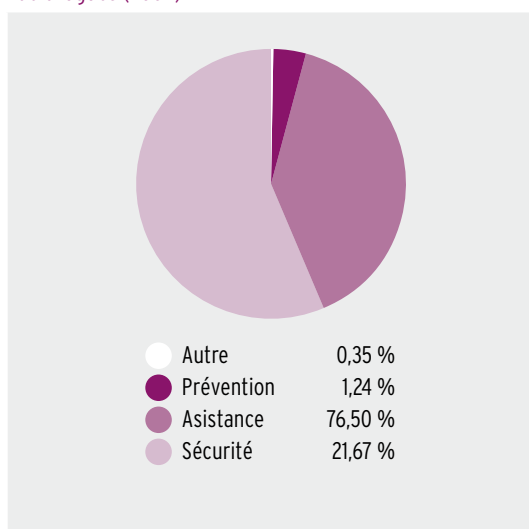
À terme, chacune d'entre elles bénéficiera d'un réseau de soins agréé. Pour le moment, cependant, la zone 3 (Brabant Wallon) et la zone 6 (Verviers) attendent l'agrément de leur réseau. Quant à la zone 4 (Huy), elle attend son rattachement à la zone 5 (Liège). À l'heure de la rédaction de ces lignes, 20 services spécialisés étaient agréés et répartis dans ces différents réseaux (y compris dans les réseaux en cours d'agrément). Plusieurs services sont, de plus, eux aussi en cours d'agrément.

1.2 FINANCEMENT PUBLIC DU SECTEUR TOXICOMANIE

1.2.1 CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

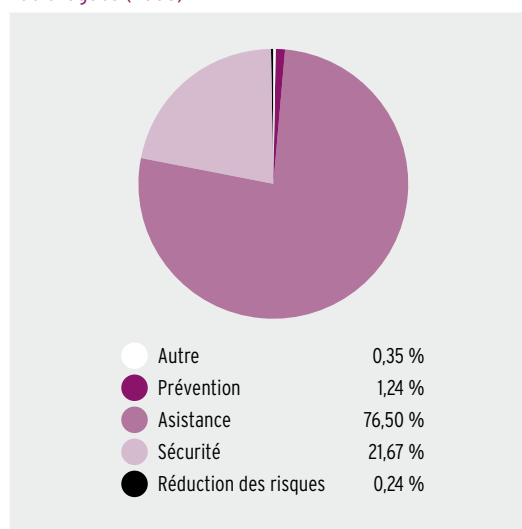
L'étude désormais récurrente «La politique des drogues en chiffres» (De Ruyver et al., 2004 et De Ruyver et al., 2007) détaille la répartition de l'argent consacré aux «drogues» en Belgique, avec notamment la part allouée à la prévention et à la sécurité. La troisième levée de cette étude a été élargie aux drogues légales (tabac, alcool et médicaments psychoactifs). La répartition des dépenses publiques en matière de drogues s'en est trouvée modifiée, essentiellement de par les montants affectés à la réhabilitation des patients abusants d'alcool. Ceci a pour effet de faire exploser la proportion d'argent public comptabilisée dans la rubrique «assistance». Voici deux figures qui permettent de visualiser ce changement :

Figure 1 : Aperçu des dépenses publiques en matière de drogues (2004)



Source : De Ruyver et al. 2007

Figure 2 : Aperçu des dépenses publiques en matière de drogues (2008)



Source : De Ruyver et al. 2011

Conscients du biais constitué par la prise en compte des données liées à l'alcool et aux médicaments psychoactifs dans les données 2008, les responsables de l'étude ont établi une comparaison des dépenses hors ces nouvelles catégories, afin d'avoir une idée de la réelle évolution de ces prises en charge⁷. En voici les résultats.

⁷ Pour ce faire, les chiffres de 2004 ont également été corrigés en tenant compte de l'inflation qui a opéré entre 2004 et 2008.

Tableau 1 : Comparaison des dépenses publiques liées aux drogues illégales avec des clés de répartition semblables : 2004 versus 2008

	2004		2008	
Prévention	12.294.733 €	3,72 %	11.412.257 €	2,91 %
Assistance	130.909.594 €	39,58 %	133.557.858 €	34,05 %
Réduction des risques	min. 340.628 € ⁸	0,10 %	2.329.752 €	0,59 %
Sécurité	186.038.337 €	56,24 %	243.000.490 €	61,96 %
Autres	1.190.329 €	0,36 %	1.890.813 €	0,48 %
Total	330.773.622 €	100 %	392.191.170 €	100 %

Source : De Ruyver et al. 2011

Comme le notent les auteurs, les dépenses publiques consenties à la prévention ont baissé, entre les deux levées de l'étude, de 7,18 %. Ces dépenses ont connu une baisse de 10 % en FWB.

1.2.2 L'ÉTAT FÉDÉRAL

1.2.2.1 La Cellule Générale Drogues

Pour rappel, cette cellule regroupe tous les représentants politiques dont les compétences touchent aux drogues d'une manière ou d'une autre. Le budget alloué à la cellule générale pour les années 2010, 2011 et 2012 est de 250.000 €.⁹

1.2.2.2 Le Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes

Pour l'année 2011, ce Fonds créé en 2006 par le Ministre Demotte, alors en charge de la Santé au niveau fédéral, a financé un total de 35 projets, pour un montant global de 2.932.391 €. En 2010, 25 projets avaient été soutenus pour un total de 1.415.450.50 €. En 2009, les chiffres étaient de 14 projets soutenus, pour un Total de 1.401.204 €.

1.2.2.3 Ministère des Affaires sociales et de la Santé Publique.

Un certain nombre de «centres de rééducation fonctionnelle pour toxicomanes» sont conventionnés par l'INAMI pour des missions de revalidation de personnes dépendantes (communauté thérapeutique ; centres de crise ; MASS - bas-seuil ; centres de jour - ambulatoire).

Le tableau suivant indique les enveloppes annuelles théoriques de ces centres, pour les années 2007, 2008, 2009 et 2010. L'enveloppe annuelle théorique est calculée sur un taux d'occupation de 90 %, et sur les prix forfaitaires en vigueur au 1er décembre de chaque année. Ce taux de 90 % est le plus souvent dépassé et, dans de rares cas, n'est pas atteint.

⁸ Pour cette catégorie, ce sont simplement les dépenses flamandes pour le "programme d'échange de seringues" qui ont été reprises comme dépenses minimum en réduction des risques, pour les deux périodes.

⁹ Accord de coopération entre l'État, les Communautés, la Commission communautaire commune, la Commission Communautaire française et les Régions pour une politique de drogues globale et intégrée (Moniteur Belge, 02/06/2003).

Tableau 2 : Estimation des dépenses publiques de l'INAMI pour les centres de rééducation fonctionnelle pour toxicomanes dans la partie francophone du pays, 2007-2008-2009-2010

Type d'établissement	2007	2008	2009	2010
Somme des enveloppes annuelles théoriques CENTRES DE JOUR francophones (4)	3.748.992,87 €	3.979.022,71 €	4.022.660,16 €	4.328.774,92 €
Somme des enveloppes annuelles théoriques MASS francophones (4)	2.991.021,84 €	3.303.686,81 €	3.329.477,53 €	3.449.134,69 €
Somme des enveloppes annuelles théoriques CENTRES RÉSIDENTIELS francophones (9)	12.630.490,70 €	13.519.685,82 €	13.610.704,48 €	14.005.927,47 €
GRAND TOTAL (17)	19.370.505,41 €	20.802.395,34 €	20.962.842,17 €	21.783.837,08 €

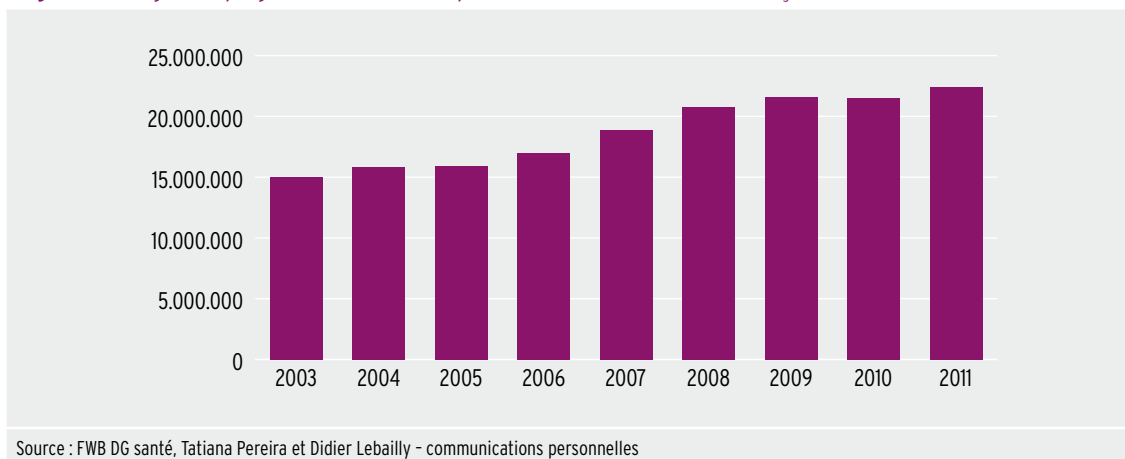
Source : Lies Van Deursen, communication personnelle

De surcroît, une toute petite partie du budget annuel de ces centres est financée par les tickets modérateurs acquittés en principe par leurs usagers. (Ces sommes ne sont pas reprises dans le tableau ci-dessus !).

1.2.3 LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Voici une évolution en FWB, depuis 2003, du budget du «programme 2 - médecine préventive», dont font partie les programmes qui touchent aux assuétudes.

Nous en sommes à 22.433.000 € en 2011, budget relativement stable depuis 2009, après avoir augmenté régulièrement depuis 2003 (il était alors de 15.039.000 €).

Figure 3 : Budget du «programme 2 - médecine préventive» de la Communauté française, 2003-2011

Voici à présent une contextualisation du poste budgétaire touchant aux assuétudes par rapport au budget global du «programme 2 - médecine préventive».

Tableau 3 : En Communauté française, postes budgétaires liés aux assuétudes et pourcentage du budget global du «programme 2 - médecine préventive» qu'ils représentent

	Assuétudes	%	Budget global "programme 2 - médecine préventive"
2003	1.351.214	9,0	15.039.000
2004	1.353.601	8,6	15.802.000
2005	1.411.347	8,9	15.893.000
2006	1.659.563	9,7	17.021.000
2007	1.809.746	9,6	18.870.000
2008	1.562.308	7,5	20.757.000
2009	1.825.747	8,4	21.594.000
2010	1.927.543	9,0	21.512.000
2011	2.099.769	9,4	22.433.000

Source : FWB DG santé, Tatiana Pereira et Didier Lebaillly - communications personnelles

Citons comme toujours, un peu en marge, le budget du «programme vaccination» (6.476.000 € dépensés en 2011, pour 6.002.000 € en 2009 – nous n'avons pas obtenu les chiffres pour l'année 2010 –, 6.151.000 € en 2008, 5.187.000 € en 2007 et 2.730.000 € en 2006). En effet, ce programme qui concerne non pas les usagers de drogues en particulier mais la population générale, assurera cependant que d'éventuels futurs consommateurs de drogues par voie intraveineuse seront immunisés de manière plus satisfaisante contre l'Hépatite B. Le programme gratuit de vaccination (contre une dizaine de maladies) des nouveau-nés et des jeunes adolescents (12-13 ans) en Communauté française comprend en effet l'Hépatite B. Il prévoit tous les rappels nécessaires jusqu'à l'âge de 18 ans environ. Dès 2019, une bonne partie de la population de jeunes adultes doit être couverte par cette immunisation : le taux de couverture de cette campagne est estimé à 75 %.

Des populations en situation plus précaire doivent toutefois s'en remettre à des initiatives moins «généralistes» (beaucoup plus rares et moins efficaces) pour espérer être immunisées. Il en va ainsi des personnes prostituées, que seules peuvent atteindre les campagnes de vaccination gratuites contre l'Hépatite B organisées par des organismes spécialisés comme «Espace P...».

Il en va du même du milieu carcéral. Non seulement les gens y sont peu au courant de leurs droits (obligation d'équivalence des soins avec l'extérieur, notamment !), mais ils ont par ailleurs peu d'information standardisée et systématique sur les vaccins. Et finalement, on ne leur propose que peu ou pas l'accès à ce type d'immunisation. Il faut savoir que le volet «prévention» reste peu développé en prison. De plus, comme le schéma vaccinal s'étend sur plusieurs mois, il n'est pas rare que le corps médical choisisse de ne pas l'entamer, ne sachant pas exactement quand le détenu va sortir (et donc, selon ces médecins, risquer potentiellement ne pas poursuivre le processus extra-muros).

1.2.4 LA COCOF

Les services francophones actifs en matière d'assuétudes à Bruxelles ont longtemps été agréés pour une période de 5 ans par la COCOF. Depuis le premier janvier 2010, les agréments sont octroyés pour une durée indéterminée, comme l'a institué le «Décret du 5 mars 2009 de la Commission communautaire française relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé».

Tableau 4 : Budgets COCOF consacrés aux assuétudes, 1999-2012

Année	Montant du crédit inscrit au budget pour les assuétudes (en €)
1999	2.503.724,60
2000	2.615.276,69
2001	2.843.338,73
2002	3.148.000,00
2003	3.319.000,00
2004	3.429.000,00
2005	4.530.000,00
2006	3.636.000,00
2007	3.745.000,00
2008	4.858.000,00
2009	4.174.000,00
2010	4.268.000,00
2011	4.397.000,00
2012	4.507.000,00

Source : David Joslet, communication personnelle

1.3 LES DÉVELOPPEMENTS LÉGISLATIFS RÉCENTS

1.3.1 RÉFORME DU SECTEUR DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

La ministre en charge de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles, Fadila Laanan, a fait réaliser en 2010, par un consortium de consultance privé, une étude d'évaluation du dispositif public de promotion de la santé en FWB. Le rapport d'évaluation fut publié en mars 2011. Il pointa surtout l'absence d'une réelle planification de la politique de santé et de son implémentation, mais aussi d'une réelle évaluation des effets de la politique et des programmes de promotion de la santé.

Sur cette base, la ministre a présenté en juin 2011 les orientations des réformes qui en résulteraient pour le secteur. Deux mesures principales ont émergé : d'une part la rédaction d'un nouveau Code de la Santé visant à clarifier le cadre légal et à le rendre plus transparent, qui remplacera le code de 1997 ; de l'autre la création d'un Organisme d'Intérêt Public (OIP) qui pilotera la politique de santé en FWB. Les principales compétences qui seraient transférées à l'OIP¹⁰ seraient : la recherche, la récolte de données, l'évaluation, l'observation, la documentation, la communication, le conseil, le pilotage de programmes, le dépistage et la vaccination. Ces tâches sont confiées, à l'heure actuelle, à des opérateurs variés (Centres Communautaires de Promotion de la Santé ; Centres de référence pour le dépistage ; Observatoires thématiques ; et certaines ONGs). Celles-ci sont censées, à terme, disparaître partiellement ou totalement, tandis que leurs tâches seraient progressivement intégrées à l'OIP. Notons que le volume et le cadre de l'emploi seraient, selon le cabinet de la ministre, préservés, puisque non seulement le même volume de travail serait subsidié, mais encore les travailleurs actuels seraient-ils invités à poursuivre leurs tâches dans les murs de l'OIP.

Suite à cette publication, des auditions sur le rapport d'évaluation ont été organisées par le parlement de la FWB. En effet, certains parlementaires avaient été interrogés par de nombreuses ONGs du champ de la promotion de la santé, regroupés dans le «Collectif des acteurs de promotion de la santé», notamment sur la méthodologie de l'étude d'évaluation, sur le fait que celle-ci avait porté sur la forme plutôt que sur le contenu et sur le fait que, selon le collectif, trop peu d'acteurs clés avaient été consultés (et essentiellement par un questionnaire écrit) pour réaliser l'étude.

Le collectif a également adressé entre autres à la ministre un «Plaidoyer pour une politique de promotion de la santé ambitieuse», publié dans la revue «Éducation santé»¹¹. Une des préoccupations qu'il y exprimait concernait le glissement de la Promotion de la santé vers une définition de plus en plus envisagée sous le seul angle médical, négligeant ainsi de plus en plus les «déterminants fondamentaux de la santé» tels que décrits dans la «Charte d'Ottawa», adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et déterminant fondateur du concept de Promotion de la santé¹².

Par ailleurs, le Conseil Supérieur de Promotion de la Santé (CSPS) avait lui-même publié un avis critique sur la méthodologie et le contexte d'évaluation du rapport¹³.

Deux auditions successives ont eu lieu au parlement de la FWB. Lors de la première audition, des questions furent posées aux auteurs du rapport, à la présidence du Conseil Supérieur de Promotion de la Santé et au directeur général de l'Administration de la Santé en FWB. La seconde audition fut l'occasion pour quatre représentants du terrain (Infor-Drogues, l'APES, un médecin d'un service PSE) de rencontrer les élus, de répondre à des questions et d'affirmer la position du terrain. Il est apparu que les acteurs de terrain actifs dans le champ des assuétudes ne rejetaient pas l'ensemble du rapport, et reconnaissaient la nécessité d'une réforme, mais plaidaient pour une évaluation contradictoire et un large débat pour la

¹⁰ Nous utiliserons ici le terme «OIP», même si la forme juridique définitive de l'organisme à venir est encore à l'étude.

¹¹ Le Collectif des acteurs de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles. La santé partout et pour tous. Plaidoyer pour une politique exigeante. Éducation Santé, n° 274, janvier 2012 ; voir : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1444> (03/07/2012).

¹² Voir : <http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion-1986> (03/07/2012).

¹³ Voir : <http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=3555> (03/07/2012).

guider, afin d'éviter une réforme de type «top-down». Ils pointèrent également que les pistes dégagées n'emportaient pas une adhésion unanime, entre autres en raison du recul apparent de la promotion de la santé en tant que concept fondamental de la santé en général.

La ministre a ensuite invité 4 membres du CSPA ainsi qu'un représentant des services PSE à prendre part à un groupe de travail avec des membres du cabinet. Ce groupe accompagne, via des meetings réguliers, la rédaction d'un projet de nouveau Code de la santé. Après la rédaction, la version définitive du Code devra être approuvée par le CSPA lui-même. Le texte final devrait être soumis au gouvernement de la FWB à la fin de 2012, et au parlement au cours du premier semestre 2013.

1.3.2 RÉFORME DE L'ÉTAT

La sixième réforme de l'État est dans les tuyères. Ses principes ont été décrits dans l'«Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'État», le 11 Octobre 2011. Ses implications et sa mise en œuvre seront complexes, et pas encore totalement définies, ce qui laisse, pour le secteur de la santé (et donc des assuétudes), certains points d'interrogation.

Nous avons essayé d'y voir plus clair, en allant du général (contexte global, pas facile d'abord, mais nécessaire à comprendre le cadre qui va présider à nos spécificités «assuétudes») au particulier (compétence santé, promotion de la santé, assuétudes) :

1.3.2.1 Financement

Un but central de la réforme de l'État est d'organiser une plus grande autonomie fiscale des entités fédérées, ce qui était une revendication flamande. Les régions et communautés sont censées en sortir plus autonomes et plus «responsables» par rapport à l'État fédéral. Ce changement se concrétisera par des transferts de compétences, et donc de responsabilité budgétaire, vers les entités fédérées.

Ces matières seront réglées par une «loi spéciale de financement». Un accord sur celle-ci est intervenu fin septembre 2011. Cette loi instituera une autonomie fiscale plus grande mais «encadrée». On entend par là que des mécanismes existeront pour éviter l'appauvrissement des entités les plus fragiles, maintenant de la sorte le mécanisme de solidarité entre les entités. Le mécanisme d'autonomie fiscale consistera à autoriser les Régions à prélever un impôt sur l'impôt fédéral. La répartition se fera selon des clés démographiques. Ce principe sera inscrit dans des lois spéciales et dans la constitution.

L'autonomie fiscale porterait sur 10,736 milliards d'euros, ce qui représente environ un tiers de l'impôt sur les personnes physiques (IPP). L'autonomie fiscale et les transferts de compétences pèseront ensemble environ 17 milliards d'euros. À titre d'exemple, l'accord prévoyait d'emblée le transfert de certaines compétences comme la dé-fédéralisation des allocations familiales, soit 5 milliards d'euros.

Le mécanisme de solidarité compensera à quelque 80 % la différence de richesse entre le Nord et le Sud du pays. Il diminuera progressivement pour s'éteindre au bout de dix ans.

La Région bruxelloise sera quant à elle refinancée à hauteur de 134 millions d'euros dès 2012, pour arriver jusqu'à 461 millions d'euros en 2015. Ce montant continuera ensuite à croître. Bruxelles se voit dotée d'une capacité fiscale différente, notamment en raison du gros manque à gagner que constituent les revenus des navetteurs et des fonctionnaires des institutions internationales, qui ne peuvent être pris en compte sur le territoire bruxellois. L'exonération de nombreux bâtiments à la fiscalité immobilière a également été prise en compte, ainsi que les charges supplémentaires liées au bilinguisme, à la mobilité ou à la sécurité notamment, autant de facteurs ne se retrouvant pas ou à moindre échelle dans les autres entités fédérées.

1.3.2.2 Transfert de compétences : quand et comment ?

À l'heure de la rédaction de ces lignes, la discussion sur la nature exacte et les modalités des transferts de compétences se poursuit. Une date de mise en œuvre des transferts a été évoquée : janvier 2014.

Un «Comité de mise en œuvre des réformes institutionnelles (COMORI) a été créé. Il comprend une représentation de tous les partis qui ont participé à la discussion ayant abouti à l'«Accord institutionnel

pour la sixième réforme de l'État», y compris le parti Écolo, qui n'a pourtant pas été inclus dans l'exécutif après cette discussion. On ne sait pas encore clairement comment les transferts de compétences seront opérés. Des textes traduisant l'accord doivent être rédigés. Le seront-ils par la plume du premier ministre ? Ou de deux ministres (un de chaque rôle linguistique) de son gouvernement ? Ou encore par les députés ? Ce sont tous ces points qui sont débattus au sein du COMORI. Les observateurs s'accordent à dire que ces transferts peuvent s'apparenter à un véritable casse-tête, bien plus complexe encore que la scission électorale et judiciaire de BHV, déjà traduite en loi cet été 2012.

Pour les entités fédérées, soit les régions et communautés, l'incertitude reste donc grande : quelles administrations vont être renforcées pour mettre en œuvre ces transferts ? Qui aura exactement quelle compétence ? Quelles seront précisément les balises budgétaires ? Dans quels bâtiments seront logés ces nouveaux fonctionnaires ? etc. Il ne faut pas oublier que le dédoublement fait perdre certaines économies d'échelle (au niveau bâtiments, notamment, puisque ceux-ci devront être multipliés), ce qui coûte aussi de l'argent ! De plus, l'accord institutionnel obtenu a plus été pensé en termes de sortie de crise et d'équilibre politique qu'en termes d'implications concrètes à terme !

1.3.2.3 Transfert de compétences : quoi ?

Voici ce qui est doré et déjà inscrit noir sur blanc dans l'accord constitutionnel, concernant de près ou de loin les matières qui touchent aux assuétudes (point 3.2.3., p 32) :

- Les conventions de revalidation «toxicomanes» seront transférées aux entités fédérées ;
- les plateformes de soins de santé mentale sont également transférées aux entités fédérées ;

«Les moyens que le fédéral affecte actuellement à la prévention seront transférés, de même que le Fonds de lutte contre les assuétudes.» (p34). La prévention passera donc intégralement dans l'escarcelle des Communautés, et à Bruxelles de la COCOF associée à la FWB.

1.3.2.4 Transfert de compétences : qui, ou quelles nouvelles instances de décision ?

Il semble que la seule instance de décision/concertation dont la création semble faire chorus pour l'instant est un futur Institut pour garantir des réponses concertées aux grands défis en soins de santé (point 3.2.1. du texte de l'«Accord institutionnel» - p 32).

Cet institut serait donc un lieu de concertation et de réponse aux questions notamment budgétaires pour tous les domaines de la santé. Tous les ministres de la santé y seraient représentés. Ils seraient censés y dégager «une vision prospective commune et une politique de soins durable». Sur papier, on pourrait le comparer, en l'état, à notre «cellule générale drogues», mais qui engloberait l'ensemble des aspects de la santé. Une sorte de «cellule générale santé», donc ! En parallèle, le fonctionnement actuel de la Conférence interministérielle santé demeurerait inchangé.

1.3.2.5 D'autres instances verront-elles le jour ?

Même si cela n'est pas évoqué dans la réforme de l'État, on se rappellera que lors de la «conférence de consensus en matière d'assuétudes» organisée le vendredi 10 juin 2011 à l'initiative de la Ministre de la Santé Fadila Laanan (voir notre rapport précédent), avait été évoquée pour la première fois par la ministre la création d'une «cellule politique santé-assuétude francophone» qui réunirait la FWB, la Wallonie et la COCOF dans une optique d'intégration des politiques en matière d'assuétudes. La cellule devrait également veiller à porter les priorités francophones au niveau fédéral, à améliorer la visibilité et l'accessibilité de l'offre des services, et favoriser complémentarité et décloisonnement entre les entités fédérées mais aussi les niveaux provinciaux et communaux.

La ministre a également exprimé, lors de débats parlementaires, la volonté que cette cellule francophone se réapproprie les résultats de l'étude «Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en FWB», qui a été confiée à Eurotox, et fait valoir que «La Fédération Wallonie-

Bruxelles, la Wallonie et la COCOF travaillent actuellement pour rendre opérationnelle cette cellule en 2013¹⁴».

1.3.3 «LEGAL HIGHS»/ALERTE PRÉCOCE : PROJET DE MODIFICATIONS DE LA LOI DE 1921 SUR LES STUPÉFIANTS

Un groupe de travail sur les "legal highs", soit les substances légales approchant les structures biochimiques de psychotropes illégaux pour en reproduire les effets, a été créé par la Cellule Générale de Politique Drogues au mois de juin 2011. Le travail de ce groupe a débouché, le 15 mai 2012, sur une déclaration de la Conférence Interministérielle Drogues (CIM) concernant ces substances.

Cette déclaration se voulait une réponse à deux problématiques. La première concerne essentiellement la justice, et pourrait se résumer à «comment interdire des substances qui ne le sont pas encore, sachant que leurs structures moléculaires fines sont adaptées en permanence par les fabricants pour contourner la loi ?». Un des soucis exprimés en conférence de presse par la Cellule Générale Drogues à ce sujet, fut que les forces de l'ordre, confrontées à des symptômes identiques, ne savent pas toujours si elles doivent sévir, n'étant pas fixées sur le caractère licite de ce qui a été ingéré par une personne interpellée. La deuxième concerne la difficulté du système Early Warning (Alerte précoce/EWS) à obtenir de l'information nécessaire à la santé publique, en temps utile, de la part des laboratoires toxicologiques et de biologie clinique responsables d'analyses en cas d'incident lié aux drogues (saisie, hospitalisation, décès...). Il faut savoir que la transmission d'information par ces laboratoires vers le Point Focal belge de l'OEDT, soit l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP), est réglé par un arrêté royal. Ce dernier enjoint ces laboratoires de transmettre quotidiennement tous leurs résultats à l'ISSP, même en cas d'affaire judiciaire, et même en cas de décès. Toutes les substances illégales sont couvertes. Cependant, selon le professeur Brice De Ruyver, criminologue et coordinateur de la Cellule Générale Drogues, cet arrêté se heurte à une disposition contradictoire, qui est le secret de l'instruction en Belgique. L'application du secret de l'instruction «neutralise», en quelque sorte, l'arrêté royal de transmission de l'information.

Pour trouver une réponse à la première problématique, la CIM a décidé de modifier la loi sur les stupéfiants de 1921, pierre fondatrice de la politique des drogues en Belgique : le changement consistera à interdire *toute* substance ayant un effet psychotrope, sauf quelques catégories (notamment l'alcool, le tabac et les médicaments), là où, aujourd'hui, le système est inverse : seules *certaines* substances sont interdites, en principe pour leurs effets supposés sur la santé, le reste ne l'étant pas. Par exemple, à ce jour, les substances psychoactives qui n'existent pas encore ne sont bien entendu pas encore interdites, alors que la nouvelle loi les visera également, puisque *toute* substance psychoactive sera prohibée et liée à des poursuites pénales. Ce sont les structures *de base* des molécules déjà interdites aujourd'hui qui sont visées, afin que des modifications de leur structure fine ne change rien à leur prohibition.

Par ailleurs, pour la deuxième problématique (celle de l'information fluide du système d'alerte précoce par les laboratoires), la CIM va également introduire un changement dans la loi de 1921, afin que les laboratoires ne puissent plus se réfugier derrière le secret de l'instruction pour ne pas transmettre des informations utiles à la santé publique, et notoirement au système EWS. Ces deux changements seraient inscrits à l'ordre du jour du dernier trimestre 2012.

14 «Réponse de Madame Fadila Iaan, Ministre de la Culture, de l'Audiotvisuel, de la Santé et de l'Égalité des chances à la question orale de Monsieur le Député André Du Bus relative à 'une journée contre le tabac bien méritée !', fadilalaanan.net, disponible à : http://www.fadilalaanan.net/archives_actualites.php?archives_mois=2012-6&article=000822&pag=15 (consulté le 11/10/2012)

1.4 DÉBAT/ÉVOLUTION DE LA SITUATION

1.4.1 INCERTITUDES

Code de la santé et agrément des services ; prévention et réduction des risques versus répression ; quantitatif versus qualitatif ; stratégies concertées versus immobilisme... Quelle issue ? À quand la fin de la précarité ?

«Strange days», aurions-nous pu titrer. Nous sommes dans une période où on ne sait sur quel versant de la montagne on risque de verser.

Le **plan quinquennal** de promotion de la santé en FWB 2004-2008 a été prolongé plusieurs fois, par à-coups, en l'attente de la publication d'un **nouveau code de la santé**, en travail au cabinet de la ministre en charge de ces matières. Le code en question se faisant attendre, le plan quinquennal précédent est ainsi peu à peu devenu une sorte de plan décennal qui ne dit pas son nom.

Les **agréments des services** spécialisés ont subi le même sort : raccourcis dans un premier temps pour permettre leur inscription prochaine dans le cadre du même code renouvelé, ils ont ensuite été prolongés, eux aussi par à-coups, du fait du délai souffert par l'élaboration de ce texte. L'incertitude règne aujourd'hui sur ces statuts en devenir. Les intervenants seront-ils fixés sur leur sort avant la prochaine législature ; le code de la santé verra-t-il le jour dans le même temps ; l'incertitude qui pèse sur l'emploi s'en verra-t-elle levée ? Il faut savoir notamment que, vu le travail «à enveloppe fermée» et sans indexation de celle-ci depuis l'année 2010 (sous couvert de la réforme du code annoncée), certains frais des asbl ne peuvent progressivement plus être couverts, le temps de travail s'en trouve, à terme, menacé, et on commence à parler de préavis de licenciement en plus d'un endroit. L'organe (un temps baptisé «OIP» - pour «**Organisme d'Intérêt Public**») prévu par la ministre dans le cadre de cette réforme était censé assurer le maintien du volume de l'emploi actuel. Sera-ce bien le cas, et surtout, cet organe verra-t-il bien le jour avant la prochaine législature ? Les travailleurs de terrain ne peuvent que faire aveu d'incertitude face à cette question.

Une certaine ambiguïté règne aussi sur les priorités politiques en matière d'assuétudes. Davantage de **prévention** et de **réduction des risques**, ou davantage de **répression** ? La cellule générale de politique en matière de drogues (CGPD) a annoncé au printemps 2012 vouloir fluidifier le système EWS (Early Warning System, alerte précoce sur les nouvelles drogues ou les nouveaux modes de consommation entraînant des risques accrus), en changeant la loi sur les stupéfiants de 1921 : il s'agirait en fait d'adapter cette loi pour que les laboratoires biologiques et toxicologiques du royaume, théoriquement obligés par arrêté royal de transmettre quotidiennement leurs résultats d'analyses au système d'alerte précoce *même* en cas d'instruction judiciaire autour de ces échantillons, ne puissent plus se retrancher derrière le secret de l'instruction pour refuser de transmettre ces résultats, ou ne le faire que beaucoup trop tard, gardant par devers eux des informations nécessaires à la santé publique. Un beau progrès, donc, qu'il faudra saluer le jour où il sera publié au Moniteur Belge. Cependant, dans le même temps, et tout à fait comme si le but était identique, la CGPD a annoncé s'atteler à la tâche de circonscrire et même de juguler la consommation des «legal highs», ces substances dont la variété augmente régulièrement, et qui sont censées reproduire les effets des drogues stimulantes déjà placées par ailleurs sur la liste des produits interdits. Pour ce faire, une stratégie toute simple : interdire, par la loi et par avance, toute substance à effet psychotrope qui ne soit pas l'alcool, le tabac et la plupart des médicaments. Et ce sans évaluation des risques pour la santé (sans «risk assesment», comme en produit régulièrement l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies). Le but étant donc d'éviter l'utilisation, par les fabricants de psychotropes, de précurseurs encore légaux de molécules déjà illégales. C'est là une stratégie de répression proche, si pas partie intégrante, de la «guerre à la drogue» qui vise depuis trente ans, sans succès, à obtenir un «monde sans drogues», ou, dit autrement, qui vise tantôt «la fin de l'offre», tantôt «la fin de la demande», tantôt les deux. Une seule conférence de presse fut organisée pour annoncer ces deux trains de mesures (fluidifier le système EWS, interdire *tous* les produits psychotropes), présentées comme les deux branches d'une même solution à l'apparition sur le marché de «legal highs». Strange days.

Cette ambiguïté, cette difficulté à choisir, était déjà présente dans les «conclusions à la présidence belge de l'Union Européenne», que nous avons détaillées dans notre précédent rapport : d'une part favoriser la prévention et la réduction des risques (laquelle, essentiellement, améliore la qualité de vie des personnes consommant des psychotropes, et, par rebond «systémique», la *qualité* de vie en communauté de l'ensemble du corps social), d'autre part réclamer à demi-mot de la *quantité*, du chiffre, invoquant systématiquement de nouveaux résultats «evidence-based» afin de justifier tout pas en avant dans la première direction, et sans même citer les nombreuses évaluations déjà existantes.

Enfin, on peut citer une dernière «tension» entre deux pôles, génératrice dans les faits d'une forme d'incertitude : **l'éclatement des compétences** en termes d'assuétudes d'une part ; la volonté déjà ancienne et elle aussi partagée par différents niveaux de pouvoir d'une **politique globale et intégrée** dans cette matière d'autre part. Les deux tables rondes et la conférence de consensus du printemps 2011, réunissant la Wallonie, la Région Bruxelloise et la FWB, ont encore souligné ce double mouvement, pour souhaiter plus de transversalité, d'intégration. C'est aussi, en théorie, dans ce sens qu'est allée la volonté de réforme de la ministre Laanan et son projet de création d'un organe qui rapatrierait notamment toutes les missions d'observation en matière de santé en FWB. C'est enfin dans le même sens également qu'a été confiée à Eurotox la mise en place de **Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues** en FWB. Les intervenants de terrain ont fourni un travail remarquable en un temps limité, pour aboutir à un document opérationnel, qui ne demande qu'à être affiné et implémenté. Hélas, dans l'immédiat, en **l'absence de PCO**¹⁵ consacré aux assuétudes, et toujours en l'attente de la réforme du code de la santé, il est difficile de (pré)voir comment les objectifs opérationnels décrits dans ce rapport vont s'incarner en un plan qui rendra justice au travail fourni par les intervenants de terrain. D'autant qu'on a déjà mis dans leurs mains, par le passé, des constats ou objectifs opérationnels *transversaux* réputés «à mettre en œuvre», sans que cela soit suivi d'effets¹⁶. On peut se réjouir (écoutant les annonces somme toute enthousiastes de la ministre). Comme on peut s'inquiéter (voyant s'éloigner les échéances - de redéfinition des agréments, de refonte des plans quinquennaux et PCOs dans un programme de référence *global* - et intégré ? - , de réécriture du code de la santé et, peut-être, d'implémentation de stratégies concertées qui assureraient entre autres une part de cette transversalité, de ce suivi, de cette continuité appelés par tant d'acteurs du terrain travaillant à ce jour dans des conditions trop souvent, et depuis trop longtemps, précaires). Se réjouir... ou s'inquiéter. «Strange days».

15 En l'attente de la réforme du code de la santé, aucun nouveau PCO n'a été mis en chantier, les objectifs opérationnels de ceux-ci (et en amont, du programme quinquennal) étant censés être repris, après la réforme, dans un «programme de référence» plus large qui sera la feuille de route de la politique de santé (bien au-delà de la seule *promotion* de la santé) du/de la ministre sur une législature.

16 Ainsi le rapport «Constats et recommandations en vue d'un plan concerté en matière d'assuétudes (RW/CF/CCF)», Collège d'experts en assuétudes, juin 2005. disponible à l'URL : http://infordroques.be/pdf/assuetudes_rapport_06_2005.pdf (consulté le 30 novembre 2012). Ainsi la note politique fédérale de 2001, qui portait création de la «Cellule Générale de Politique en matière de Drogues», lieu des transversalité et de coordination par excellence, et qui ne vit réellement le jour qu'une petite décennie plus tard.

2 SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET TENDANCES

2.1 LA PRÉVALENCE DES USAGES DE DROGUES

Dans cette partie, nous présenterons successivement des données sur la prévalence de l'usage de drogues dans la population générale, chez les jeunes et dans le milieu de la prostitution. Les données relatives à d'autres groupes spécifiques tels que le milieu festif ou encore les usagers rencontrés «en rue» seront traitées dans le chapitre 3 du présent rapport, celui-là étant consacré à l'éclairage de la situation épidémiologique à partir des données indicatives issues d'actions de terrain. Les enquêtes développées seront introduites sous forme du tableau récapitulatif suivant :

Année de collecte de données
Type d'étude
Objet primaire
Population cible
Méthode d'échantillonnage
Échantillon de l'étude
Taux de réponse
Couverture
Distribution d'âge
Instrument d'investigation

Ces différentes rubriques sont remplies dans la mesure du possible, mais il arrive que certaines informations ne soient pas disponibles.

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 et le mode de consommation des différentes drogues chez 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 au cours de trois «fenêtres temporelles» (au cours de la vie, au cours des 12 derniers mois, au cours des 30 derniers jours), et 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 (HIS) réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique. Comme il s'agit d'une enquête de santé en population 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 dans la population générale adulte

L'enquête de santé par interview (HIS, Health Interview Survey) est financée par l'état fédéral, les régions et les communautés, et est réalisée par l'ISSP. 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» a été 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, parce que 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.

Année de collecte de données	2008
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Étude de l'état de santé de la population belge
Population cible	Population générale*
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire (stratifié et par grappe)
Échantillon d'étude	6.792 pour le volet sur les «drogues illicites» (11.254 au total)
Taux de réponse	55 %
Couverture	Belgique
Distribution d'âge	15 à 64 ans pour le volet «drogues»
Instrument d'investigation	Interview en face-à-face et questionnaire**
* Le volet sur les drogues illicites n'a toutefois été administré qu'aux personnes âgées de 15 à 64 ans.	
** 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.	

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

Les résultats de cette enquête ayant déjà été détaillés antérieurement, nous n'en rappellerons ici que les grandes lignes et renvoyons le lecteur à notre précédent rapport pour des résultats plus complets.

Comme on peut le constater dans le tableau 5, la dernière enquête HIS (voir Gisle, 2010) montre qu'en 2008, la **prévalence de l'usage de cannabis sur la vie** (au moins une consommation au cours de la vie) est de 14,2 % 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 (29,9 %) ainsi que, dans une moindre mesure, au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans (21,1 %). L'expérimentation de cannabis est plus élevée en région bruxelloise (23,3 %) que dans les deux autres régions du pays (13 %).

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 5,1 % en 2008. Les tranches d'âge les plus concernées par l'usage récent de cannabis sont les 15-24 ans (11,8 %) et les 25-34 ans (10,4 %). Enfin, l'usage récent de cannabis est également plus élevé en région bruxelloise (8,7 %) que dans les deux autres régions du pays (un peu moins de 5 %).

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 3,1 % de la population belge en 2008, mais il concerne principalement les 25-34 ans (7 %) ainsi que les 15-24 ans (6,5 %), et est à nouveau plus

marqué en région bruxelloise que dans les autres régions du pays. En ce qui concerne la *fréquence* de consommation de cannabis chez les 3,1 % d'«usagers actuels», la plupart d'entre eux (47,3 %) ont déclaré en avoir consommé 1 à 3 jours au cours du mois précédant l'enquête, pour 16,2 % durant 4 à 9 jours, 6,8 % durant 10 à 19 jours et 29,8 % durant 20 jours ou plus.

Tableau 5 : Prévalence de la consommation de cannabis par région en 2008. Enquête HIS 2008

	Wallonie	Bruxelles	Flandre	Belgique
Prévalence vie	13,2 %	23,3 %	13,3 %	14,2 %
15-24 ans	20,6 %	26,8 %	20,6 %	21,1 %
25-34 ans	28,4 %	32,7 %	30,1 %	29,9 %
35-44 ans	11,4 %	22,6 %	11 %	12,2 %
45-54 ans	5,7 %	19,4 %	5,7 %	6,7 %
55-64 ans	2,4 %	9,0 %	2,9 %	3,2 %
Prévalence 12 derniers mois	4,9 %	8,7 %	4,6 %	5,1 %
15-24 ans	10,7 %	15,3 %	11,9 %	11,8 %
25-34 ans	10,2 %	13,2 %	9,9 %	10,4 %
35-44 ans	3,3 %	8,6 %	2,6 %	3,4 %
45-54 ans	0,8 %	3,3 %	0,3 %	0,7 %
55-64 ans	1,4 %	0,5 %	0,8 %	1,0 %
Prévalence 30 derniers jours	2,7 %	6,5 %	2,7 %	3,1 %
15-24 ans	5,5 %	10,2 %	6,5 %	6,5 %
25-34 ans	6,3 %	9,9 %	6,8 %	7,0 %
35-44 ans	1,1 %	6,9 %	1,4 %	1,8 %
45-54 ans	0,7 %	2,4 %	0,3 %	0,6 %
55-64 ans	1,2 %	0,5 %	0,3 %	0,6 %
Source : Gisle, 2010				

Toujours en 2008, la prévalence d'usage sur la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis est de 3,8 % dans la population belge âgée de 15 à 64 ans (voir Tableau 6). Les tranches d'âge les plus concernées sont celles des 25-34 ans (9,2 %) et, dans une moindre mesure, des 15-24 ans (4,6 %). La prévalence de l'usage récent (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois) concerne quant à elle 1,5 % de la population belge âgée de 15 à 64 ans, les tranches d'âge les plus concernées étant celles des 25-34 ans (3,5 %) et, dans une moindre mesure, des 15-24 ans (2,8 %). Si l'on envisage l'usage récent par produit, il apparaît que ces 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. Notons que ces indicateurs de prévalence de consommation des autres drogues illicites que le cannabis sont également plus élevés en Région bruxelloise que dans les deux autres régions du pays.

Mais à nouveau, cette différence peut «s'expliquer» par le caractère exclusivement urbain de la Région bruxelloise, puisque lorsque l'on compare ces indicateurs entre la Région bruxelloise et les grandes villes de Wallonie et de Flandre, les prévalences de consommation sont sensiblement équivalentes, voir même légèrement plus importantes dans ces dernières. Il conviendrait néanmoins d'identifier plus précisément les déterminants de la plus haute prévalence de consommation en milieu urbain (plus grande accessibilité/proximité du produit, influence de la culture urbaine, etc.). Notons finalement que les indicateurs de consommation pour lesquels un suivi dans le temps est possible (indicateurs de prévalence pour le cannabis) sont assez comparables à ceux observés en 2004.

Tableau 6 : Prévalence de consommation des autres drogues illicites par région en 2008. Enquête HIS 2008

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

Source : Gisle, 2010

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 internationale «Health Behaviour in School-aged Children» (www.hbsc.org) est réalisée à l'échelle de la FWB généralement tous les quatre ans, depuis 1985, par l'Unité de Promotion et d'Éducation Santé (PROMES). Il s'agit d'une étude élaborée en partenariat avec le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les objectifs de l'enquête sont de mieux appréhender la santé et le bien être des jeunes, leurs comportements de santé ainsi que le contexte social dans lequel ils évoluent. Un volet assuétudes (tabac, alcool, drogues et multimédias) est également abordé.

Les résultats préliminaires présentés ci-dessous correspondent au volet «assuétudes» de la neuvième enquête, effectuée en 2010. Le rapport complet de cette étude devrait paraître dans le courant de l'année 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	Plus de 7000 élèves
Taux de réponse	Inconnu actuellement
Couverture	Jeunes scolarisés en Fédération Wallonie-Bruxelles
Distribution d'âge	12 à 20 ans
Instrument d'investigation	Questionnaire auto-administré
* L'enquête s'adresse également aux élèves de la 5ème primaire à la 6ème secondaire, mais le volet drogues n'est proposé qu'aux élèves de l'enseignement secondaire.	

L'enquête a été effectuée sur un échantillon représentatif d'élèves de la FWB (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). L'outil de récolte est un questionnaire auto-administré validé au niveau international et communautaire.

Les résultats préliminaires indiquent qu'en 2010, les différents indicateurs de prévalences de consommation sur la vie 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 moins fréquent en 2010 (environ -1,4 % par rapport à 2006). En outre, la diminution de l'usage régulier de cannabis est progressive depuis 2002. L'expérimentation de l'ecstasy est en diminution progressive depuis 1998 (-4 % par rapport à 1998), et l'usage récent est également en diminution.

Tableau 7 : Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis et d'ecstasy dans la population belge scolarisée âgée de 12 à 20 ans. Enquête HBSC 1998-2010

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

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

Une enquête européenne sur l'attitude des jeunes par rapports aux drogues (*youth attitudes on drugs*) a été menée en 2011 par l'agence EOS Gallup Europe, à la demande de la Direction Générale de la Justice et des Affaires Intérieures de la Commission Européenne (pour le rapport complet, voir The Gallup Organisation, 2011). Cette enquête porte essentiellement sur les attitudes des jeunes par rapport aux drogues (disponibilité et dangerosité perçues, source d'information, etc.) mais certaines données relatives à l'usage de cannabis et de «*legal highs*» sont également récoltées¹⁷.

Année de collecte de données	2010
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	12.313 jeunes européens, dont 502 belges
Taux de réponse	Inconnu
Couverture	Europe
Distribution d'âge	15 à 24 ans
Instrument d'investigation	Interview téléphonique assisté par ordinateur (WebCATI)

L'échantillon belge est composé de 502 interviews menées par téléphone auprès de jeunes âgés de 15 à 24 ans. Le rapport ne mentionne malheureusement pas d'information concernant les caractéristiques sociodémographiques des échantillons au niveau national, et il est très lacunaire en ce qui concerne la méthodologie adoptée (sélection et répartition géographique des participants, pourcentage de refus, etc.). Les auteurs estiment néanmoins que chaque échantillon national est représentatif des jeunes de 15-24 ans issus de la population générale du pays en question, ce dont on peut douter.

À la question de savoir par quels biais les jeunes ont été informés au cours de la dernière année sur les effets et les risques des drogues illégales (chaque participant pouvait fournir jusqu'à trois réponses différentes), il apparaît (voir Tableau 8) que les jeunes belges ont apparemment été peu informés à ce sujet comparativement à ce que l'on observe dans les autres pays européens, et ce quel que soit le canal d'informations envisagé (hormis la prévention dans les écoles, qui se classe au niveau de la moyenne européenne et qui est la première source citée par les répondants belges). En outre, les Belges sont les plus nombreux (environ un jeune sur quatre) parmi l'ensemble des pays européens à avoir répondu n'avoir pas été informés du tout à ce sujet au cours de la dernière année !

En ce qui concerne la question portant sur les sources d'informations vers lesquelles les jeunes se tourneraient en cas de besoin d'information sur les drogues illégales (chaque participant pouvait fournir jusqu'à trois réponses différentes), il apparaît que les jeunes belges suivent assez bien les moyennes européennes, à savoir qu'ils se tourneraient principalement vers Internet ainsi que, dans une moindre mesure, vers un ami, les parents ou la famille et un professionnel de la santé non spécialisé en assuétudes. En revanche ils sont très peu nombreux à estimer qu'ils se tourneraient vers un professionnel formé en assuétudes ainsi que vers une ligne téléphonique dédiée.

Une autre donnée intéressante de cette enquête concerne l'attitude des jeunes par rapport à l'interdiction de vente du cannabis : il apparaît que 50 % des jeunes belges sont favorables à la dépénalisation de la vente de cannabis, ce qui est nettement supérieur à la moyenne européenne et classe notre pays parmi les plus favorables à une telle mesure, après les tchèques et les néerlandais (favorable à 59 % et 65 %, respectivement).

¹⁷ Le lecteur intéressé par les résultats de l'enquête qui ne sont pas repris ici trouvera le rapport complet à l'adresse suivante : http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_en.pdf (Dernière consultation le 11/12/2012).

Tableau 8 : Attitudes des jeunes belges et européens par rapport aux drogues. Youth attitudes on drugs 2011

	Échantillon Belge	Moyenne européenne	Minimum européen	Maximum européen
Avez-vous reçu au cours de l'année dernière des informations sur les effets et risques des drogues illégales ?				
Via un programme de prévention dans les écoles	40 %	41 %	30 %	65 %
Via des campagnes dans les médias	30 %	46 %	26 %	55 %
Via Internet (sites et chat)	27 %	39 %	23 %	67 %
Via des amis	17 %	26 %	17 %	41 %
Via les parents ou la famille	12 %	17 %	8 %	29 %
Via la police	5 %	8 %	2 %	30 %
Via une ligne téléphonique spécialisée	2 %	2 %	0 %	7 %
N'a pas été informé du tout	24 %	10 %	3 %	24 %
En cas de besoin d'information sur les drogues illégales et sur l'usage de drogues en général, vers quelle(s) source(s) vous tourneriez-vous ?				
Internet	63 %	64 %	42 %	80 %
Un ami	36 %	37 %	16 %	56 %
Parents ou famille	24 %	28 %	12 %	49 %
Un professionnel de la santé (médecin, infirmière...)	21 %	28 %	12 %	45 %
Un professionnel ou un centre spécialisé en assuétudes	13 %	20 %	9 %	38 %
Quelqu'un à l'école ou au travail	13 %	14 %	7 %	26 %
Média de masse (TV, radio, journaux...)	10 %	15 %	5 %	23 %
Un travailleur social ou un éducateur	7 %	9 %	3 %	19 %
Une ligne téléphonique d'aide	7 %	6 %	1 %	15 %
La police	4 %	9 %	3 %	38 %
La vente de cannabis doit-elle encore être interdite ou autorisée par l'état ?				
Interdite	48 %	59 %	33 %	87 %
Autorisée à certaines conditions	44 %	34 %	10 %	52 %
Autorisée sans restriction	6 %	5 %	0 %	13 %
Source : The Gallup Organisation, 2011				

La prévalence d'usage de cannabis chez les jeunes belges âgés de 15 à 24 ans, telle qu'estimée par cette étude, est de 28,3 % pour l'usage sur la vie, 17,2 % pour l'usage au cours de la dernière année, et 8 % pour l'usage au cours du dernier mois (voir Tableau 9). Ces niveaux de prévalence sont légèrement supérieurs à ceux observés en moyenne au niveau européen, mais nettement supérieurs à ceux rapportés dans la dernière levée de l'enquête de santé par Interview pour la même tranche d'âge (voir dans le présent chapitre, la section 2.1.1.1)¹⁸. La prévalence d'usage de *legal highs* sur la vie est quant à elle assez faible chez les jeunes belges, puisqu'elle ne concerne que 4 % des répondants, ce qui est légèrement en dessous de la moyenne européenne.

18 Cette différence pourrait s'expliquer par l'emploi de méthode d'enquête différente : interview téléphonique dans la présente enquête peut-être plus propice à la divulgation d'informations sensibles, alors que l'enquête HIS utilisait pour le « volet drogues » un questionnaire auto-administré qui était remis après une interview en face-à-face. En outre, dans le cas de l'enquête HIS, la participation se fait par ménage complet. En 2008, environ 32% des ménages contactés ont refusé d'y participer. Même si ces ménages ont ensuite été « remplacés » par d'autres ménages sur base de trois critères qu'ils ont en commun (la localisation géographique, la taille du ménage, et l'âge de ses membres), on ne peut exclure qu'une certaine proportion des ménages ayant refusé d'y participer ont pris cette décision par choix de ne pas divulguer certains comportements (en l'occurrence la consommation de drogues illicites) ou par peur que l'anonymat de l'enquête soit transgressé.

Tableau 9 : Prévalence de la consommation de cannabis et de legal highs chez les jeunes belges et européens. Youth attitudes on drugs 2011

	Échantillon Belge	Moyenne européenne	Minimum européen	Maximum européen
Prévalence d'usage de cannabis sur la vie	28,3	26 %	3 %	47 %
Prévalence d'usage de cannabis les 12 derniers mois	17,2 %	14 %	0 %	23 %
Prévalence d'usage de cannabis les 30 derniers jours	8 %	6,2 %	0 %	12,3 %
Prévalence d'usage de <i>legal highs</i> sur la vie	4 %	5 %	0 %	16 %

Source : The Gallup Organisation, 2011

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 des pratiques et des différentes manières d'exercer cette activité (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 15 000 et 20 000 travailleurs du sexe en Belgique, dont 80 % seraient des femmes et 15 % des transsexuels, et dont la majorité (60 %) serait issu de l'immigration (Brussa, 2009). À titre d'exemple, Espace P, une association œuvrant pour la défense des droits des personnes qui se prostituent, mentionne que 78 % des femmes enrôlées à Bruxelles en 2009 dans le cadre de la campagne de vaccination contre l'hépatite B étaient en provenance des pays de l'Est (Espace P, 2010).

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 risques 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 connu au niveau européen, et ce y compris en Belgique (voir Roelands, 2010). Dans ce contexte, une étude (DRUSEB) a récemment été réalisée au niveau fédéral (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, dans le but 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). Cette étude se compose d'une enquête quantitative (n=528), d'une enquête qualitative (n=25) et de focus groupes (n=5).

L'enquête quantitative, qui s'est déroulée d'octobre 2008 à février 2011, a permis de récolter 528 questionnaires¹⁹ dans cinq villes de Belgique et leurs environs (23, % à Anvers, 22,2 % à Bruxelles, 17 % à Charleroi, 19,3 % à Gand et 18,2 % à Liège). Les questionnaires ont été administrés en face à face par des travailleurs sociaux ayant un lien préexistant avec cette population. Les différents secteurs de la prostitution sont représentés de manière inégale au sein de l'échantillon : prostitution de rue (20,3 %), prostitution en vitrine (23,3 %), prostitution en bar/vitrine (13,2 %), prostitution en bar/club (9,4 %), prostitution en privé (26,2 %) et prostitution en escort (7,6 %).

En ce qui concerne le profil sociodémographique, les répondantes ont une moyenne d'âge de 35,7 ans, sont majoritairement de nationalité belge²⁰, et ont pour la plupart (62,3 %) suivi un enseignement secondaire, bien qu'elles n'aient pas toutes terminé ce cursus. Plus de la moitié (58,3 %) ont des enfants

19 Malgré la taille de l'échantillon, les auteurs de l'étude estiment que celui-ci n'est probablement pas parfaitement représentatif de la population totale des femmes prostituées en Belgique. En effet, les intervenants du secteur ont déclaré dans les focus groupe que l'âge moyen des usagers qui fréquentent leurs services est inférieur à celui des répondants de l'étude, et que les pourcentages de travailleuses du sexe séjournant et travaillant illégalement dans le pays est également supérieur à celui de l'échantillon.

20 Pour être complet, l'enquête révèle que 7% des personnes interrogées sont de nationalité française, 2,7% néerlandaise, 2,1% bulgare, 1,9% nigériane, 1,7% italienne, 1,3% espagnole, 1,3% albanaise, et 11,2% d'une autre nationalité que celles mentionnées. Malheureusement les nationalités des répondantes ne sont pas détaillées par secteur de prostitution.

(quasiment 2 enfants en moyenne), et la prostitution est la principale source de revenus pour la majorité des femmes interrogées (83,5 %). Au niveau du profil de prostitution, 44,8 % des répondantes travaillent de 4 à 7 heures par journée de travail, et 41,2 % travaillent 8 heures ou plus. Leur nombre moyen de clients s'élèvent à 4,1 par jour, et elles ont en moyenne commencé à se prostituer à l'âge de 25,6 ans.

En terme de profil de consommation, les prévalences d'usage sur la vie et au cours du dernier mois sont détaillées dans le tableau 10. On constate que les produits qui ont le plus souvent été expérimentés sont, par ordre d'importance, l'alcool (95,1 %), le cannabis (58,5 %), la cocaïne (45 %), l'ecstasy (33,3 %), et les amphétamines (26,7 %). Ces indices de consommation sont clairement et nettement supérieurs à ceux observés dans la population générale (voir section 2.1.1 du présent chapitre), ce qui confirme au niveau belge ce qui était observé au niveau international (voir par exemple Gilchrist et al., 2005 ; Potterat et al., 1998). Des différences en fonction du secteur de prostitution apparaissent également. Par exemple, les secteurs vitrine et bar/vitrine semblent moins touchés que les autres par l'expérimentation de drogues, et ce quel que soit le produit considéré. On constate également que l'héroïne a principalement été expérimentée par les prostituées de rue ainsi que, dans une moindre mesure, par celles qui travaillent en bar/club.

En ce qui concerne la consommation actuelle (30 derniers jours), il apparaît que les produits le plus fréquemment cités sont, par ordre d'importance, l'alcool (74,4 %), les benzodiazépines (25,9 %), le cannabis (24,8 %), et la cocaïne (16,7 %). La consommation des autres produits est nettement moins courante. On constate à nouveau des différences en fonction du secteur de prostitution. Par exemple, la consommation actuelle d'héroïne et de crack concerne quasi exclusivement les prostituées de rue, alors que l'ecstasy est généralement consommé par les prostituées qui travaillent en escort.

Enfin, 10,6 % des prostituées interrogées ont déjà eu recours à l'injection dans leur vie, et 4 % au cours du dernier mois. Comme on peut le voir dans le tableau 10, le recours à l'injection concerne quasi exclusivement les prostituées de rue.

En ce qui concerne la polyconsommation, 46 % des répondants ont déclaré avoir consommé au moins deux produits au cours du dernier mois. En outre, 27,5 % des répondants (ce qui correspond à 32,2 % des personnes qui ont consommé un produit au cours du dernier mois) ont déclaré avoir consommé au moins une fois deux ou plusieurs produits en combinaison lors du dernier mois, les mélanges les plus fréquents étant le cannabis et l'alcool ainsi que l'alcool et la cocaïne. Cette étude met également en évidence que 42,4 % des répondants ont consommé au moins une fois un produit sur leur lieu de travail au cours du dernier mois (alcool : 37,7 % ; cannabis : 7,6 % ; cocaïne : 6,6 % ; héroïne : 3 %, benzodiazépines : 2,8 % ; amphétamines : 1,5 % ; crack : 0,9 %). Parmi celles qui ont déclaré avoir consommé sur le lieu de travail, 48,6 % estiment que la consommation facilite le travail, 33 % en ressentent une influence sur la négociation avec le client, 30 % déclarent avoir plus de clients, et 17 % deviennent moins sélectives dans le choix des clients lorsqu'elles consomment des produits. Enfin, 11,6 % des prostituées interrogées ont déjà consommé de la cocaïne avec des clients, et 6,8 % se sont déjà fait payer en drogues en échange de rapports sexuels.

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

Tableau 10 : Profil socio-démographique et profil de consommation de drogues des femmes prostituées en Belgique.
Enquête DRUSEB 2011

	Rue (n=107)	Vitrine (n=122)	Bar/vitrine (n=69)	Bar/club (n=50)	Privé (n=139)	Escort (n=40)	Total (n=528)
Profil socio-démographique							
Âge moyen (min-max)	37,5 (20-67)	38,7 (18-73)	32,3 (19-55)	32,1 (21-55)	34,8 (20-58)	34,9 (24-56)	35,7 (18-73)
Nationalité belge	/	/	/	/	/	/	70,6 %
Profil de consommation							
Prévalence vie							
Alcool	96,3 %	89,4 %	94,3 %	100,0 %	98,6 %	92,5 %	95,1 %
Cannabis	72,0 %	36,1 %	48,6 %	76,0 %	68,4 %	52,5 %	58,5 %
Ecstasy	31,8 %	15,6 %	35,7 %	42,0 %	41,7 %	47,5 %	33,3 %
Amphétamines	32,7 %	15,6 %	20,0 %	32,0 %	30,2 %	37,5 %	26,7 %
Cocaïne	62,6 %	26,2 %	38,7 %	58,0 %	46,1 %	47,5 %	45,0 %
Crack	22,4 %	2,4 %	1,4 %	4,0 %	7,2 %	5,0 %	8,0 %
Héroïne	46,7 %	3,2 %	1,4 %	20,0 %	8,7 %	12,5 %	15,5 %
Injection	39,2 %	1,6 %	0,0 %	8,0 %	2,9 %	10,0 %	10,6 %
Prévalence dernier mois							
Alcool	68,2 %	55,7 %	81,4 %	98,0 %	81,3 %	82,5 %	74,4 %
Benzodiazépines	35,5 %	23,0 %	17,1 %	22,0 %	26,6 %	27,5 %	25,9 %
Cannabis	36,4 %	18,0 %	20,0 %	22,0 %	28,8 %	12,5 %	24,8 %
Ecstasy	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	2,9 %	10,0 %	1,7 %
Amphétamines	3,7 %	1,6 %	1,4 %	4,0 %	5,0 %	10,0 %	3,8 %
Cocaïne	28,0 %	9,8 %	8,6 %	32,0 %	15,1 %	7,5 %	16,7 %
Crack	11,2 %	0,8 %	1,4 %	2,0 %	1,4 %	2,5 %	3,4 %
Héroïne	33,6 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	0,7 %	0,0 %	7,2 %
Injection	19,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,0 %
Source : Decorte et al., 2011							

2.2 LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

2.2.1 DEMANDE DE TRAITEMENT AUPRÈS DES SERVICES SPÉCIALISÉS EN TOXICOMANIES : DONNÉES ISSUES DE L'INDICATEUR DE LA DEMANDE DE TRAITEMENT (TDI)

2.2.1.1 Contexte de recherche

En Europe :

Dans le cadre de la démarche initiée par l'Union européenne concernant la promotion de la recherche sur les phénomènes de drogues, l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT) a créé un ensemble d'indicateurs épidémiologiques qui permettent, grâce à un *monitoring* annuel dans les différents pays, d'obtenir des données standardisées et comparables au niveau européen. La finalité de ce *monitoring* est de mieux comprendre le phénomène des drogues afin d'y apporter des réponses adaptées sous l'angle légal, politique et socio-sanitaire. Il fournit également un aperçu des centres spécialisés en la matière en Europe, et renseigne sur leurs caractéristiques et leurs capacités d'accueil.

Cinq indicateurs-clés font actuellement l'objet d'un travail :

- demandes de traitement chez les usagers de drogues ;
- décès liés aux drogues et mortalité chez les usagers de drogues ;
- maladies infectieuses liées à l'usage de drogues ;
- usage de drogues dans la population générale ;
- prévalence de l'«usage problématique» de drogues.

Parmi ces cinq indicateurs, l'indicateur de demande de traitement (appelé TDI, pour *Treatment demand indicator*) consiste à enregistrer, chaque année civile, les demandes de traitement relatives à un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale²¹. Il permet ainsi d'avoir une estimation du nombre et du profil des personnes ayant fait une telle demande auprès d'un centre spécialisé et ce, grâce à un système de récolte de données spécifiques composé d'une vingtaine de variables²².

L'obligation de récolter les 5 indicateurs épidémiologiques est à nouveau notifiée dans le plan d'action drogues 2009-2012 de l'Union européenne (UE). Le cadre méthodologique et conceptuel ainsi que les variables en lien avec le TDI ont été initialement définis dans le protocole européen «Joint Pompidou Group - EMCDDA Treatment Demand Indicator Protocol version 2.0», accessible en ligne sur le site de l'OEDT²³. L'OEDT envisage toutefois de modifier ce protocole TDI à partir de 2013 (ajout de nouvelles variables et modification des variables existantes). Ces modifications devraient être réalisées en 2014 ou 2015 dans le cas de la Belgique.

En Belgique :

La Belgique a approuvé le plan drogue de l'UE et s'est ainsi engagée à récolter ces 5 indicateurs et à les renvoyer à l'UE. Cependant, le protocole européen a été «traduit» au niveau belge afin d'aboutir à des définitions et des instructions communes pour les différents systèmes de collecte répartis sur la Belgique. Il s'agit d'un protocole d'accord signé par tous les ministres de la santé publique, qui a été publié au Moniteur le 3 mai 2006. Une de ses particularités est qu'il mentionne explicitement que la Belgique doit intégrer dans cette récolte les demandes de traitement liées à l'alcool.

21 Sont exclus de l'enregistrement les traitements pour des problèmes somatiques découlant de cet usage (hépatite alcoolique ou virale, abcès, HIV...). En outre, n'est comptabilisée que la dernière demande de traitement enregistrée sur une année civile pour une personne donnée.

22 La sélection de ces variables a été motivée par une importante étude scientifique européenne, dont les détails sont disponibles sur le site de l'OEDT : <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (dernière consultation le 5/12/2012).

23 Informations disponibles sur le site de l'OEDT : <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html> (dernière consultation le 5/12/2012).

Les données belges des 5 indicateurs récoltées par les différents Sous-Points Focaux et les partenaires sont centralisées par l'Institut Scientifique de Santé publique (ISSP), qui officie en tant que Point Focal belge de l'OEDT, avant d'être envoyées à celui-ci. Pour plus de détails sur l'organisation et le rôle du Point Focal belge et des Sous-Points Focaux, nous renvoyons le lecteur au chapitre 4.

Localement, au niveau d'Eurotox et du réseau de collecte des données :

Eurotox, en tant que Sous-Point Focal, a développé jusqu'en 2011 un système de collecte de données (une fiche papier) qui tentait de couvrir un maximum de centres de traitement de la Wallonie (*pour les détails de la couverture, voir chapitre 5*). Une collaboration était également effective avec deux autres systèmes de récolte opérationnels en FWB, à savoir :

- la Coordination Drogues de Charleroi (depuis 1995), qui récoltait le TDI dans la région de Charleroi à l'aide de l'enquête «Sentinelles» ;
- la Coordination Toxicomanies Bruxelles (CTB-ODB), qui récoltait le TDI en région bruxelloise à l'aide d'un logiciel informatique baptisé Addibru.

Ainsi, en FWB, grâce à ces trois systèmes de collecte de données, le TDI a été récolté dans différents types de centres jusqu'en 2011 : les centres de santé mentale spécialisés (ambulatoires) dépendant des entités fédérées, les structures spécialisées de prise en charge des problèmes liés aux drogues avec ou sans convention «INAMI» (structures résidentielles et ambulatoires), et enfin certains hôpitaux, habitations protégées et maisons de soins psychiatriques. Ne sont pas incluses actuellement dans la récolte les demandes de traitement introduites auprès de médecins généralistes ou de la plupart des centres non spécialisés.

Depuis 2011, l'ISSP a fait appel à la plate-forme technique eHealth pour mettre à disposition des organismes de collecte un outil informatique de récolte, et pour centraliser et harmoniser la récolte tout en assurant l'anonymisation des données, l'élimination de doublons et le contrôle de la qualité des données. L'utilisation d'un identifiant unique permettra désormais de suivre le parcours des patients dans le temps et de mieux comprendre la manière dont ils ont recours à l'offre de soins belge en la matière. Les centres de traitement qui encodent leurs données TDI sur cet outil peuvent en outre à tout moment générer un rapport statistique descriptif, qui leur permet par exemple de situer leur public par rapport à celui des autres centres ou de disposer de tableaux de données pour leur rapport d'activité. Des explications détaillées sur cet outil sont disponibles à l'adresse suivante : <http://workspaces.wiv-isp.be/tdi/default.aspx>

2.2.1.2 Méthodes et moyens

Public cible :

L'OEDT exige l'enregistrement exclusif de la dernière demande de traitement introduite par une personne au cours de l'année civile.

Nous devons également être en mesure de distinguer les *admissions* des *premières demandes* enregistrées sur une année civile. Il importe de bien comprendre cette distinction car elle est centrale dans les analyses que nous allons présenter. La notion d'*admissions* renvoie à toutes les personnes qui ont fait une demande de traitement dans l'année encourue. En revanche, la notion de *premières demandes* renvoie uniquement aux personnes sans antécédents thérapeutiques, et qui introduisent donc une demande de traitement de ce type pour la première fois de leur vie.

Définitions :

Traitement

On entend par 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. Cette définition comprend l'offre de soins dispensée par certaines structures dont l'objectif premier est la désintoxication ou le maintien de l'abstinence, mais elle inclut également l'intervention de structures qui dispensent un soutien psycho-social au patient ainsi que certaines activités de réduction des risques. La notion de

traitement est donc considérée dans une acception assez large. Notons toutefois que les structures qui ne délivrent qu'une aide sociale ne peuvent être intégrées au recueil.

Type de centres

Il s'agit de centres qui accueillent des consommateurs de substances psychoactives afin de leur proposer un traitement. Les centres participant au recueil doivent être reconnus et financés par une autorité en tant que centre de traitement ayant une mission généraliste ou spécifique. Il peut en outre s'agir de structures médicales ou non médicales, publiques ou privées.

Type d'assuétudes

Les assuétudes prises en compte concernent tant les drogues licites qu'illicites, et comprennent donc l'alcool (spécificité belge) et certains médicaments psychotropes. Eurotox enregistre également les demandes de traitement pour une dépendance aux jeux de hasard ainsi que pour une cyberdépendance, mais celles-ci restent minoritaires et ne seront pas développées spécifiquement dans le présent rapport.

Prévalence et incidence

La notion de prévalence des traitements correspond ici au nombre total de patients en demande de traitement sur une année civile donnée. Nous ne sommes pas actuellement en mesure de pouvoir l'estimer, notamment parce que le protocole TDI ne prévoit que l'enregistrement des nouvelles demandes de traitement introduites sur une année civile (et non de l'ensemble des traitements en cours). La notion d'incidence correspond ici au nombre total de patients (sur une année civile) qui sont en demande de traitement pour la première fois de leur vie. Il s'agit donc des «premières demandes», dit aussi patients primo-demandeurs.

Outils et moyens d'investigation :

Comme nous l'avons déjà signalé, jusqu'en 2011, les données n'ont pas été récoltées avec le même support dans tous les types de centres. Les centres de la Wallonie ont principalement utilisé la «fiche papier Eurotox». Les centres bruxellois, dont les données étaient centralisées par la CTB-ODB, ont utilisé le logiciel «Addibru», et les centres liés à la Coordination Drogues de Charleroi ont eu recours à un questionnaire spécifique (enquête Sentinelles) couvrant également d'autres variables que celles recueillies dans le cadre du TDI. En outre, en 2011, une bonne partie des centres de la Wallonie ont exclusivement utilisé l'outil informatique mis en place par la plate-forme technique eHealth.

La multiplicité des outils et systèmes de récolte a comme corollaire que les variables du protocole TDI ne sont pas toutes opérationnalisées de la même manière. Nous avons donc tenté de rendre ces données les plus «harmonieuses» possibles en recodant voire croisant certaines d'entre elles afin d'obtenir, en définitive et dans la mesure du possible²⁴, des variables pouvant être comparées.

Variables :

Les variables sont organisées en deux grands axes : i) les informations liées au service (nom de l'institution, unité, suite prévue), qui permettent de situer le contexte de l'offre de traitement et ii) les données concernant la demande de traitement.

Ce deuxième axe couvre 5 volets, à savoir :

- les caractéristiques socio-démographiques de l'utilisateur : âge, sexe, nationalité, cohabitation, logement, niveau de scolarité, source principale de revenus ;
- les antécédents judiciaires
- le profil de consommation au cours du dernier mois (produits à l'origine de la demande, mode de consommation, fréquence, âge de la première consommation, etc.) ;
- les antécédents thérapeutiques de l'utilisateur : traitement antérieur, origine de la demande ;
- les comportements d'injection.

²⁴ Les systèmes d'enregistrement avec lesquels nous avons collaboré n'ont pas systématiquement récolté l'ensemble des variables que nous récoltions avec la fiche Eurotox, soit parce qu'elles ne sont pas officiellement incluses dans le protocole TDI (Eurotox proposant en effet certaines variables supplémentaires), soit pour des raisons philosophiques (refus idéologique de poser telle question aux usagers). Par conséquent, certaines des variables que nous allons présenter sont inévitablement assorties d'un nombre élevé de «non-réponses».

Biais et limites :**Limite générale**

Les données collectées dans le cadre du TDI que nous allons rapporter ambitionnent de représenter de manière fiable les caractéristiques des patients pris en charge par les services de soins spécialisés en la matière en FWB. Toutefois, il convient d'être prudent lors de l'extrapolation des résultats pour plusieurs raisons. Premièrement, la couverture externe (nombre d'institutions participant au recueil / nombre total d'institutions de prise en charge des usagers de drogues) relative à la collecte du TDI n'est pas parfaite actuellement, et les différents secteurs sont inégalement représentés (voir chapitre 5). Deuxièmement, il n'est pas possible d'obtenir systématiquement des réponses des patients pour toutes les variables investiguées, d'une part en raison du caractère sensible de certaines d'entre-elles, et d'autre part parce que les données ne sont pas forcément consignées en compagnie du patient, mais parfois complétées *a posteriori*, sur base des informations récoltées par les intervenants et mentionnées dans le dossier du patient. Troisièmement, nous ne disposons pas jusqu'en 2011 de la capacité technique d'éliminer les doublons d'enregistrement (les demandes multiples introduites par une même personne sur une année civile).

Pour les diverses raisons que nous venons d'évoquer, les données que nous allons présenter ci-après ne reflètent pas exhaustivement le public pris en charge par les centres de traitement des assuétudes en FWB. Néanmoins, nous pensons que le nombre de patients est suffisamment important et d'origines suffisamment diverses pour autoriser une caractérisation assez représentative de la population des usagers de drogues en demande de traitement dans les services actifs en FWB.

2.2.1.3 Présentation et analyse des résultats**Remarques préliminaires**

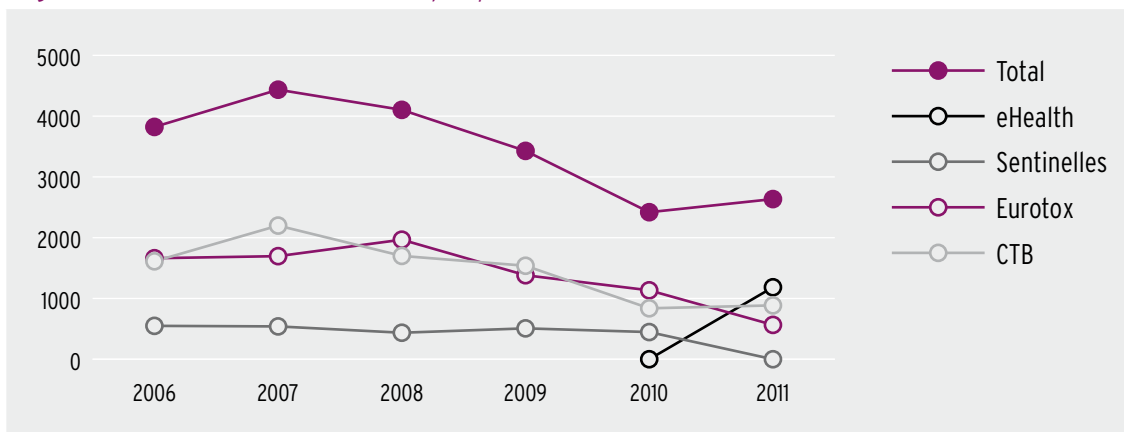
Par convention, nous ne rapporterons pour chaque variable que les pourcentages actifs, c'est-à-dire ceux qui correspondent aux personnes ayant donné une réponse à la variable correspondante. Le nombre de non-réponses est toutefois systématiquement renseigné en dessous de chaque tableau, et ce à la fois pour les admissions et les premières demandes. Par facilité, lorsque nous décrivons les résultats d'une variable, nous parlerons de «l'ensemble des patients», de «l'ensemble des admissions» ou encore des «patients en demande de traitement», mais il faudra garder à l'esprit qu'il s'agit en fait de «l'ensemble des patients ayant répondu à la question».

Nous avons pris l'option d'effectuer des analyses générales sur la période 2006-2011 afin de pouvoir dégager une vue globale des caractéristiques des patients ayant introduit une demande de traitement ces dernières années dans un centre actif en FWB. Le choix de ne pas pointer l'évolution dans le temps des caractéristiques des demandeurs est motivé par l'instabilité de la couverture de la récolte du TDI ces dernières années (comme on peut le voir à la figure 4), rendant difficile à interpréter les fluctuations observées.

2.2.1.3|a Évolution des demandes et de l'échantillon TDI

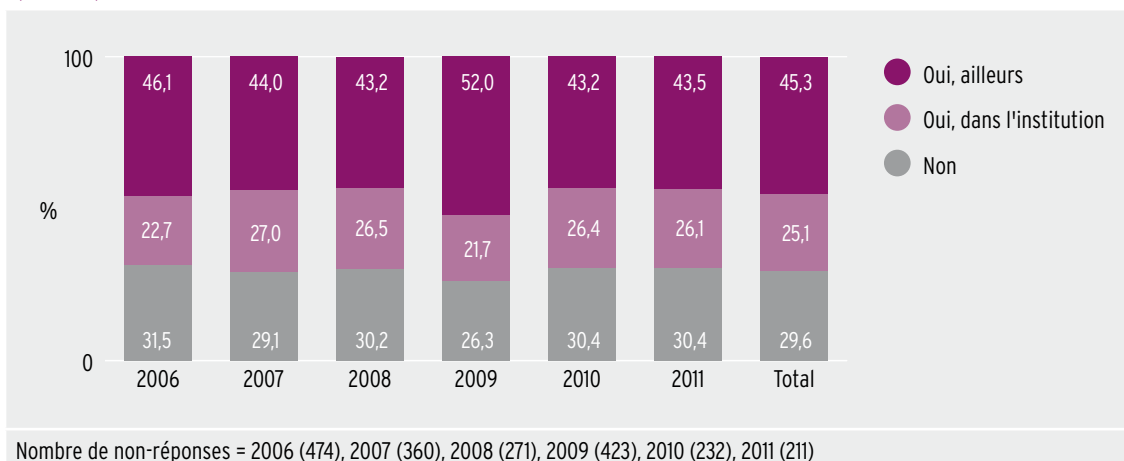
Sur l'ensemble de la période 2006-2011, 20.842 demandes de traitement (que nous nommerons «admissions», puisqu'elles comprennent des «premières demandes» mais aussi des demandes émanant de patients qui ont déjà effectué une demande par le passé) pour un problème d'abus ou de dépendance à une substance²⁵ ont été respectivement enregistrées en FWB. Comme on peut le remarquer sur la figure 4, alors qu'on observait, de manière générale, une augmentation du nombre d'enregistrements de 2006 à 2007, on assiste depuis lors à une diminution progressive du nombre de demandes enregistrées. Cette diminution est en grande partie imputable à la restructuration de la récolte du TDI survenue ces deux dernières années, ayant occasionné d'importante fluctuation de la couverture au sein des différents systèmes de collecte (en particulier en région de Bruxelles-capitale). L'importante diminution du nombre de demandes récoltées par Eurotox entre 2010 et 2011 s'explique par la progressive migration d'encodage des demandes vers l'outil de la plate-forme eHealth.

25 Pour rappel, nous enregistrons également via la fiche Eurotox les demandes de traitement pour problème un problème de jeu/pari pathologique. Nous parlerons toutefois de manière générique dans les pages qui suivent de problème d'abus ou de dépendance à une substance.

Figure 4 : Évolution du nombre d'admissions par système de collecte, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011

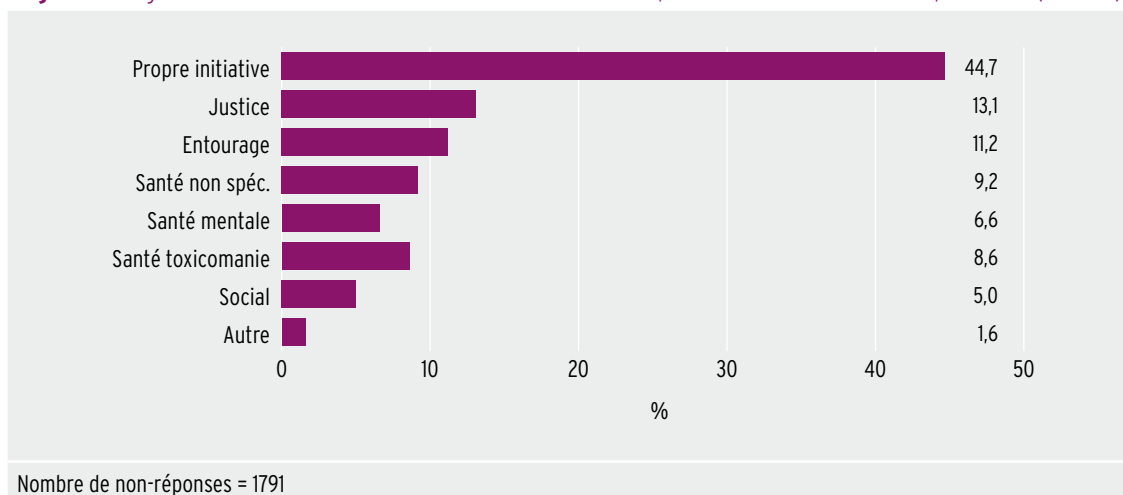
2.2.1.3|b Antécédents thérapeutiques

Sur la période 2006-2011, un peu plus d'un quart (29,6 %) des personnes ayant introduit une demande de traitement n'avaient pas d'antécédents thérapeutiques. Un peu moins d'une personne sur quatre (25,1 %) s'est déjà adressée précédemment à la même institution pour introduire une demande de traitement similaire, et un peu moins de la moitié (45,3 %) des patients avaient déjà introduit par le passé une demande similaire dans une autre institution.

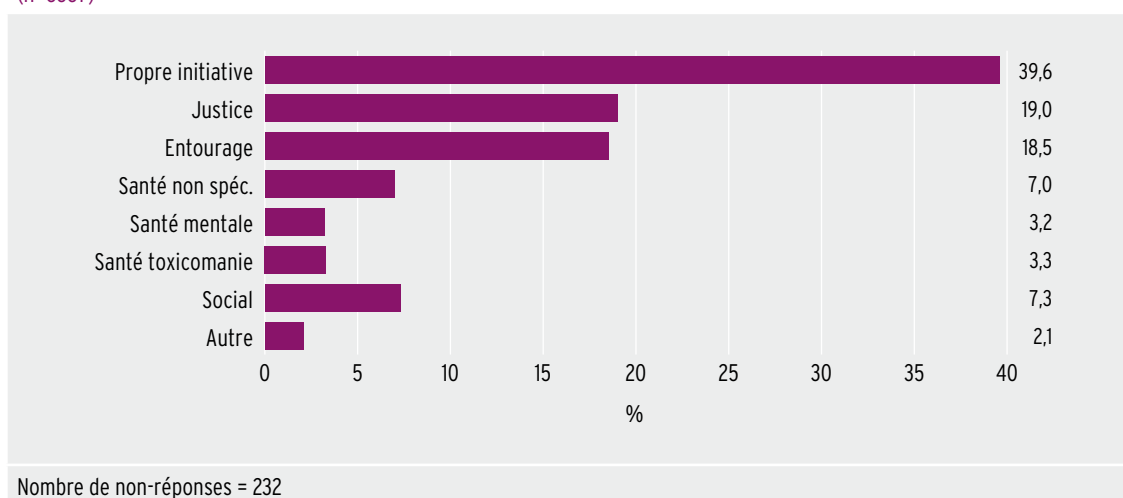
Figure 5 : Antécédents thérapeutiques des patients en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011 (n=18.871)

2.2.1.3|c Origine de la demande de traitement

Sur la période 2006-2011, près de la moitié des patients (44,7 %) ont été admis sur base d'une initiative propre. Les admissions sur injonction de la justice atteignent 13,1 %, et 11,2 % des patients sont en demande de traitement par le fait de leur entourage. Les admissions en provenance du secteur de la santé varient de 6,6 % à 9,2 %, celles émanant du secteur santé non spécialisé étant plus fréquentes. Enfin, une petite minorité des patients sont en demande de traitement par le biais du secteur social (5 %) ou par une autre porte d'entrée non répertoriée (1,6 %).

Figure 6 : Origine des demandes de traitement au sein des admissions, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011 (n=19.051)

Comme on peut le constater sur la figure 7, la répartition de l'origine des demandes dans le groupe des premières demandes est sensiblement équivalente à celle observée pour l'ensemble des admissions. On note néanmoins que ces patients primo-demandeurs sont plus fréquemment en demande de traitement suite à l'intervention du secteur de la justice ou de l'entourage, et moins souvent par le biais du secteur santé (en particulier du secteur toxicomanie et du secteur santé mentale).

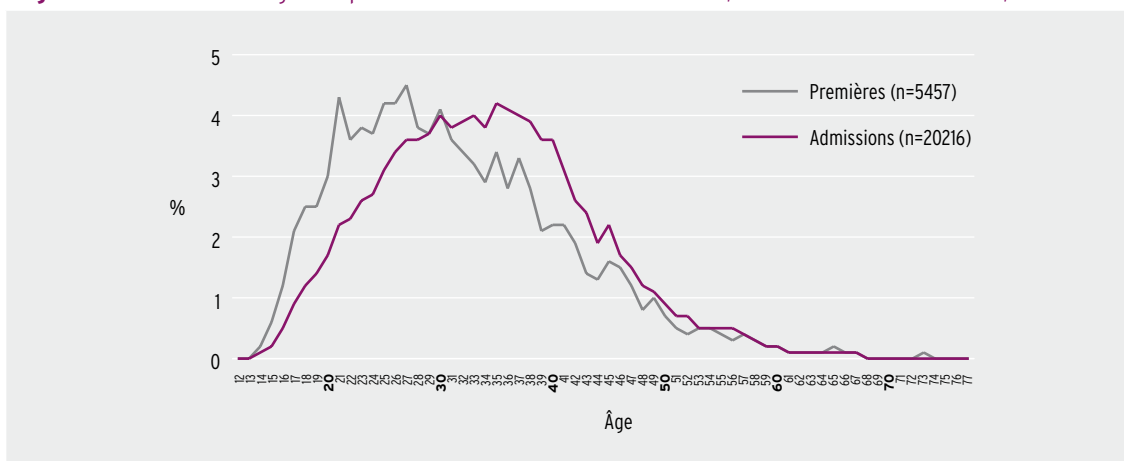
Figure 7 : Origine des demandes de traitement au sein des premières demandes, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011 (n=5357)

2.2.1.3 | d Caractéristiques socio-démographiques

L'ÂGE

L'âge moyen de l'ensemble des patients admis sur la période 2006-2011 est de 34,3 ans (médiane = 34), et il varie par ailleurs de 12 à 77 ans (voir figure 8). L'âge moyen des patients en première demande de traitement est de trois ans plus petit que celui observé pour l'ensemble des admissions (31,5 ans ; médiane = 30), et il varie de 12 à 75 ans.

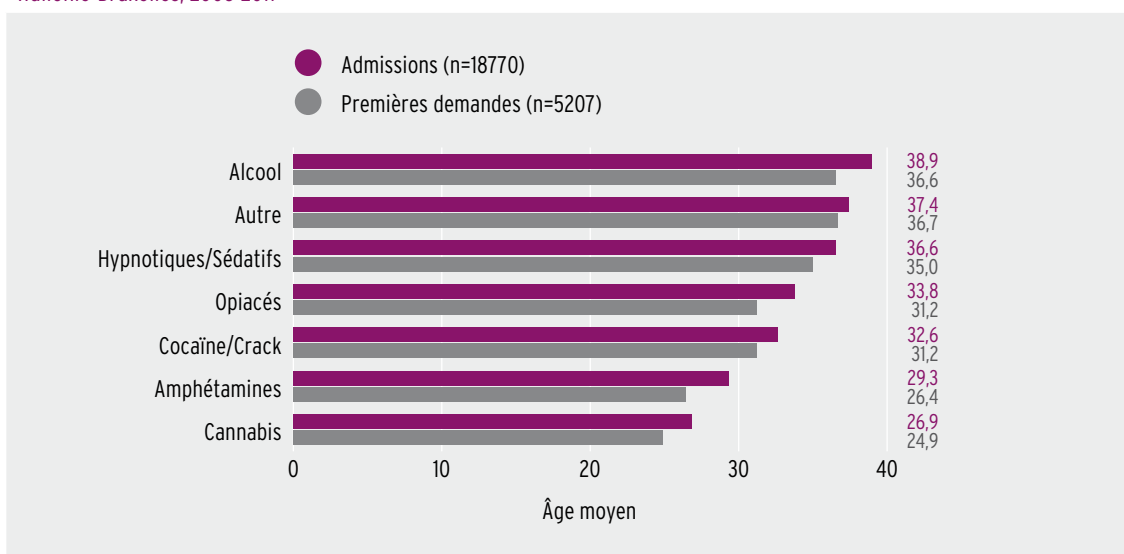
Figure 8 : Distribution des âges des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011



Nombre de non-réponses = 626 (admissions) et 132 (premières demandes)

On peut également constater dans la figure 9 que l'âge des patients varie significativement en fonction du type de produit principal à l'origine de la demande, et ce tant au sein des admissions ($F=466,5$; $p<0,001$) que dans le groupe des premières demandes ($F=156,8$; $p<0,001$). Par exemple, il ressort clairement que les patients qui ont introduit une demande de traitement pour un problème d'alcool ont une moyenne d'âge assez élevée, alors que ceux en demande pour un problème lié au cannabis sont relativement jeunes. Enfin, les différences liées à l'âge en fonction du produit principal à l'origine de la demande sont relativement similaires au sein des admissions et des premières demandes.

Figure 9 : Moyenne d'âge par type de produits consommés des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011



Nombre de non-réponses = 2072 (admissions) et 382 (premières demandes)

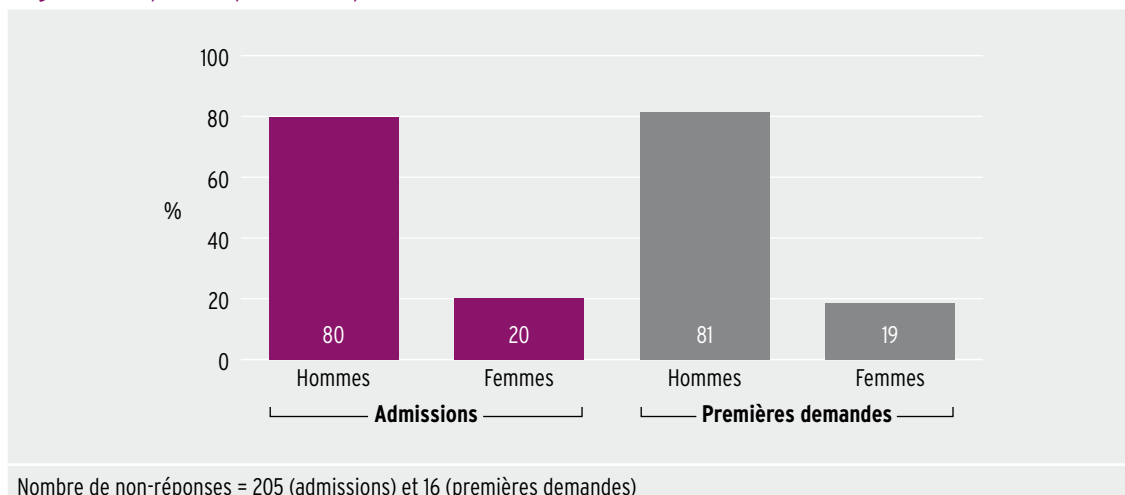
Note : 1) la catégorie « autre » comprend les hallucinogènes, les inhalants volatiles, les autres substances psychotropes non répertoriées et enfin les paris/jeux. 2) la catégorie « amphétamines » comprend également les demandes de traitement pour problème de consommation d'ecstasy/MDMA.

LE SEXE

On peut constater dans la figure 10 que le ratio hommes/femmes au sein des admissions est d'environ 4 pour 1. Des valeurs sensiblement équivalentes sont observées dans le groupe des premières demandes de traitement. Ce ratio est quasiment identique à celui observé parmi l'ensemble des patients admis en demande de traitement en Europe (voir EMCDDA, 2009). Il ne nous est pas possible, à l'heure actuelle, d'estimer s'il y a ou non une différence de sexe au niveau de la probabilité de devoir un jour effectuer une demande de traitement en cas d'usage de drogues. Pour ce faire, il faudrait effectuer des études longitudinales, ou alors comparer le sexe ratio observé ici à ceux récoltés lors d'enquêtes de prévalence sur l'usage expérimental, occasionnel et régulier de drogues dans la population générale. Or, de telles enquêtes n'existent quasiment pas en Belgique²⁶.

Par ailleurs, nous avons constaté que le sexe ratio des patients admis sur la période 2006-2011 fluctue quelque peu en fonction du type de produits à l'origine de la demande (de 2,93 à 4,8). Ainsi, les produits occasionnant proportionnellement le plus de demandes de traitement de la part des femmes sont les hypno-sédatifs (25,4 % de femmes) et l'alcool (23,4 % de femmes). Les opiacés et le cannabis sont les produits le moins souvent à l'origine de demandes de traitement de la part des femmes (17,2 % et 18 %, respectivement).

Figure 10 : Répartition par sexe des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011

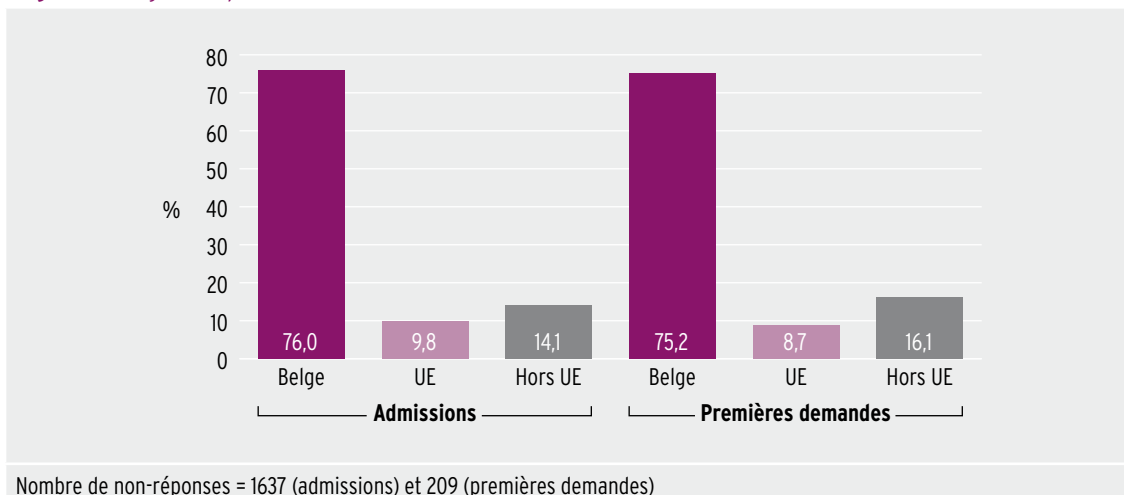


26 Les dernières enquêtes HBSC et HIS réalisées en Belgique suggèrent néanmoins que le sexe ratio varie d'une part en fonction du type de consommation (expérimentation, usage occasionnel, usage régulier), et d'autre part en fonction du type de produits et de l'âge des personnes interrogées. Malheureusement, l'influence de ces facteurs n'a pas été envisagée systématiquement et elle ne porte que sur certains produits, ce qui ne nous permet pas d'effectuer des comparaisons précises avec les données issues des demandes de traitement. Différentes données récoltées dans d'autres pays européens confirment toutefois que le sexe ratio observé dans les enquêtes de prévalence subit de pareilles variations (voir OEDT, 2006).

L'ORIGINE

Parmi les patients admis sur la période 2006-2011 dont l'origine est connue, la majorité est belge (76 %), une petite proportion (environ 14,1 %) d'origine non européenne (Hors UE), et une minorité (9,8 %) non belge mais originaire de l'Union européenne (UE). Cette répartition est quasiment équivalente dans le groupe des premières demandes. Il ne nous est pas permis actuellement de déterminer si ce degré de représentation des patients d'origine non belge dans les structures de soins correspond à leur degré de représentation au niveau de la prévalence d'usage dans la population générale.

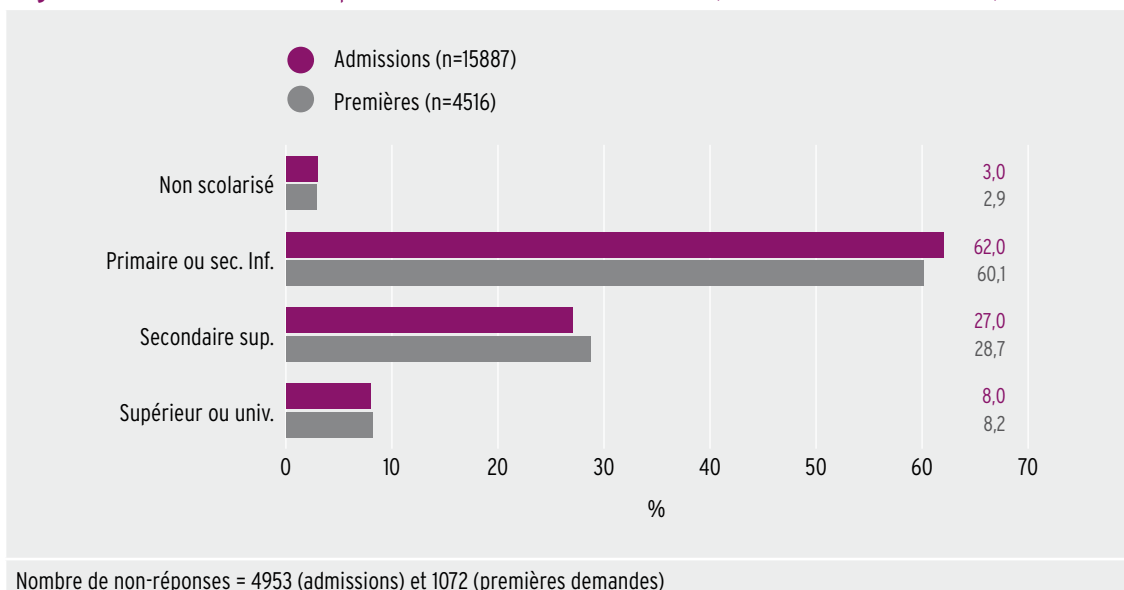
Figure 11 : Origine des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011



LE NIVEAU DE SCOLARITÉ

Sur la période 2006-2011, environ 65 % des demandeurs ayant renseigné leur degré de scolarité ne possèdent aucun diplôme ou ont terminé uniquement le niveau primaire ou secondaire inférieur. Les 35 % restant ont au moins achevé le cycle d'études secondaires. Moins d'un demandeur sur 10 possède un diplôme de niveau supérieur ou universitaire. Cette répartition est quasiment équivalente dans le groupe des premières demandes.

Figure 12 : Niveau de scolarité des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011

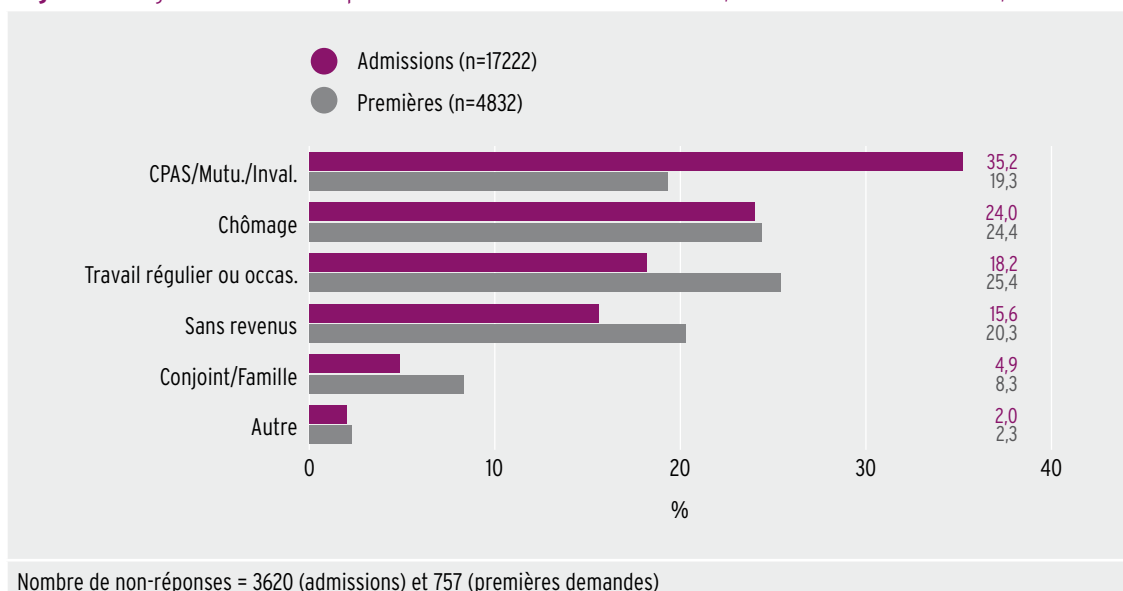


LA RESSOURCE PRINCIPALE

Sur la période 2006-2011, 15,6 % des demandeurs ont déclaré ne pas avoir de source de revenus. Un peu plus d'un tiers (35,2 %) des demandeurs bénéficiait d'un revenu de remplacement (CPAS, mutuelle, invalidité), 24 % étaient au chômage et seulement 18,2 % avaient un travail régulier ou occasionnel. Enfin, 4,9 % des demandeurs étaient financièrement dépendants d'un conjoint ou de la famille et 2 % bénéficiaient d'une autre source de revenus que celles que nous venons de mentionner.

Cette surreprésentation des demandeurs à faibles revenus (et peu scolarisés ; voir supra) au sein des personnes qui font appel à une aide professionnelle pour un problème lié à une ou plusieurs substances est probablement surestimée en raison d'un biais de sélection : 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 un cabinet privé. Cette précarité sociale, qui mène souvent à l'exclusion sociale, reste néanmoins une réalité pour un grand nombre d'usagers, et les réponses sociétales à cette problématique associée sont actuellement clairement insuffisantes.

Figure 13 : Origine des revenus des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011

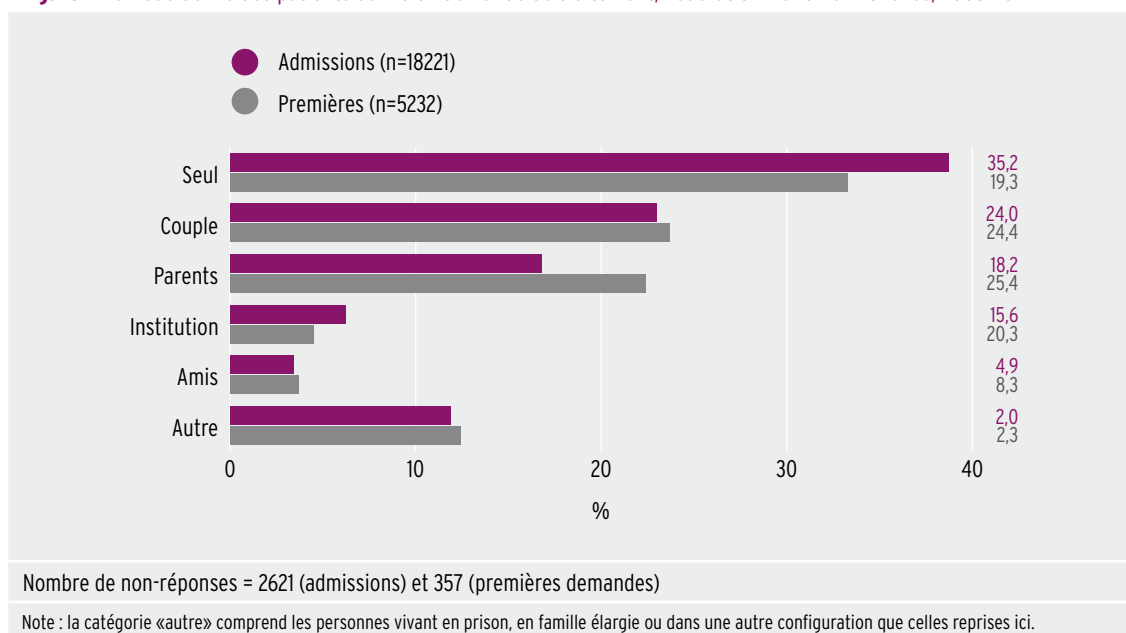


La répartition des sources de revenus est sensiblement différente dans le groupe des premières demandes de traitement. Ainsi, les proportions de patients sans revenu, ayant un travail rémunéré ou encore étant aidés financièrement par l'entourage sont plus importantes que dans le groupe des admissions. En revanche, ces patients sont largement moins nombreux à bénéficier d'un revenu de remplacement. Une partie de ces différences pourrait s'expliquer par le fait que les patients primo-demandeurs sont généralement plus jeunes. En effet, un plus jeune âge augmente la probabilité de ne pas encore être intégré dans la vie active (cf. les catégories «sans revenu», «aidé par conjoint/famille»). En outre, le fait de n'en être qu'à une première demande de traitement augmente certainement la probabilité de ne pas perdre son emploi suite aux «déboires» occasionnés par l'addiction au produit (d'où la plus grande représentation des primo-demandeurs dans la catégorie «travail», et leur plus petite représentation dans la catégorie «CPAS/Mutuelle/Invalidité»). Ces pistes d'explication demanderaient bien entendu à être confirmées ultérieurement.

LE MODE DE VIE

Sur la période 2006-2011, plus d'un tiers (38,7 %) des demandeurs vivaient seuls un mois avant l'introduction de leur demande de traitement, 39,8 % vivaient soit en couple ou avec leurs parents, 21,5 % vivaient en institution, avec des amis, en prison, en famille élargie ou encore dans une autre configuration que celles répertoriées (ces trois dernières possibilités étant regroupées dans la catégorie «autre»). La répartition des premières demandes est sensiblement équivalente, si ce n'est que ces patients sont proportionnellement moins nombreux à vivre seuls et vivent plus fréquemment chez leurs parents (probablement en raison de leur plus jeune âge).

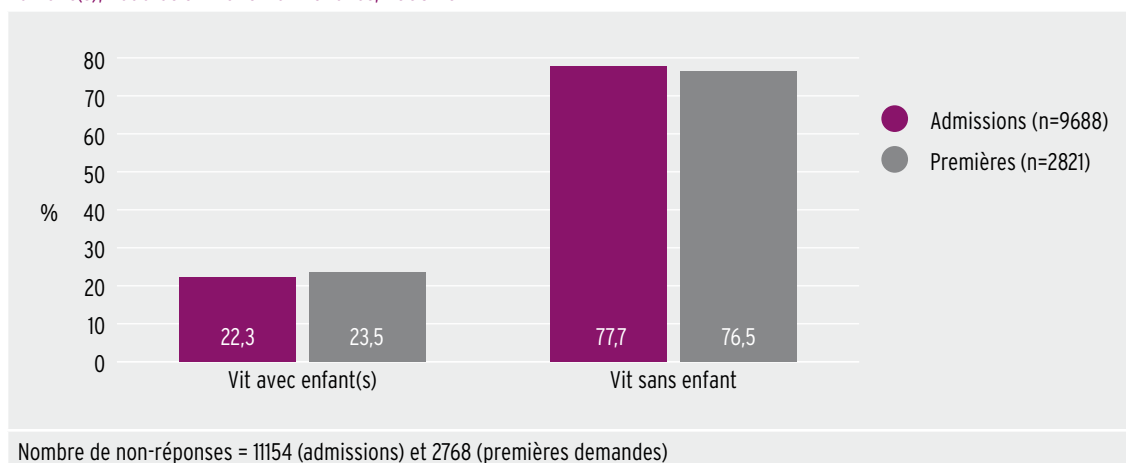
Figure 14 : Mode de vie des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011



LES ENFANTS

Sur la période 2006-2011, parmi les demandeurs qui ont répondu à cette question, 22,3 % vivaient avec au moins un enfant, cette proportion étant quasiment la même dans le groupe des premières demandes. À noter que le nombre anormalement élevé de non-réponses pour cette variable s'explique par le fait que la CTB-ODB (données bruxelloises) ne la récoltait pas.

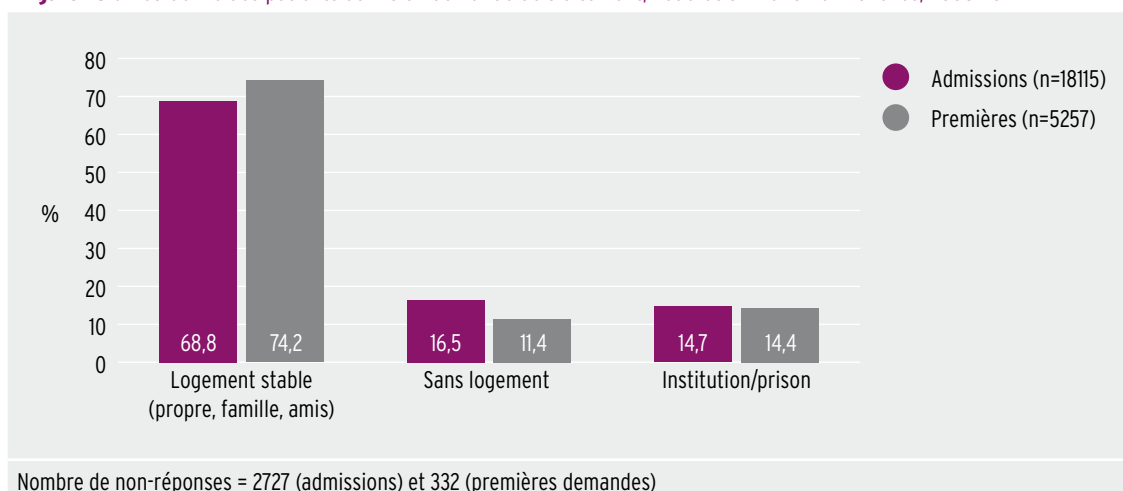
Figure 15 : Répartition des admissions et des premières demandes en fonction du fait de vivre ou non avec un (des) enfant(s), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011



LE LIEU DE VIE

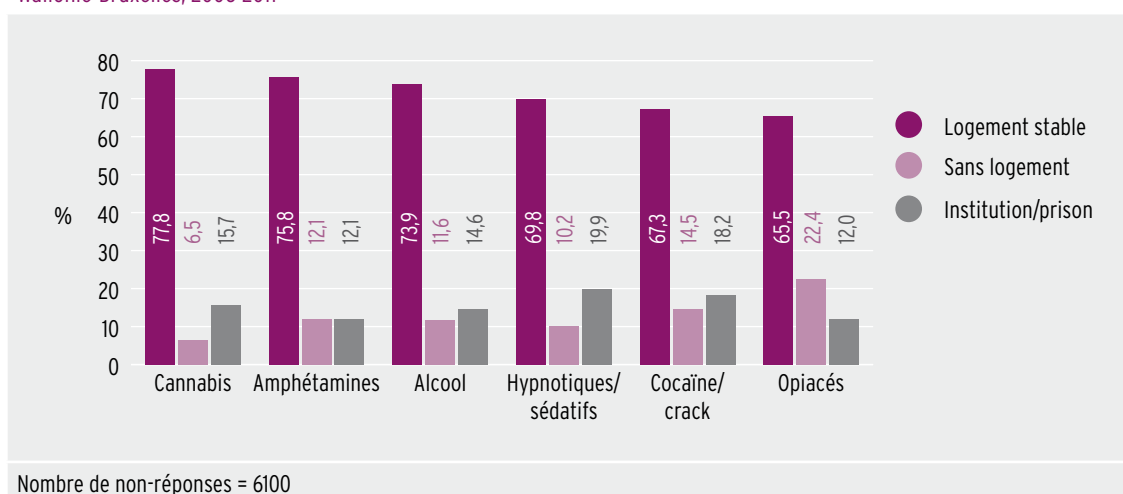
Sur la période 2006-2011, près d'un tiers des patients étaient sans logement ou logés en prison/institution un mois avant d'introduire leur demande de traitement. Les patients primo-demandeurs sont proportionnellement plus nombreux à avoir vécu dans un logement stable avant d'introduire leur demande de traitement.

Figure 16 : Lieu de vie des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011



Comme on peut le voir sur la figure 17, on observe des différences au niveau du lieu de vie des patients en fonction du type de produits à l'origine de la demande de traitement. Par exemple, il ressort que les patients qui ont introduit une demande de traitement pour un problème lié aux opiacés sont proportionnellement plus nombreux que les autres à être sans logement, alors que ceux l'on observe la situation inverse pour ceux qui sont en demande pour un problème lié au cannabis. Les pourcentages par produit de patients qui sont sans domicile ont volontairement été supprimés de la figure afin de ne pas la surcharger au risque d'en réduire la lisibilité. Ils peuvent toutefois facilement être calculés sur base des deux autres pourcentages.

Figure 17 : Lieu de vie des patients admis en demande de traitement en fonction du produit principal (n=14742), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011



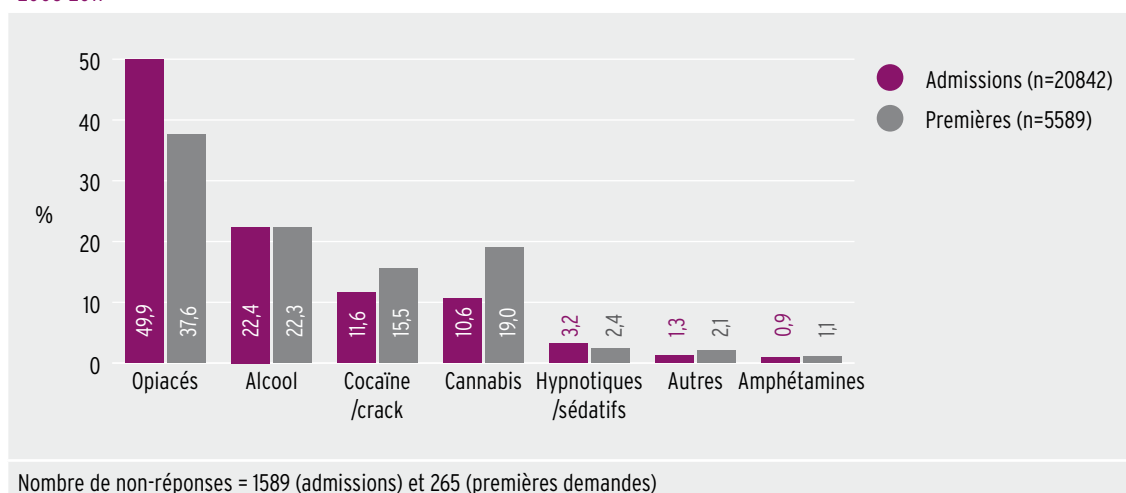
2.2.1.3 | e Profils de consommation chez les personnes admises en demande de traitement

LE PRODUIT PRINCIPAL

Sur la période 2006-2011, les opiacés²⁷ sont à l'origine de la moitié des admissions (49,9 %). L'alcool (22,4 %), la cocaïne (11,6 %) et le cannabis (10,6 %) sont également à l'origine d'une partie non négligeable d'entre elles. Les autres produits sont rarement à l'origine de demandes de traitement.

Il convient de remarquer que ces données ne se superposent pas aux données de prévalence de consommation observées dans la population générale (ou même dans des groupes spécifiques) parce que tous ces produits n'ont pas le même potentiel addictif. De même, les conséquences psycho-médico-sociales de l'addiction à ces différents produits diffèrent. Pour donner un exemple concret, une personne aura plus de risques de développer une consommation abusive ou dépendante si elle consomme des opiacés que si elle consomme du cannabis, en raison de la manière différente dont ces deux substances agissent sur le cerveau et en bouleversent l'équilibre neurobiologique. De même, et toutes choses égales par ailleurs, une consommation abusive ou dépendante d'opiacés aura généralement des conséquences psycho-médico-sociales plus marquées (Hser, Hoffman, Grella & Anglin, 2001) qu'une consommation «équivalente» de cannabis (Hall, Degenhardt & Linskey, 2001), d'où la plus grande proportion de patients en demande de traitement pour consommation d'opiacés que pour consommation de cannabis.

Figure 18 : Produit principal mentionné par les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011



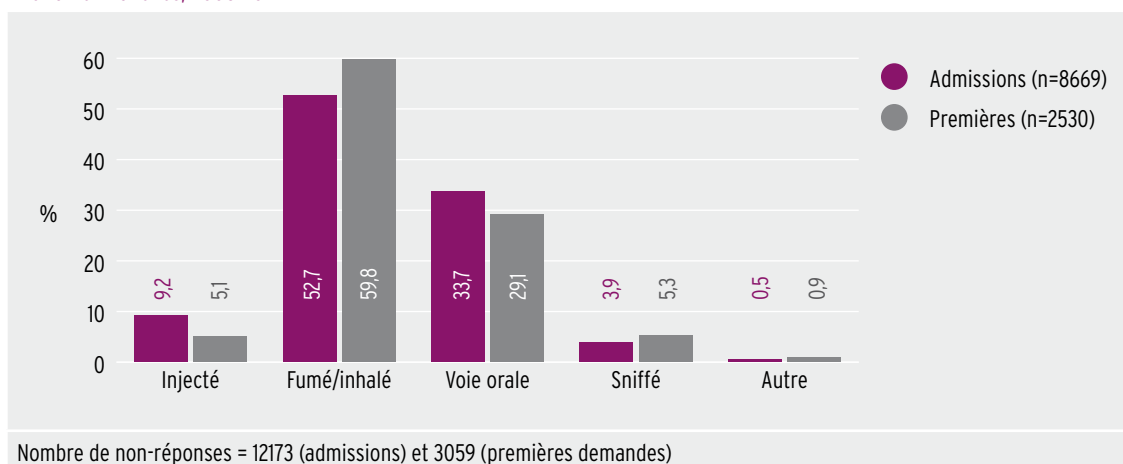
Bien que l'ordre d'importance des produits à l'origine des demandes de traitement soit assez similaire dans le groupe des premières demandes, lorsque l'on effectue une comparaison entre l'ensemble des admissions et les primo-demandeurs, on constate certaines différences. Premièrement, la proportion de patients primo-demandeurs effectuant une demande de traitement pour un problème de consommation d'opiacés est moins importante que dans le cas des admissions. Deuxièmement, on observe davantage (en termes de proportion) de patients primo-demandeurs effectuant une demande pour un problème d'abus ou de dépendance au cannabis et, dans une moindre mesure, à la cocaïne/crack. Les proportions de demandes de traitement pour les autres produits (alcool, hypno-sédatifs, amphétamines et autres) sont quasiment identiques.

²⁷ Plus spécifiquement, l'héroïne est à l'origine de 43,1% des demandes.

MODE DE CONSOMMATION DU PRODUIT PRINCIPAL

Sur la période 2006-2011, une majorité de patients (52,7 %) dont le mode de consommation du produit principal est connu rapportent avoir eu habituellement recours à la fumette/inhalation pour consommer le produit à l'origine de la demande de traitement. La consommation par voie orale est le deuxième mode de consommation le plus souvent rapporté (33,7 %), suivi de l'injection (9,2 %) et enfin du sniff (3,9 %). La répartition de ces modes de consommation est légèrement différente dans le groupe des premières demandes : on constate ainsi moins de recours à l'injection (-4,1 %) ainsi qu'à la consommation par voie orale (-4,6 %), et plus de recours à la fumette/inhalation (+7,1 %). À noter que le nombre anormalement élevé de non réponses pour cette variable s'explique par le fait que la CTB-ODB (données bruxelloises) ne la récoltait pas.

Figure 19 : Mode de consommation du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011



Finalement, et sans surprise, ces modes de consommation varient considérablement en fonction du type de produit consommé, comme on peut le constater sur le tableau 11.

Tableau 11 : Répartition des modes de consommation par type de produit principal chez les patients admis en demande de traitement (n=8645), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011

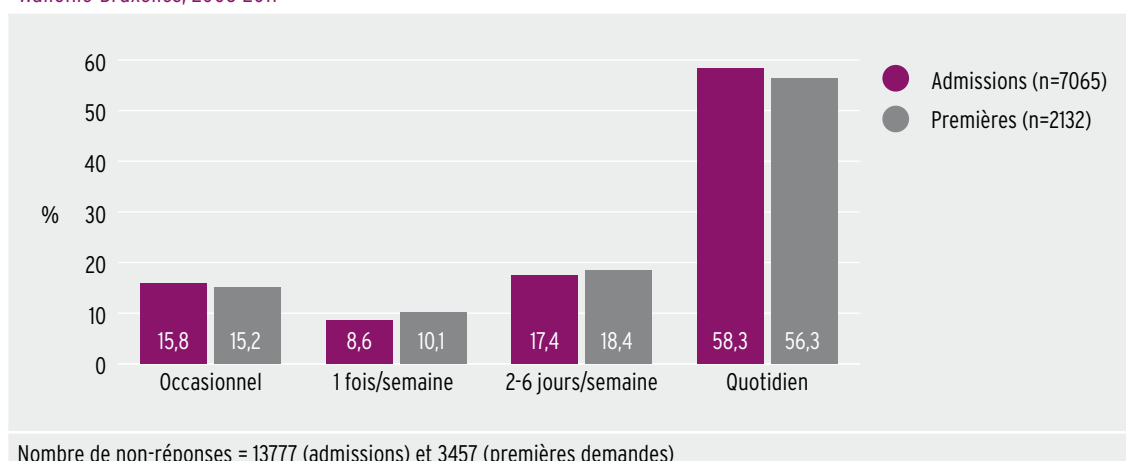
	Injecté	Fumé/inhalé	Voie orale	Sniffé	Autre
Opiacés	16,5 %	71,7 %	8,8 %	2,9 %	0,1 %
Cocaïne/Crack	12,1 %	62,8 %	/	25,2 %	/
Amphétamines/XTC	9,5 %	14,3 %	57,1 %	19,0 %	/
Hypnotiques/Sédatifs	/	6,8 %	93,2 %	/	/
Cannabis	/	97,2 %	2,8 %	/	/
Alcool	/	/	100,0 %	/	/
Autre	/	20,8 %	29,2 %	4,2 %	45,8 %

Nombre de non-réponses = 12197

FRÉQUENCE DE CONSOMMATION DU PRODUIT PRINCIPAL

En ce qui concerne la fréquence de consommation du produit principal, on notera, de manière peu surprenante, qu'une grande majorité des demandeurs ont déclaré avoir eu une consommation quotidienne ou quasi quotidienne durant les 30 jours qui ont précédé la demande de traitement. Il existe toutefois une certaine proportion des demandeurs (15,8 % sur la période 2006-2011) qui déclarent n'en avoir fait qu'un usage occasionnel. La distribution de la fréquence d'usage est assez similaire chez les patients primo-demandeurs. À nouveau, le nombre anormalement élevé de non-réponses pour cette variable s'explique par le fait que la CTB-ODB (données bruxelloises) ne la récoltait pas.

Figure 20 : Fréquence d'usage du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011

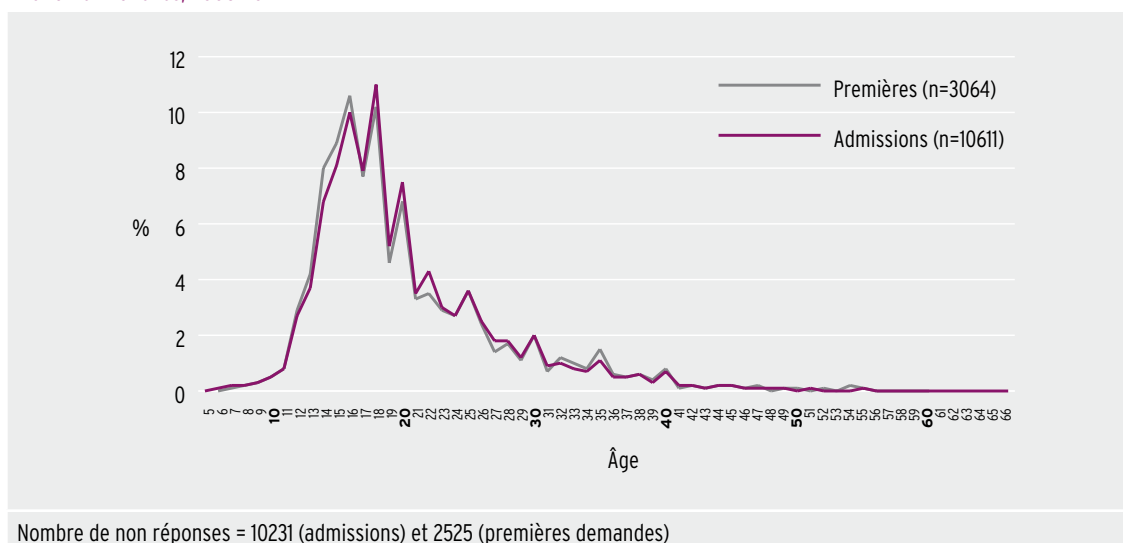


Afin de mieux comprendre ce qui a pu amener des personnes ayant un usage occasionnel d'un produit (du moins 30 jours avant l'introduction de la demande) à entamer une demande de traitement pour un problème d'abus ou de dépendance à une substance, nous avons croisé la variable «fréquence d'usage» avec la variable «origine de la demande» pour les données récoltées sur la période 2006-2011. Il ressort de ces analyses que les patients dont l'usage du produit principal est déclaré occasionnel consultent moins fréquemment que les autres sur base de leur propre initiative (38,2 % versus 50,2 %). En revanche, ils consultent plus fréquemment sur base d'une injonction de la justice (30,1 % versus 13,9 %).

L'ÂGE DU PREMIER USAGE DU PRODUIT PRINCIPAL

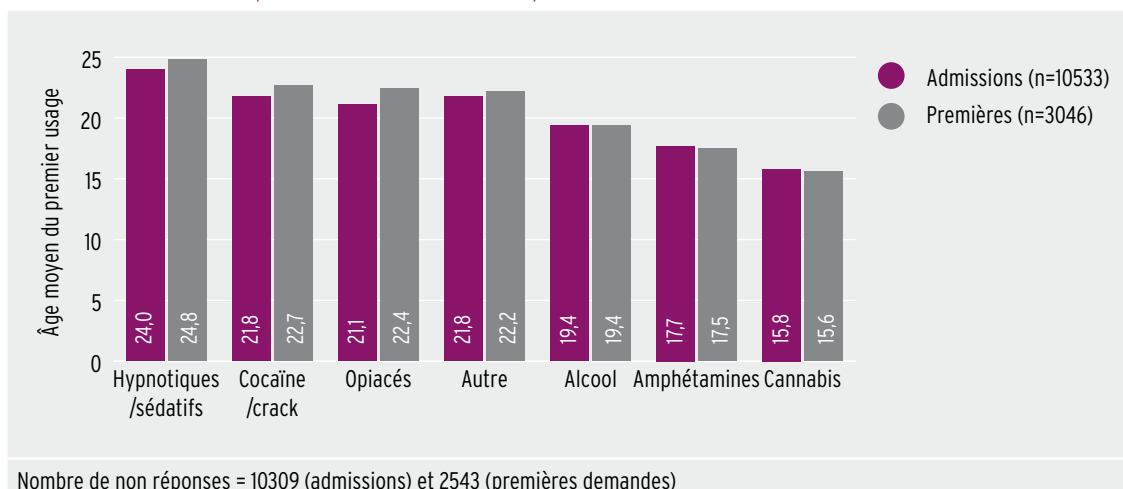
L'âge moyen du premier usage du produit principal dans le groupe des admissions est de 20,3 ans (l'âge médian étant de 18 ans). Les valeurs observées dans le groupe des premières demandes sont identiques. On peut également remarquer sur la figure 21 que la distribution des âges du premier usage du produit principal est sensiblement la même dans les deux groupes. À nouveau, le nombre anormalement élevé de non-réponses pour cette variable s'explique par le fait que la CTB-ODB (données bruxelloises) ne la récoltait pas.

Figure 21 : Âge du premier usage du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011



Néanmoins, l'âge du premier usage du produit principal diffère significativement en fonction du type de produit consommé, et ce tant pour l'ensemble des admissions ($F=135,9$; $p<.001$) que dans le groupe des premières demandes ($F=84,9$; $p<.001$). On notera principalement, comme on peut le constater sur la figure 22, que les patients admis pour un problème d'abus ou de dépendance au cannabis, aux amphétamines ou à l'alcool ont globalement initié leur consommation de ces produits plus précocement que les patients admis pour les autres substances.

Figure 22 : Répartition par type de produits de l'âge moyen du premier usage du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011



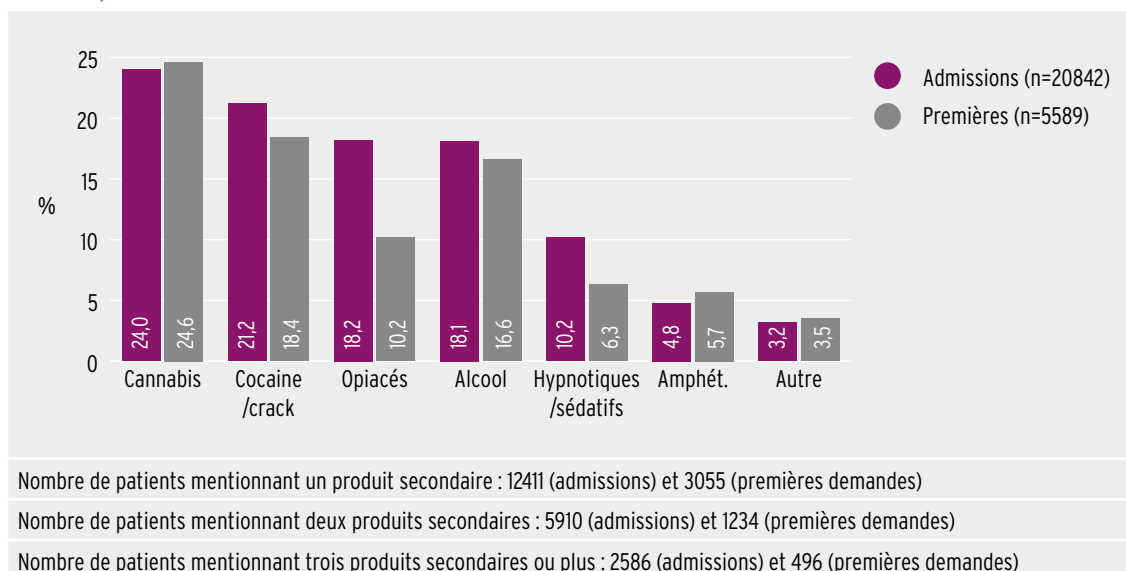
LES PRODUITS SECONDAIRES

Les produits secondaires sont les substances mentionnées par le patient comme contribuant de manière significative (mais secondaire) à la demande de traitement en cours. Un même patient peut donc mentionner plusieurs produits secondaires. À noter que pour cette variable nous ne sommes pas en mesure d'estimer le nombre de non-réponses. Par conséquent, les pourcentages ont été calculés sur l'ensemble de l'échantillon.

Sur la période 2006-2011, plus de la moitié des patients admis (59,5 %) ont mentionné au moins un produit secondaire. Cette proportion est très légèrement inférieure dans le groupe des premières demandes (54,7 %). Les produits le plus fréquemment mentionnés sont, par ordre d'importance, le cannabis, la cocaïne/crack, les opiacés et l'alcool. Les hypno-sédatifs ainsi que, surtout, les amphétamines et la catégorie «autres» (qui reprend, pour rappel, les hallucinogènes, les inhalants volatiles, les autres substances psychotropes et enfin les paris/jeux) sont mentionnés de manière moins fréquente.

La répartition des produits secondaires est assez similaire entre l'ensemble des admissions et les patients primo-demandeurs. Quelques différences apparaissent toutefois : ces derniers sont proportionnellement moins nombreux à citer les opiacés ainsi que, dans une moindre mesure, les hypnotiques/sédatifs et la cocaïne/crack comme produits secondaires.

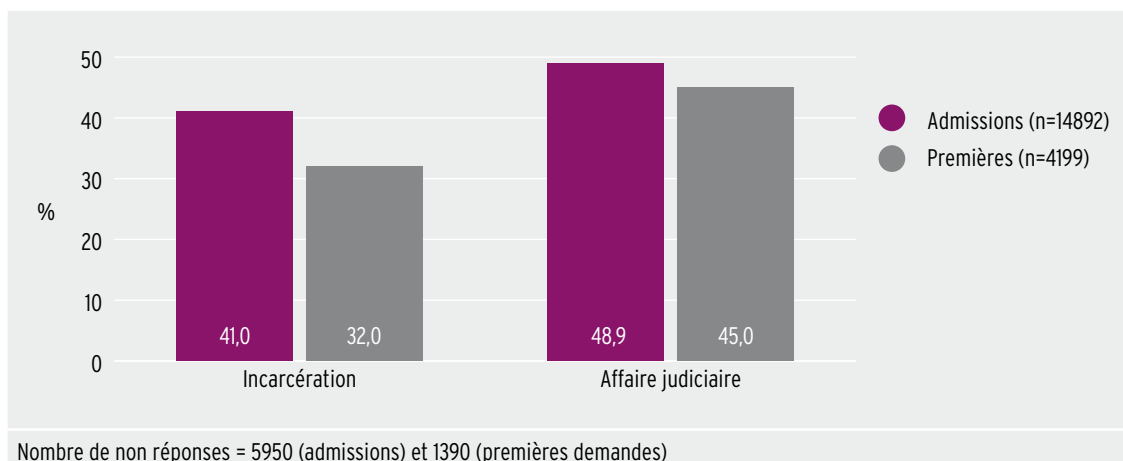
Figure 23 : Produits secondaires mentionnés par les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011



2.2.1.3|f Antécédents judiciaires

Sur la période 2006-2011, 48,9 % et 41 % des demandeurs dont les antécédents judiciaires sont connus ont respectivement déjà été entendus par un juge ou un parquet («affaire judiciaire»), ou ont déjà eu une expérience d'incarcération dans leur vie. Les patients primo-demandeurs présentent moins fréquemment d'antécédents judiciaires que ce que l'on observe sur l'ensemble des patients admis en demande de traitement, en particulier en ce qui concerne l'incarcération. Ainsi, si on réunit ces deux variables (non visible sur la figure 24), le pourcentage de patients ayant un passé judiciaire est un peu moins élevé dans le groupe des premières demandes que dans le groupe des admissions (47,3 % versus 53,7 %).

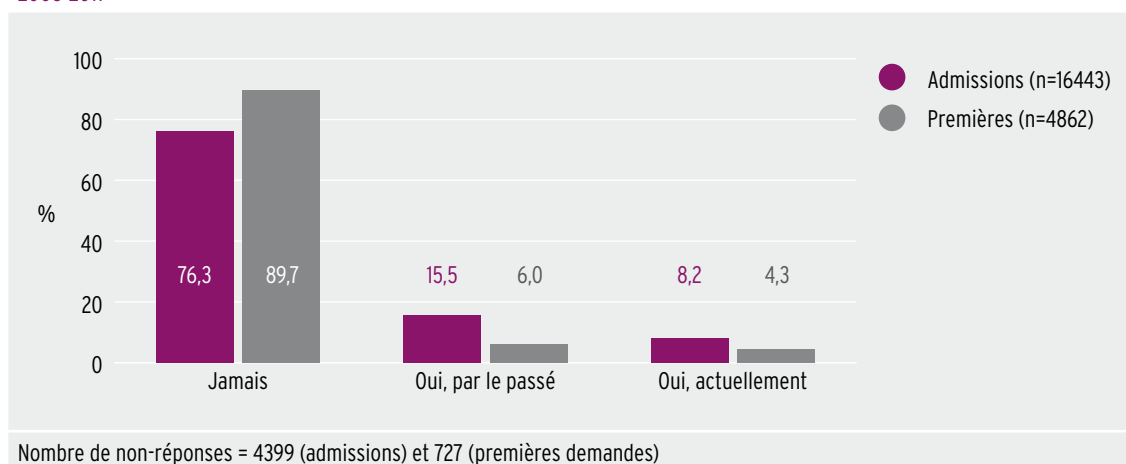
Figure 24 : Antécédents judiciaires chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011

**2.2.1.3|g Comportements d'injection**

Nous avons pu voir au point 2.2.1.3/e que 9,2 % des demandeurs et 5,1 % des primo-demandeurs ayant mentionné leur mode de consommation du produit principal consomment ce produit par injection. Ces données ne reprennent toutefois qu'une partie des patients injecteurs, puisque certains patients peuvent avoir recours à l'injection uniquement pour consommer un produit secondaire. En outre, ces données ne nous renseignent pas la proportion de patients ayant eu recours à des comportements d'injection par le passé.

Sur la figure 25, nous rapportons la prévalence d'injection actuelle (au cours des 30 derniers jours) et passée parmi l'ensemble des admissions et des premières demandes enregistrées sur la période 2006-2011. Il apparaît qu'un peu moins d'un quart (23,7 %) des patients ayant introduit une demande de traitement a déjà eu recours à des comportements d'injection, contre 10,3 % des patients primo-demandeurs. Les comportements d'injection sont donc nettement moins fréquents parmi les patients primo-demandeurs.

Figure 25 : Comportements d'injection chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011



2.2.1.3 | h Profils des «premières demandes» selon le produit principal consommé

Le tableau 12 présente de manière résumée une caractérisation des personnes qui ont adressé pour la première fois une demande de traitement sur la période 2006-2011. Nous les avons classées par type de produits consommés principalement, en ne ciblant que les types de produits les plus fréquemment à l'origine des demandes. Certaines des informations présentées dans ce tableau ont déjà été présentées précédemment, mais pas forcément sous l'angle du produit principal²⁸. Nous n'en commenterons que quelques aspects marquants.

Les primo-demandeurs qui consomment du cannabis en produit principal sont en moyenne plus jeunes (24,9 ans) et ont initié leur consommation plus précocement (15,6 ans) que les autres demandeurs, tandis que les demandeurs ayant mentionné l'alcool en produit principal ont une moyenne d'âge plus élevée (36,6 ans) que les autres demandeurs.

Il ne semble pas y avoir de différence de genre importante selon le type de produit principal consommé, puisque le sexe ratio ne varie que modérément. En revanche, on constate des variations plus importantes en ce qui concerne la nationalité des demandeurs. Ainsi, les patients belges sont proportionnellement plus nombreux au sein de l'ensemble des patients primo-demandeurs dont le produit principal mentionné est le cannabis ou l'alcool.

On constate que les patients dont le produit principal est le cannabis sont proportionnellement plus nombreux à avoir un logement stable, et inversement pour les patients dont le produit principal est un opiacé.

Les patients primo-demandeurs sont majoritairement peu scolarisés, et on distingue que les patients ayant mentionné un opiacé comme produit principal le sont globalement moins que les autres, et inversement pour les patients dont le produit principal est le cannabis ou l'alcool.

En ce qui concerne les sources de revenus, on remarque que les patients mentionnant un opiacé comme produit principal semblent économiquement moins actifs que les autres. Les patients mentionnant le cannabis comme produit principal sont davantage dépendants financièrement de leur famille, probablement en raison de leur plus jeune âge.

²⁸ On notera également que certaines variables ont été ici simplifiées ou recodées de manière à augmenter la lisibilité du tableau. En outre, la colonne «Total» porte sur l'ensemble des premières demandes et non uniquement sur la somme des patients primo-demandeurs ayant mentionné comme type de produit principal ceux qui sont repris dans le tableau. Bien que les pourcentages aient été calculés en excluant les non-réponses des estimations, nous ne les avons pas rapportés dans le tableau puisqu'ils diffèrent pour chaque variable.

Finalement, et sans surprise, les comportements d'injection (actuels ou passés) sont plus fréquents chez les patients admis pour un problème lié aux opiacés que chez les autres patients.

Tableau 12 : Profil des patients primo-demandeurs selon le type de produit principal consommé, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011

		Total	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
N		5589	2001	826	1011	1185
% des premières demandes		\	35.8	14.8	18.1	21.2
Âge (année)	Moyenne	31.5	31.2	31.2	24.9	36.6
	Minimum	12	14	15	14	12
	Maximum	75	67	67	65	75
Sexe (%)	Homme	81.4	82.8	79.3	84.9	81.5
	Femme	18.6	17.2	20.7	15.1	18.5
Nationalité (%)	Belge	75.2	71.0	70.3	85.1	80.3
	EU	8.7	10.2	11.4	5.8	6.6
	Hors EU	16.1	18.8	18.3	9.1	13.1
Logement (%)	Sans	11.4	19.4	8.9	3.7	8.7
	Avec	74.2	70.1	75.6	82.3	73.8
	Institution/Prison	14.4	10.5	15.5	14.0	17.5
Scolarité (%)	Non scolarisé	2.9	4.0	3.0	0.8	3.0
	Primaire	60.1	65.4	55.2	62.2	53.4
	Secondaire	28.7	26.0	31.0	29.4	32.0
	Supérieur	8.2	4.6	10.8	7.6	11.6
Source de revenu (%)	Sans	20.3	23.8	16.9	18.3	16.1
	Travail rémunéré	25.4	17.5	38.1	24.2	30.4
	Conjoint/Famille	8.3	3.7	4.1	25.6	4.1
	Chômage	24.4	30.0	23.5	19.6	22.3
	Remplacement*	19.3	22.9	16.2	9.8	23.7
Affaire judiciaire (%)		45.0	39.5	41.8	46.6	54.3
Expérience de prison (%)		32.0	36.3	31.7	23.8	32.7
Âge moyen de la 1ère consommation (année)		20.3	22.4	22.7	15.6	19.4
Comportement d'injection passé ou actuel (%)		10.2	22.4	6.7	0.1	0.5

*Revenus de remplacement : CPAS, mutuelle, ou allocation pour personnes handicapées.

2.2.2 LA MORBIDITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION DE DROGUES

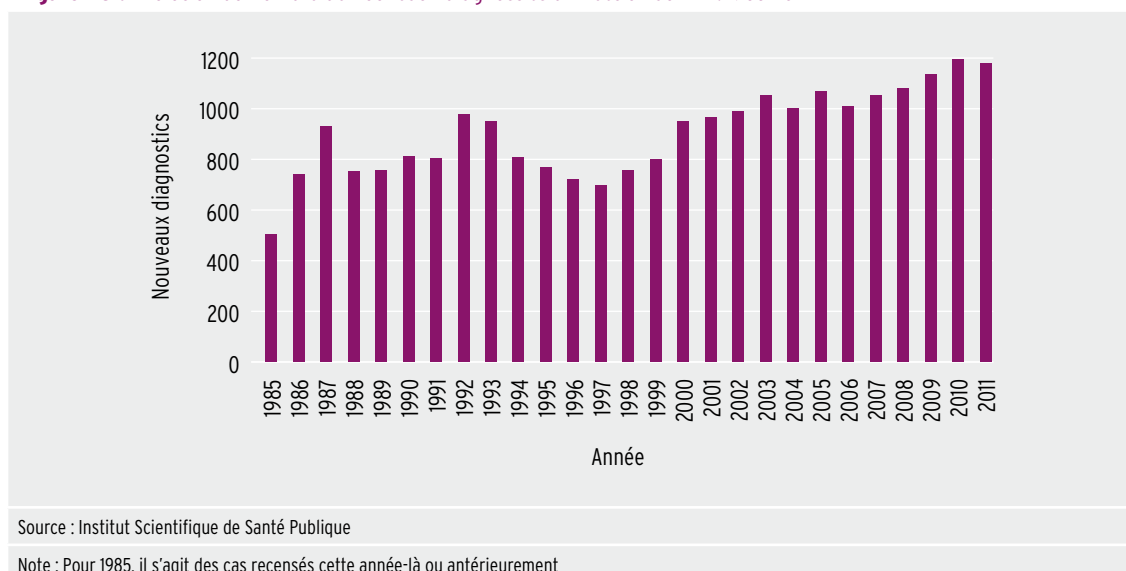
2.2.2.1 L'infection au VIH et aux hépatites B et C

A. Données issues du registre belge des cas séropositifs et des malades du SIDA

En Belgique, sept laboratoires de référence SIDA ont pour mission de réaliser des tests de confirmation sur les échantillons jugés séropositifs lors d'un test de dépistage préalable. Nous rapportons ici (voir Figure 26) le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH confirmés par les analyses réalisées dans ces laboratoires (voir Sasse, Verbrugge, & Van Beckhoven, 2011).

Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2011, 25.855 personnes ont été diagnostiquées comme étant infectées par le VIH en Belgique²⁹. On peut constater qu'après avoir diminué régulièrement de 1992 à 1997, l'incidence de l'infection au VIH a fort augmenté au cours de la période 1997-2003 (+47 %). Une nouvelle augmentation a ensuite pu être observée de 2006 à 2010³⁰. On notera néanmoins que la plus haute incidence depuis le début de l'épidémie a été observée en 2010, avec 1196 nouveaux cas diagnostiqués.

Figure 26 : Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH : 1985-2011



Entre 2003 et 2009, parmi les modes de transmission les plus fréquemment rapportés chez les patients pour lesquels ces informations ont pu être récoltées, on retrouve, par ordre d'importance, les rapports hétérosexuels (64,4 %), les rapports homosexuels (29,2 %) et l'injection de drogues par voie intraveineuse (2,3 %, seule ou en combinaison avec des rapports homo ou bisexuels). L'importance de ces modes de transmission dans le développement de l'épidémie varie toutefois en fonction de la nationalité (belge versus non belges), de l'âge et du sexe des patients³¹. Les pourcentages d'infections liées à l'injection de drogues par voie intraveineuse varient également en fonction du sexe, de l'âge et de la nationalité des patients (les variations observées oscillent entre 1,9 % et 8,8 %). Les sujets

²⁹ Le nombre de personnes diagnostiquées séropositives au VIH depuis le début de l'épidémie est en fait compris entre 24.660 et 25.855 parce que pour 1195 cas, il n'a pas été possible d'exclure la possibilité d'un double enregistrement. Ces cas ne sont donc pas pris en compte dans les analyses présentées dans le rapport.

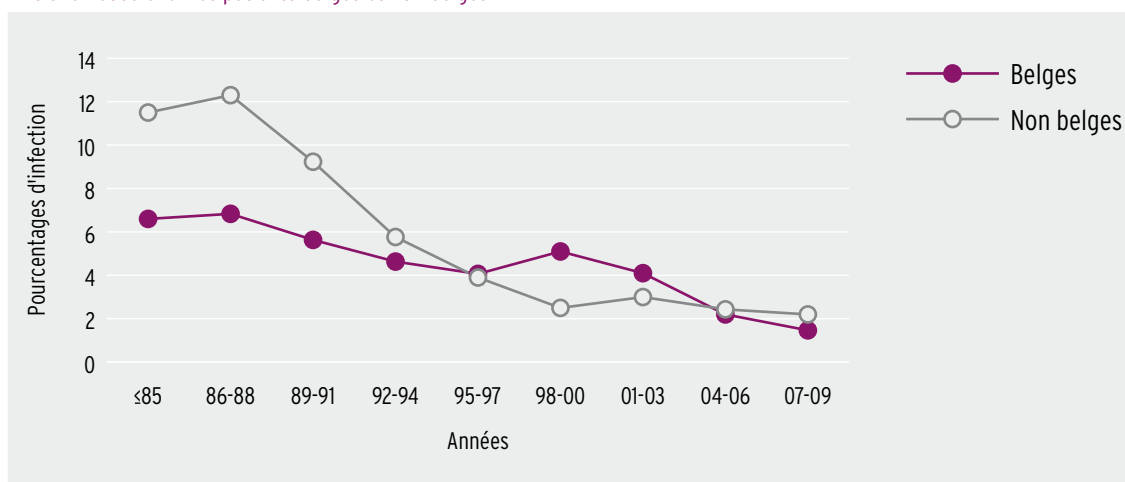
³⁰ Pour information, les chiffres absolus des diagnostics d'infection au VIH pour les huit dernières années sont de 951 (2000), 966 (2001), 989 (2002), 1051 (2003), 1001 (2004), 1070 (2005), 1008 (2006), 1052 (2007), 1079 (2008), 1135 (2009), 1196 (2010), et 1177 (2011). Il convient de noter ici que ces chiffres 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 d'un même patient. Cette remarque permet d'expliquer pourquoi certains chiffres rapportés dans le présent rapport ne sont pas toujours identiques à ceux présentés dans nos rapports précédents.

³¹ Nous renvoyons le lecteur au rapport annuel 2009 de l'ISSP pour une présentation plus détaillée de ces résultats.

apparemment les plus à risque quant à ce mode d'infection sont, sur l'ensemble de la période évaluée, les femmes belges (8,8 %) et les hommes non belges (7,8 %).

En plus de varier en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge et nationalité), l'incidence de l'infection au VIH subit également des variations au cours du temps, et ce pour chaque mode de transmission. Ainsi, comme on peut le voir dans la Figure 27, le pourcentage d'infections liées à l'injection de drogues par voie intraveineuse diminue continuellement depuis le début des années nonante, et ce tant chez les patients belges que non-belges. Il avoisine actuellement 2 pourcent. Cette importante diminution est probablement le fruit du travail sans relâche des associations qui œuvrent dans le domaine de la réduction des risques liés à l'usage de drogues, en promouvant un usage à moindre risque et en favorisant l'accès au matériel stérile d'injection.

Figure 27 : Évolution trisannuelle du pourcentage d'infection au VIH en Belgique lié à l'injection de drogues par voie intraveineuse chez les patients belges et non belges



Source : Institut Scientifique de Santé Publique³²

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 issues de l'indicateur «Maladies infectieuses»

Dans le cadre de ses missions européennes, l'asbl Eurotox est chargée de récolter des informations de manière à constituer l'indicateur épidémiologique 'Maladies infectieuses', qui renseigne, pour les patients en demande de traitement pour un problème d'abus ou de dépendance à une substance, leur statut sérologique pour le VIH ainsi que pour les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC). Cet indicateur est récolté sur la même fiche que l'indicateur de demande de traitement (TDI, voir 2.2.1).

Malgré nos efforts, cette récolte n'est hélas que peu développée en FWB. La raison principale en est le caractère optionnel de cet indicateur depuis 2002, ce qui laisse ainsi aux intervenants le choix de compléter ou non les données relatives au statut sérologique des patients qu'ils prennent en charge. Le logiciel 'Addibru', qui assurait jusqu'il y a peu la récolte TDI en région bruxelloise, et l'enquête 'Sentinelles', qui l'assurait dans la région de Charleroi, ne permettait pas de récolter ces informations. Par conséquent, l'échantillon de patients testés est extrêmement réduit, et pas forcément représentatif de la

³² Ces données ne sont pas directement visibles dans les rapports de l'ISSP, car nous avons construit cette figure en relevant dans chaque rapport annuel de l'ISSP le pourcentage de cas d'infections liées à l'injection de drogues par voie intraveineuse.

population des usagers de drogues en demande de traitement en FWB. En outre, ces chiffres reprennent à la fois les cas d'infections auto-rapportés par les patients et les cas basés sur un test de laboratoire consigné dans leur dossier médical. Les données que nous allons exposer doivent donc être considérées comme purement indicatives et ne peuvent être directement comparées à celles que nous venons de rapporter précédemment pour l'infection au VIH.

Tableau 13: Comparaison des profils des patients séropositifs VHC, VHB et VIH, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2010

	VHC	VHB	VIH
Patients testés : N (%)	219 (19.3 %*)	197 (17.4 %*)	233 (20.5 %*)
Patients séropositifs : n (% des patients testés)	56 (25.6 %)	20 (10.2 %)	6 (2.6 %)
Âge : moyenne (min-max)	41 (25-54)	40 (21-50)	42 (35-49)
Sexe masculin	89.3 %	95 %	50 %
Nationalité belge	80.4 %	80 %	83.3 %
Logement instable (sans domicile fixe, prison)	51.8 %	40 %	16.7 %
Faibles revenus/sans revenu**	91.1 %	90 %	100 %
Affaires judiciaires	82.1 %	80 %	83.3 %
Expérience de prison	78.6 %	75 %	83.3 %
Traitement antérieur	96.4 %	100 %	100 %
Consommation d'alcool	37.5 %	45 %	16,7 %
Consommation de cocaïne	30.4 %	20 %	50 %
Consommation d'héroïne	83.9 %	85 %	83.3 %
Comportements d'injection (passé ou présent)	83.9 %	70 %	83.3 %
* Il s'agit des pourcentages de patients testés par rapport à l'ensemble des patients en demande de traitement en Communauté française (à l'exception de la Région bruxelloise et de la région de Charleroi, car cet indicateur n'y est pas récolté).			
** La notion de faibles revenus renvoie ici aux patients au chômage ou bénéficiant d'un revenu de remplacement (CPAS/Mutualité/Handicap).			

Comme on peut le voir dans le tableau 13, les patients en demande de traitement ayant effectué un test de dépistage pour ces maladies infectieuses sont peu nombreux (environ 20 %). La proportion de patients atteints par le VHC est relativement importante, puisqu'elle correspond à un quart des patients testés (25.6 %). Cette constatation n'est pas étonnante vu les modes de transmission du virus³³, la résistance exceptionnelle du virus (plusieurs jours) au contact de l'air, et l'absence actuelle de vaccin préventif. En fait, différentes études entreprises dans les années 90 ont montré que la prévalence de l'hépatite C pouvait avoisiner les 80 % chez les usagers de drogues par voie intraveineuse de certains pays occidentaux (e.g. Garfein, Galai, Doherty, et Nelson, 1996 ; Thomas et al., 1995). Ce taux de prévalence semble être toutefois en régression depuis plusieurs années (e.g. Des Jarlais et al., 2005 ; Emmanuelli, Jauffret-Roustide et Barin, 2003 ; Hahn, Page-Shafer, Lum, Ochoa et 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 matériels d'injection stérile).

L'usage de drogues par voie intraveineuse reste encore actuellement le facteur de risque principal de contraction du VHC, et la prévalence actuelle au sein des usagers de drogues par voie intraveineuse reste somme toute élevée. Ainsi, en Belgique, elle varierait de 47 à 85 %, suivant les études ; Matheï, Robaeys, Van Ranst, Van Damme et Buntinx, 2005). Plus localement, les données 2010 issues du projet Lama³⁴

33 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.

34 Le projet Lama se compose de quatre unités d'accompagnement ambulatoire et de consultation psycho-médico-sociales réparties sur différentes communes bruxelloises (Ixelles, Anderlecht, Molenbeek, Schaerbeek).

(cité par Gerkens, Martin, Thiry, & Hulstraert, 2012) indique que sur les 494 UDI en suivi, 281 (57 %) ont été testés pour l'hépatite C et que 150 (53 %) se sont révélés positifs (présence d'anticorps anti-VHC). En France, environ 70 % des nouveaux cas observés chaque année sont clairement liés à l'usage de seringues ou de matériels d'injection contaminés (Médecins du Monde, 2009).

Cette transmission élevée chez ce type d'usagers est souvent due au partage de seringues, mais également au partage du matériel d'injection (cuillère, filtre, coton, eau, garot), qui peut aussi être contaminé par le sang d'un usager infecté (voir Hagan et al., 2001 ; Thorpe et al., 2002). Notons que le risque de transmission chez les usagers de drogues par voie nasale est également présent en cas de partage du matériel (paille, billet, etc.) servant à priser la substance (voir Martinez et Talal, 2008 ; Tortu, McMahon, Pouget et 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 (pipe à eau, narguilé, pipe à crack ; Macías et al., 2008 ; Tortu et al., 2004).

La proportion de sujets atteints par le VHB parmi les patients testés dans notre échantillon est en revanche plus petite que celle observée pour le VHC (10,2 %). Cette plus faible proportion ne peut *a priori* être attribuée à l'existence d'un vaccin spécifique pour l'hépatite B puisque, dans notre échantillon de 197 patients testés, seulement 7 patients ont déclaré avoir été vacciné. Il est donc possible que cette différence soit attribuable aux modes de transmission préférentiels de ces deux virus (par voie sexuelle dans le cas du VHB, et par voie parentérale dans le cas du VHC) et à des différences au niveau des comportements à risques associés. En effet, la prévalence du VHB chez les usagers de drogues par voie intraveineuse est systématiquement moins élevée que celle du VHC (elle varie de 45 à 65 % pour le VHB, selon les études ; Garfein et al., 1996 ; Hahn et al., 2001 ; Murrill et al., 2002), ce qui pourrait être dû à un usage plus systématisé du préservatif chez ces usagers comparativement aux comportements à risques liés à l'injection de drogues, lesquels sont encore relativement courants (en particulier l'échange du matériel connexe d'injection ; voir par exemple Bertorelle et al., 2000 ; Sacré, Daumas & Hogge, 2010).

Finalement, la proportion de sujets atteints du VIH parmi les patients testés est très faible (2,6 %), ce qui est concordant avec les chiffres rapportés par le registre de l'incidence belge de l'infection au VIH, qui indiquaient que sur la période 2007-2009, environ 2 % des patients avaient déclaré avoir contracté le virus suite à l'injection de drogues par voie intraveineuse. La majorité (83,3 %) de patients infectés dans notre échantillon sont consommateurs d'héroïne et ont eu recours à des comportements d'injection. La proportion d'infection parmi les usagers injecteurs de notre échantillon reste toutefois (on peut s'en réjouir) plus petite que celles actuellement rapportées dans une grande partie des pays occidentalisés (voir Mathers et al., 2008, pour une revue de la littérature).

De manière générale, les personnes dépistées séropositives aux VIH, VHB ou VHC (tableau 13) sont majoritairement : de sexe masculin ; d'un âge compris entre 30 et 40 ans ; de nationalité belge ; consommatrices d'héroïne (avec comportements d'injection passé ou présent) ; et n'en sont pas à leur première demande de traitement pour un problème lié à l'usage de drogues. Ces personnes ont souvent un passé carcéral et/ou ont été entendues par un juge ou un parquet, et elles sont majoritairement sans ou à faible revenu. Enfin, une proportion non négligeable de ces usagers est sans domicile fixe ou réside la plupart du temps en prison.

Même si elles sont en baisse, les proportions d'usagers de drogues atteints par une de ces maladies infectieuses sont telles qu'il paraît nécessaire de continuer, voire de renforcer/adapter, les programmes de sensibilisation, de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues, en particulier au niveau des groupes à risque dépeints par ce profil (e.g. trentenaires masculins et «marginalisés»). En effet, les résultats de la dernière enquête sur l'usage de drogues dans les prisons belges (Todts et al., 2009 ; voir aussi chapitre 2 du précédent rapport d'Eurotox), ainsi que les opérations «boule-de-neige» (voir Chapitre 3) nous apprennent que, même si les risques liés au partage de seringues sont désormais mieux connus des usagers, 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 garot) comporte également des risques de contamination. En outre, une proportion non négligeable d'usagers y rapportent avoir adopté des comportements à risques (échange de seringues ou de matériel usagé, etc.)

alors qu'ils possèdent des connaissances exactes des comportements à risques en la matière³⁵ ; notons que le recours à du matériel connexe usagé peut aussi être accentué par le fait que les comptoirs savent difficilement, par manque de moyens, fournir pour chaque seringue rendue tout le matériel connexe nécessaire à la réalisation d'une injection parfaitement sécuritaire. Enfin, les risques de contamination du virus de l'hépatite C par un partage du matériel d'inhalation ou de sniff sont probablement très peu connus. Un autre point inquiétant des données que nous rapportons, qui justifie également des programmes de réduction des risques plus ciblés envers les personnes présentant une hépatite, mérite d'être mentionné : la proportion relativement élevée de consommateurs d'alcool parmi ces patients.

2.2.2.2 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» (voir tableau 14).

La tuberculose pulmonaire reste la forme la plus fréquente (72,7 % des cas en Belgique pour l'année 2009), 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 FWB et pour l'année 2009, 594 patients ont été déclarés tuberculeux (1020 patients pour l'ensemble de la Belgique), ce qui correspond à une incidence de 13,2 cas par 100.000 habitants. On a pu identifier chez certains de ces patients (environ 17,5 % des cas en FWB) un ou plusieurs facteurs ayant pu favoriser la déclaration de la maladie suite à leur infection. Selon le registre belge de la tuberculose³⁶, les facteurs favorisants les plus fréquemment cités en 2009 chez les patients de la FWB (voir Tableau 14) sont : la dénutrition (11,3 % des cas), l'alcoolisme chronique (6,4 % des cas) et l'infection au VIH (5,1 % des cas). La toxicomanie par injection n'est quant à elle citée que pour 1,2 % des cas pour cette même année.

35 Il convient en effet de remarquer qu'une connaissance des risques ne suffit pas forcément à empêcher la survenue de comportements à risques 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 irréversible) 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).

36 Registre Belge de la Tuberculose 2009, FARES (2011). 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 de risque «favorisant» 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, pour un patient donné, on ne peut pas prouver que les facteurs favorisants identifiés ont effectivement contribué au développement de la maladie.

Tableau 14 : Patients présentant au moins un facteur favorisant le développement de la tuberculose, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009

	Bruxelles		Wallonie		FWB	
	N	%	N	%	N	%
VIH+ (séropositifs)	17	5,3	13	4,7	30	5,1
Insuffisance rénale	10	3,1	11	4	21	3,5
Traitement immunosuppresseur	9	2,8	12	4,4	21	3,5
Pneumoconiose (silicose)	3	0,9	12	4,4	15	2,5
Diabète de type 1	3	0,9	6	2,2	9	1,5
Toxicomanie IV (par voie intraveineuse)	4	1,3	3	1,1	7	1,2
Alcoolisme chronique	16	5	22	8	38	6,4
Lésions fibrotiques RX thorax	10	3,1	21	7,7	31	5,2
Dénutrition	29	9,1	38	13,9	67	11,3
Cancer cou/tête, leucémie, lymphome Hodgkin	5	1,6	7	2,6	12	2
Total des facteurs favorisants mentionnés	106	/	145	/	251	/
Total des patients avec au moins 1 facteur favorisant	49	15,3	61	22,3	110	18,5
Total des patients déclarés tuberculeux en 2009	320	/	274	/	594	/

Source : FARES, 2011

Dans la figure 28, 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 propos³⁷. On peut remarquer que le pourcentage de cas présentant un alcoolisme chronique a été décroissant jusqu'en 2005, puis a subi une augmentation progressive jusqu'en 2008, pour enfin diminuer de manière importante en 2009. Les pourcentages de patients porteurs du VIH ou ayant 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, quoique en légère progression depuis 2004-2005 jusqu'en 2008. Dans l'ensemble, on remarque que les pourcentages de patients présentant ces différents facteurs favorisants ont été en nette augmentation de 2004-2005 à 2008, mais ils sont en régression en 2009. Nous n'avons, à l'heure actuelle, pas d'explication claire à donner à ces évolutions.

Figure 28 : Évolution belge des pourcentages de cas de tuberculose en lien avec un facteur favorisant

Source : FARES, 2011

37 Notons que nous ne disposons pas de données antérieures à l'année 2003 pour le facteur «dénutrition». En outre, nous n'avons pu obtenir les données spécifiquement observées en Fédération Wallonie-Bruxelles.

2.2.2.3 Double diagnostic : données issues du Résumé Psychiatrique Minimum et des patients schizophrènes traités dans les unités de soins

La notion de double diagnostic renvoie ici à la 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 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» avéré varie selon les patients et les pathologies. En outre, dans la pratique clinique, il est parfois difficile d'identifier précisément la chronologie et les liens causaux entre ces différents facteurs chez un patient, les symptômes des troubles mentaux et les problèmes liés à la consommation de substance(s) psychoactive(s) interagissant et s'influençant mutuellement.

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 (OEDT, 2004).

De manière générale, la recherche et l'identification des cas de double diagnostic constituent un enjeu majeur en santé mentale. En effet, dans le cas de la schizophrénie³⁸, 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 grandement 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, et ce probablement en raison d'un manque de moyen.

Nous ne disposons pas actuellement d'informations sur la prévalence des diagnostics psychiatriques chez les patients en traitement pour un problème de drogues en Belgique. En revanche, nous disposons de données de prévalence du double diagnostic a) chez les patients pris en charge dans un service psychiatrique ainsi que b) chez les patients schizophrènes traités dans les unités de soins.

A. Données issues du Résumé Psychiatrique Minimum

Les données 2008 issues du Résumé Psychiatrique Minimum (RPM)³⁹ indiquent que pour 1,4 % des admissions⁴⁰ dans les hôpitaux psychiatriques, le diagnostic prédominant renvoyait à un trouble lié à

38 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 la consommation de substance(s) psychoactive(s) sont particulièrement fréquents chez les patients schizophrènes puisqu'ils concerneraient, en ce qui concerne la prévalence sur la vie, la moitié d'entre eux (voir par exemple Batel, 2000).

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

40 À noter que l'unité d'analyse n'est pas ici le patient mais l'admission, certains patients pouvant avoir été admis à plusieurs reprises au cours d'une même année civile.

l'usage d'une ou plusieurs substances (voir Deprez et al., 2011). Parmi les patients présentant un trouble lié à l'usage de substance(s), la comorbidité psychiatrique la plus fréquemment observée est le trouble de la personnalité (41 %), suivi des troubles psychotiques (17,4 %). Le tableau 15 détaille par produit les comorbidités psychiatriques observées chez les patients pris en charge dans les services psychiatriques belges.

Tableau 15 : Comorbidités psychiatriques observées chez les patients pris en charge en 2008 dans les services psychiatriques belges, par produit

	Amphétamines	Cannabis	Cocaïne	Opiacés	Sédatifs	Poly-consommation
Nombre d'admissions	728	1758	740	1588	2075	2253
Trouble de la personnalité	30,6 %	36,5 %	40,5 %	39,8 %	42 %	49,2 %
Trouble de l'humeur	12,4 %	13,9 %	15,9 %	93 %	30,9 %	12,4 %
Trouble lié à l'usage d'autres produits	27,3 %	14,6 %	33 %	47,9 %	7,4 %	2,7 %
Troubles psychotiques	12,6 %	44,4 %	9,1 %	9,2 %	5,6 %	17,4 %
Troubles anxieux	0,5 %	2,7 %	1,5 %	1,9 %	5,8 %	2,8 %
Troubles cognitifs	0,3 %	0,2 %	0,3 %	0,6 %	1,8 %	0,6 %
Trouble d'ajustement	4,1 %	6,7 %	6,6 %	3,5 %	12,4 %	4,1 %
Trouble somatoforme	0,5 %	0,1 %	0,5 %	0,8 %	1,7 %	0,8 %
Trouble d'impulsivité	2,1 %	4,6 %	2,4 %	0,8 %	1,6 %	2 %
Trouble lié à l'usage d'alcool	6,5 %	8,1 %	14,1 %	7,8 %	11,7 %	2,3 %

Source : Belgian National Report on Drugs 2011

On constate également que les comorbidités psychiatriques fluctuent en fonction du type de produit pour lequel un diagnostic de dépendance a pu être établi. Par exemple, les troubles de l'humeur sont particulièrement fréquents (93 %) chez les personnes dépendantes aux opiacés alors qu'ils le sont moins chez les personnes dépendantes aux autres substances. De même, les troubles psychotiques sont nettement plus fréquents en cas de dépendances au cannabis et ce en comparaison aux autres produits, de manière concordante avec les nombreuses études ayant mis en évidence un lien entre usage de cannabis et schizophrénie (voir par exemple Hall & Degenhardt, 2000).

B. Données de prévalence du double diagnostic chez les patients schizophrènes

Une étude financée par la Ligue Belge de la Schizophrénie a récemment été réalisée à l'échelle nationale afin de déterminer la prévalence du double diagnostic schizophrénie/abus ou dépendance à une substance chez les patients schizophrènes pris en charge (De Hert, Roos, Gillain, Detraux, Sweers, et al., 2010). Le second objectif de l'étude était d'évaluer l'offre de traitements spécifiques pour ce type d'association de troubles. Concrètement, les chercheurs ont envoyé un questionnaire aux différents services résidentiels de prise en charge psychiatrique recensés et susceptibles de prendre en charge des patients schizophrènes (hôpitaux psychiatriques ou services psychiatriques d'hôpitaux généraux), et ce après un contact téléphonique préalable.

Comme on peut le voir dans le tableau 16, un total de 105 unités psychiatriques provenant de 63 hôpitaux/organisations ont participé à l'étude (25 hôpitaux psychiatriques et 80 services psychiatriques d'hôpitaux généraux). Cet échantillon représente 47 % de l'offre de services résidentiels de prise en charge psychiatrique en Belgique. Seulement 57,1 % des répondants ont indiqué que leur service comporte une offre de soins spécifiques pour les patients à double diagnostic. Cette faible couverture s'explique toutefois par le fait que cette offre de soins est relativement généralisée dans les hôpitaux psychiatriques, alors qu'elle est peu courante dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux. La capacité d'accueil des patients avec un double diagnostic est légèrement inférieure à 30 % de la capacité totale des services, et elle est particulièrement faible dans les hôpitaux généraux (4,7 % versus 23,9 % dans les hôpitaux psychiatriques). Finalement, les patients schizophrènes représentent au moment de l'étude un peu moins d'un tiers (31,7 %) de la capacité de prise en charge des patients à double diagnostic.

Tableau 16 : Caractéristiques des services de prise en charge et des patients schizophrènes

	Hôpitaux psychiatriques	Unité psychiatrique d'hôpitaux généraux	Total
Nombre d'unités participantes	25 (23.8 %)	80 (76.2 %)	105
Nombre d'hôpitaux/organisations	38 (60.3 %)	25 (39.7 %)	63
% de l'offre de services résidentiels en Belgique	56.7 %	37.3 %	47 %
Capacité d'accueil	2775	844	3619
Moyenne de la capacité d'accueil des unités	35	34	34
Patients schizophrènes pris en charge (% de la capacité d'accueil totale)	1231 (44.4 %)	189 (22.4 %)	1420 (39.2 %)
Services avec prise en charge spécifique du double diagnostic	31 (81.6 %)	5 (20.0 %)	36 (57.1 %)
Capacité d'accueil des patients DD (% de la capacité d'accueil totale)	865 (23.9 %)	170 (4.7 %)	1035 (28.6 %)
Patients schizophrènes dans les unités DD (% des patients schizophrènes en traitement)	421 (29.6 %)	30 (2.1 %)	451 (31.7 %)
Services sans problèmes liés à une substance	10 (12.5 %)	12 (48 %)	22 (21.0 %)
Services sans patients schizophrènes	3 (3.8 %)	6 (24.0 %)	9 (8.6 %)
Source : De Hert et al., 2010			

Sur les 1420 patients schizophrènes pris en charge dans les unités ayant participé à l'étude, un peu moins de la moitié (n=602 ; 42,4 %) présentent un problème lié à l'usage de produits. Le problème de consommation le plus fréquent est l'abus (26,6 % des patients), un problème de dépendance étant rapporté pour 15,8 % des patients. Enfin, comme indiqué sur le tableau 17, le cannabis est le produit le plus fréquemment cité comme étant à l'origine du problème d'abus ou de dépendance des patients (26,2 %), suivi par les problèmes de polyconsommation (11,2 %).

Tableau 17 : Caractéristiques des patients schizophrènes avec double diagnostic

	Hôpitaux psychiatriques	Unité psychiatrique d'hôpitaux généraux	Total (% de l'ensemble des patients schizophrènes, N=1420)
Patients avec double diagnostic	467 (37,9 %)	135 (71,4 %)	602 (42,4 %)
Patients avec double diagnostic «abus»	288 (23,4 %)	89 (47,1 %)	377 (26,6 %)
Patients avec double diagnostic «dépendance»	179 (14,5 %)	46 (24,3 %)	225 (15,8 %)
Problème principal avec le cannabis	292 (23,7 %)	81 (42,9 %)	373 (26,2 %)
Problème avec des opiacés uniquement	11 (0,9 %)	7 (3,7 %)	18 (1,3 %)
Problème avec des stimulants/cocaïne uniquement	36 (2,9 %)	17 (9 %)	53 (3,8 %)
Problème avec plusieurs produits	128 (10,4 %)	30 (15,9 %)	158 (11,1 %)
Source : De Hert et al., 2010			

2.2.2.4 Le recours aux services d'urgences chez les usagers de drogues

Différentes études suggèrent que le recours aux services d'urgences est plus fréquent chez les usagers de drogues (en particulier les UDI) que chez les autres patients en raison d'un manque d'accès aux soins de premières lignes (voir par exemple, Cherpitel & Ye, 2008 ; Kerr et al., 2005 ; McGeary & French, 2000). Les motifs de consultation sont généralement les overdoses aux opiacés, les affections respiratoires et les infections de la peau et des tissus (très fréquents chez les UDI).

Dans la mesure où les études ayant relevé ce constat ont été réalisées sur des populations d'usagers de drogues non traités ou traités dans des centres spécialisés, la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones a récemment réalisé une étude (voir Denis et al., 2009) afin de déterminer si ce constat est également valable pour la Belgique, où la majorité des usagers de drogues traités par substitution sont pris en charge par des médecins généralistes en pratique privée (ce qui devrait *a priori* diminuer leur recours aux services d'urgences).

Les objectifs de l'étude étaient de quantifier le recours aux services d'urgences par les UD ainsi que la fréquence et la nature des conflits avec le personnel soignant, et ce comparativement aux autres patients. Cette étude visait également à analyser de manière comparative les motifs de recours aux services d'urgences par les patients UD et non UD.

L'échantillon de l'étude se compose de 48 UD⁴¹ suivis par les médecins généralistes d'une pratique de groupe en milieu urbain (Charleroi) sur une période de 5 ans, apparié à un groupe de 96 patients non usagers de drogue tirés au sort parmi la population suivie dans la même pratique et présentant les mêmes caractéristiques démographiques (âge compris entre 25 et 50 ans, 75 % d'hommes et 25 % de femmes)⁴². Les informations relatives aux recours aux services d'urgences sur cette période de 5 ans ont été obtenues sur base des dossiers médicaux des 144 patients, dans lesquels figurent les rapports adressés par les services d'urgences au médecin traitant suite à chaque fréquentation.

Les résultats mettent en évidence un plus grand recours aux services des urgences ainsi qu'une fréquence de rapports conflictuels plus élevée chez les UD que chez les autres patients (voir Tableau 18). La plus grande fréquentation des services d'urgences par les usagers de drogues ne semblent donc pas pouvoir s'expliquer par un manque d'accès aux soins de premières lignes, puisque tous les UD étaient suivis en médecine générale. Ces données suggèrent plutôt que cette plus grande fréquentation est causée par l'importante comorbidité somatique et psychiatrique occasionnée par l'usage de drogues. En effet, les traumatismes (plaies, contusions, fractures) constituent le motif de visite le plus fréquent chez les UD, suivis des problèmes psychiatriques (tentative de suicide, troubles anxieux, dépressifs et psychotiques) et des problèmes respiratoires (pneumonies, pneumothorax, pleurésies, crises d'asthme).

En ce qui concerne la fréquence des conflits⁴³, 39 % des UD ont eu au moins un conflit aux services d'urgence au cours des 5 dernières années (ce qui représente 21 % des visites des UD). De manière étonnante, ces conflits surviennent plus fréquemment lorsque les UD sont référés aux urgences par le médecin traitant (via un formulaire de demande) que lorsqu'ils s'y présentent spontanément. Selon les UD interrogés, les problèmes surviennent à partir du moment où ils mentionnent qu'ils sont sous traitements substitutifs, ce qui suggère que certains professionnels des services d'urgences éprouvent des difficultés à maintenir une neutralité bienveillante face à un patient étiqueté comme toxicomane. Cette situation est susceptible d'affecter de manière délétère la qualité de la prise en charge des problèmes de santé des patients UD, et ce à plusieurs niveaux : par exemple, le personnel soignant, victime de certains préjugés, peut ne pas mettre tout en œuvre pour prodiguer la même qualité de soins aux patients UD qu'aux patients non UD ; le médecin traitant peut également avoir tendance à ne pas fournir au patient une lettre de liaison, voire à lui conseiller de se présenter spontanément sans faire mention du traitement de substitution de manière à ne pas être stigmatisé et lésé dans la prise en charge aux services d'urgences ; enfin, l'occurrence de rapports conflictuels peut amener un patient à fuir le service d'urgences alors qu'une hospitalisation s'imposerait, ou peut également amener l'équipe soignante à ne pas privilégier une hospitalisation alors qu'elle serait requise.

41 Les UD de cet échantillon sont majoritairement non injecteurs (62%), usagers d'héroïne (90%), et sous traitement substitutif (88%).

42 On regrettera néanmoins que les patients UD et non UD n'aient pas véritablement été appariés en ce qui concerne le niveau socio-économique. Or ce dernier est connu pour influencer le recours aux services d'urgences, dans le sens d'une plus importante fréquentation par les personnes ayant un faible niveau socio-économique (voir De Wolf & Vanoverloop, 2008).

43 Les contacts conflictuels entre les patients et le service d'urgences ont été opérationnalisés par l'occurrence d'au moins un des trois critères suivants : fuite du patient, expulsion du service d'urgences, refus d'hospitalisation alors qu'elle était requise par le médecin traitant ou qu'elle semblait évidente.

Tableau 18 : Fréquence de recours aux services d'urgences et des conflits chez les usagers de drogues suivi en médecine générale

	UD (N=48)	Contrôle (N=96)	p
Recours aux services d'urgences	69 %	51 %	= .04
Fréquence annuelle moyenne du recours aux services d'urgences	0.73	0.24	< .001
Conflit en cas de recours aux services d'urgences	39 %	6 %	< .001

Source : Denis et al., 2009

2.2.2.5 Les appels téléphoniques du Centre Anti-poisons

Depuis 1963, le Centre Anti-poisons belge enregistre chaque année pas moins de 50.000 appels téléphoniques en lien avec une intoxication avérée ou supposée à une substance. Ces appels émanent à la fois du grand public et des professionnels de la santé, sans qu'aucune distinction soit opérée entre ces deux sources. Moins de 1 % des appels émis annuellement concernent une intoxication à une drogue illicite. Comme l'indique le tableau 19, parmi les intoxications en lien avec l'usage de drogues (N= 346 en 2011), celles liées à l'usage de plusieurs produits sont assez courantes (environ un tiers des appels), bien que les cas d'intoxication à une seule substance soient les plus fréquents (environ deux tiers des appels). Le cannabis ainsi que, dans une moindre mesure, les solvants/inhalants et les produits à base d'éthanol sont les plus fréquemment impliqués dans les cas d'intoxication à une seule substance.

Tableau 19 : Nombre d'appels adressés au Centre Anti-poisons en lien avec l'usage de drogues. Belgique, 2009-2011

	2009	2010	2011
Total des appels	53.272	51.152	52.861
Substances illégales	299	337	346
Plusieurs substances	97	124	114
Une seule substance	202	213	232
Cannabis	34	32	50
Produit à base d'éthanol	27	24	35
Solvant/inhalant	23	27	30
GHB/GBL	14	20	12
Cocaïne	24	18	16
Opiacés (héroïne, méthadone...)	15	17	15
Amphétamine	16	13	17
Ecstasy	4	9	10
Nouvelles drogues synthétiques	0	7	2
Kétamine*	/	/	4
Champignons/plantes hallucinogènes*	/	/	8
Cannabinoïdes synthétiques	0	0	0
Autre/inconnu	45	46	29

Source : Belgian National Report on Drugs 2012

* Ces substances étaient reprises dans la catégorie Autre/inconnu les années précédentes

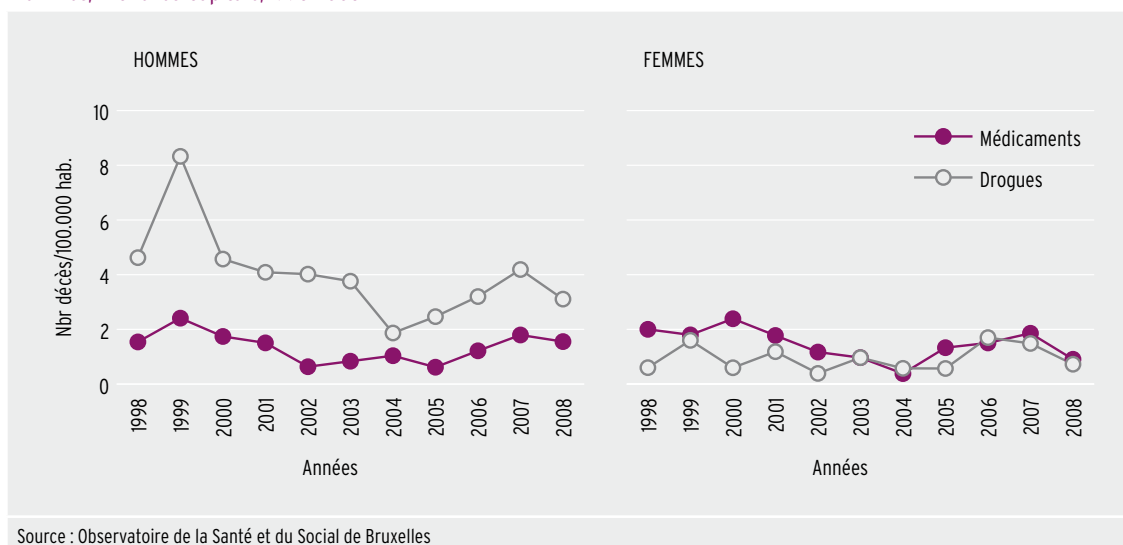
2.2.3 LA MORTALITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION DE DROGUES

2.2.3.1 Mortalité en région de Bruxelles-capitale

Dans la figure 29, nous présentons l'évolution annuelle des taux de mortalité masculine et féminine liés à l'usage de drogues et de médicaments psychotropes observés au sein de la population de la région de Bruxelles-Capitale. Ces données nous ont été transmises par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, sur base de la cause principale (initiale) de mortalité figurant sur le certificat de décès.

Le taux de mortalité correspond ici au nombre de décès observés sur une population de 100.000 habitants. 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. Les décès liés à l'alcool ne sont donc pas pris en compte dans ces statistiques. 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. Enfin, 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 liés à l'usage d'un produit.

Figure 29 : Évolution des taux de décès liés à l'usage de drogues et médicaments psychotropes chez les hommes et les femmes, Bruxelles-Capitale, 1998-2008



Une comparaison des deux figures montre clairement que le taux de décès est globalement plus important chez les hommes que chez les femmes. Cette différence est probablement 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 (voir par exemple Lynch, Roth et Carroll, 2002 ; OEDT, 2008), ce qui les expose ipso facto davantage aux risques de mortalité associés. Toutefois, alors que le taux de décès lié à l'usage de drogues est plus important chez les hommes que chez les femmes, celui lié à l'usage de médicaments psychotropes est sensiblement équivalent entre les deux groupes. Cette absence de différence peut s'expliquer par le fait que la tendance des hommes à davantage s'exposer que les femmes aux risques d'overdose mortelle est contrebalancée par la tendance des femmes à avoir plus souvent recours que les hommes aux médicaments lorsqu'elles envisagent de mettre un terme à leur existence (e.g. Raja & Azzoni, 2004 ; Rhodes et al., 2008 ; Värnik et al., 2008).

En ce qui concerne les hommes, on constate une diminution globale du taux de décès entre 1999 et 2004, alors que la tendance s'inverse à partir de 2005, et ce tant pour les décès liés à l'usage de drogues que pour ceux liés à l'usage de médicaments psychotropes. Néanmoins, en 2008, le taux de décès est à

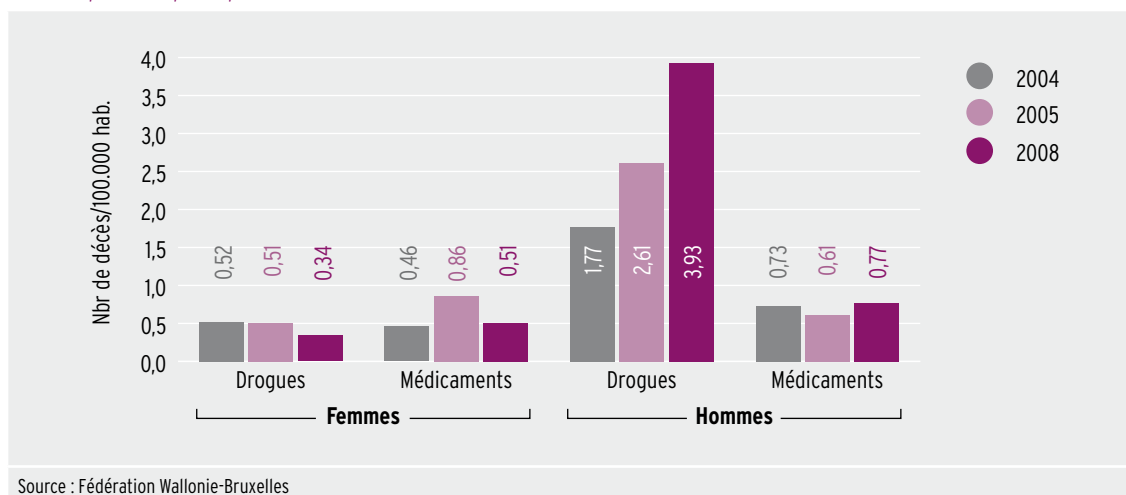
nouveau en phase descendante, et ce pour ces deux types de produits. Le taux de décès reste en outre plus important pour l'usage de drogues que pour celui de médicaments psychotropes sur cette période. Finalement, on constate un pic important de mortalité lié à l'usage de drogues chez les hommes pour 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 dans l'historique des alertes précoces lancées au cours de cette année (produit de coupe potentialisant les risques de dosage léthal, héroïne anormalement pure, etc.). Notons toutefois que ce pic de mortalité n'a pas été observé en France (voir Lopez, Martineau et Palle, 2004), et que nous n'avons pu déterminer s'il fut limité à la région de Bruxelles en Belgique.

En ce qui concerne les femmes, on constate que les taux de décès liés à l'usage de drogues et de médicaments psychotropes sont beaucoup plus stables dans le temps. On notera toutefois une légère baisse de ces deux indicateurs entre 1998 et 2004, avec une petite tendance à la hausse ces dernières années (hormis en 2008, pour laquelle année on observe à nouveau une phase descendante). Contrairement à ce que l'on observait pour les hommes, on constate que le taux de décès est globalement plus important pour l'usage de médicaments psychotropes que pour celui de drogues, mais cette différence reste peu marquée. En outre, on ne constate pas, chez les femmes, le pic important de mortalité lié à l'usage de drogues observé chez les hommes pour l'année 1999.

2.2.3.2 Mortalité en Wallonie

Nous disposons depuis peu des données de mortalité émises par la FWB, mais uniquement pour les années 2004, 2005 et 2008, et elles ne comprennent que les décès enregistrés en Wallonie. Nous n'avons pu malheureusement directement les comparer aux données récoltées en Région bruxelloise, parce que certains critères de sélection des produits ne sont pas les mêmes (en particulier, les données de la FWB comprennent davantage de produits classés comme médicaments mais qui en fait ne sont pas véritablement des médicaments psychotropes). Nous tenterons néanmoins de les harmoniser ultérieurement.

Figure 30 : Évolution des taux de décès liés à l'usage de drogues et médicaments psychotropes chez les hommes et les femmes, Wallonie, 2004, 2005 et 2008



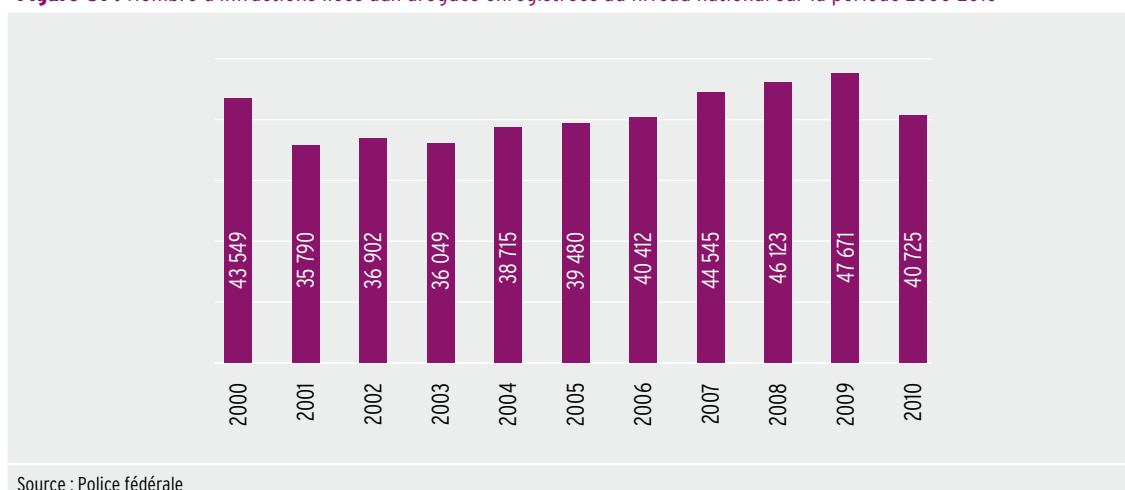
Comme on peut l'observer sur la figure 30, le taux de décès liés à l'usage de drogues est globalement plus important chez les hommes que chez les femmes, alors qu'il est sensiblement équivalent pour les médicaments, comme on l'observe au niveau des données de mortalité de la région de Bruxelles-capitale. Ce pattern de résultats peut donc s'expliquer de la même manière. On observe également une augmentation du taux de décès liés aux drogues chez les hommes de 2004 à 2008.

2.3 LES CONSÉQUENCES SOCIALES

2.3.1 DONNÉES RECUEILLIES PAR LES FORCES DE L'ORDRE

Nous présentons dans ce sous-chapitre les chiffres concernant la criminalité enregistrée sur le territoire belge (les infractions pour lesquelles un procès-verbal a été dressé, soit des infractions accomplies et des tentatives d'infractions). Les données proviennent des statistiques policières de criminalité.

Figure 31 : Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national sur la période 2000-2010



Les statistiques des infractions liées aux stupéfiants doivent être interprétées avec prudence. Les fluctuations que l'on observe dans les chiffres de la criminalité peuvent avoir pour origine une augmentation ou une diminution réelle de certaines formes de criminalité, mais peuvent aussi être le reflet d'autres éléments, comme les modifications de la nomenclature sur différentes années ; les modifications de la politique de sécurité aux niveaux fédéral et local ; les nouvelles procédures (PVs simplifiés...) ; la disposition de la population à signaler les infractions ; la disposition à enregistrer de la part de la police et la politique d'autres instances (p. ex : sociétés d'assurances). Notamment, la baisse brutale de 2010 serait due, selon la police fédérale, à un changement dans la pratique d'enregistrement. En effet : «Là où, auparavant, à la fois un fait en matière d'usage de drogue et en matière de détention de drogue était enregistré (l'usage implique en effet la détention), un tel fait est depuis lors enregistré uniquement comme détention de drogue.»⁴⁴

On notera, avec le tableau suivant, que la majorité (60 %) des infractions sont enregistrées sur faits de détention de drogues. Le commerce, l'importation et l'exportation totalisent quant à eux environ 27 % des infractions.

44 Voir : http://www.polfed-fedpol.be/crim/crim_stat_fr.php (consulté le 12 décembre 2012)

Tableau 20 : Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national en 2010, par types d'infraction

	N	%
Détention	24819	60,94
Commerce	6077	14,92
Importation et exportation	4746	11,65
Usage	2356	5,79
Fabrication	1186	2,91
Autres	1541	3,78
Total	40725	100

Source : Police fédérale

La catégorie «usage de drogue» ne concerne, en réalité, plus que deux types de faits :

- 1) Faciliter l'usage (par exemple, un exploitant d'établissement qui fermerait les yeux sur des faits d'usage) ;
- 2) Incitation à l'usage.

En effet, la police fédérale a procédé à un changement dans sa pratique d'enregistrement des faits : autrefois, toute détention enregistrée était systématiquement qualifiée également d'«usage». Ce n'est plus le cas aujourd'hui, toute détention n'étant plus considérée par la police comme une preuve d'usage.

Pour autant, nous ne comprenons ni n'adhérons forcément à la catégorisation actuelle proposée par la police sous le terme «usage». Il nous semble que des catégories «incitation» et «facilitation» seraient plus fidèles à la réalité. On notera toutefois avec intérêt la raison officielle avancée par la police pour ne plus systématiquement classer les faits de détention également comme faits d'usage : «À divers niveaux de la chaîne pénale, on a en fin de compte abouti à la conclusion que la pénalisation de l'usage individuel de drogue n'était pas explicitement reprise dans la loi sur les drogues»⁴⁵. Ne plus classer les faits de détention en «usage» pourrait donc correspondre à un début de volonté de dépénalisation de l'usage de drogues...

Enfin, on notera en termes de produits, que le type de drogue le plus fréquemment lié aux infractions est le cannabis, avec plus de 13.000 infractions constatées en 2010, suivi par trois classes aux alentours des 1500 faits : ecstasy et amphétamines, opiacés et cocaïne.

Tableau 21 : Nombre d'infractions liées à la détention de drogues enregistrées au niveau national en 2010, par type de drogue

	n
Cannabis	13418
XTC et amphétaminiques	1592
Opiacés	1575
Coca/cocaïne	1551
Médicament (classé stupéfiant)	177
Hallucinogènes	100
Précurseur	59
Autres	1456

Source : Police fédérale

45 Voir : http://www.polfed-fedpol.be/crim/crim_stat_fr.php, p38, consulté le 07 janvier 2012

2.3.2 ACCIDENTS DE LA ROUTE

Voici à présent un aperçu des victimes d'accidents de la route en fonction des résultats du test d'alcoolémie (total, nombre de blessés graves, nombre de blessés légers, nombre de personnes décédées dans les 30 jours suivant l'accident). Nous examinons d'abord ces données pour l'année 2011, puis, sur plusieurs figures, leur évolution depuis 2008.

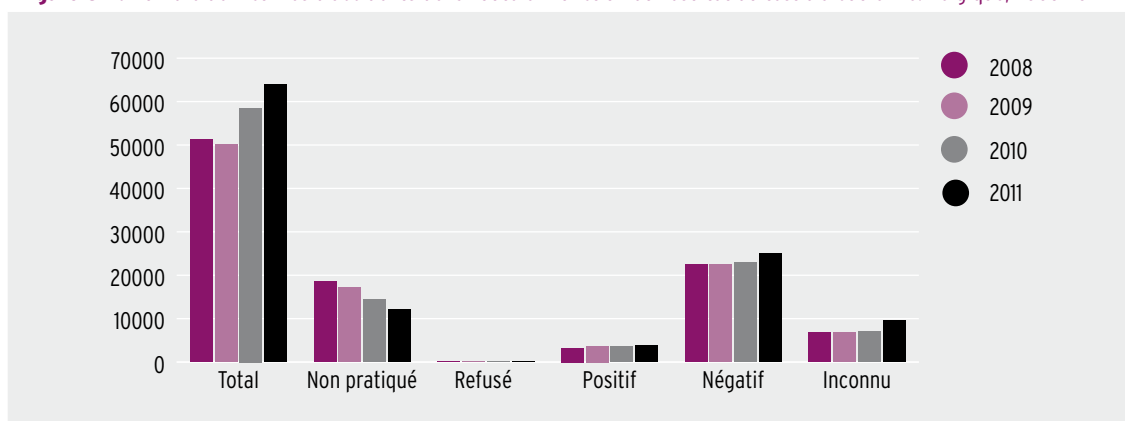
Tableau 22 : Nombre de victimes d'accidents de la route en fonction des résultats du test d'alcoolémie, Belgique, 2011

2011	Nombre de victimes	Décédés endéans les 30 jours (*)	Blessés graves	Blessés légers
Total	63868	1344	7399	55125
Non pratiqué	12148	118	1298	10732
Refusé	94	0	11	83
Positif	3729	0	217	3512
Négatif	25051	6	973	24072
Inconnu	9559	610	2342	6607

Source : SPF économie, Omey Krist, communication personnelle.

(*) : soit les personnes décédées sur place ou endéans les 30 jours

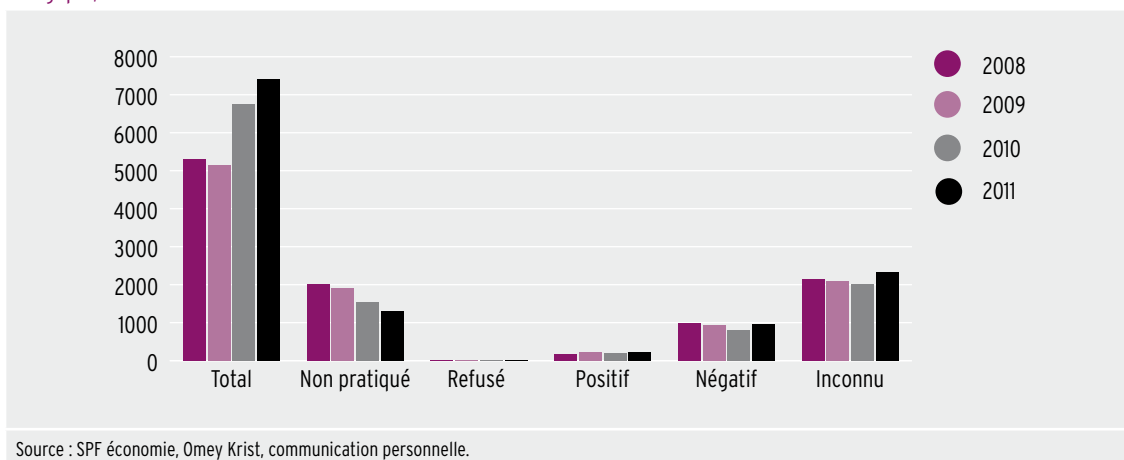
Figure 32 : Nombre de victimes d'accidents de la route en fonction du résultat du test d'alcoolémie. Belgique, 2008-2011



Source : SPF économie, Omey Krist, communication personnelle.

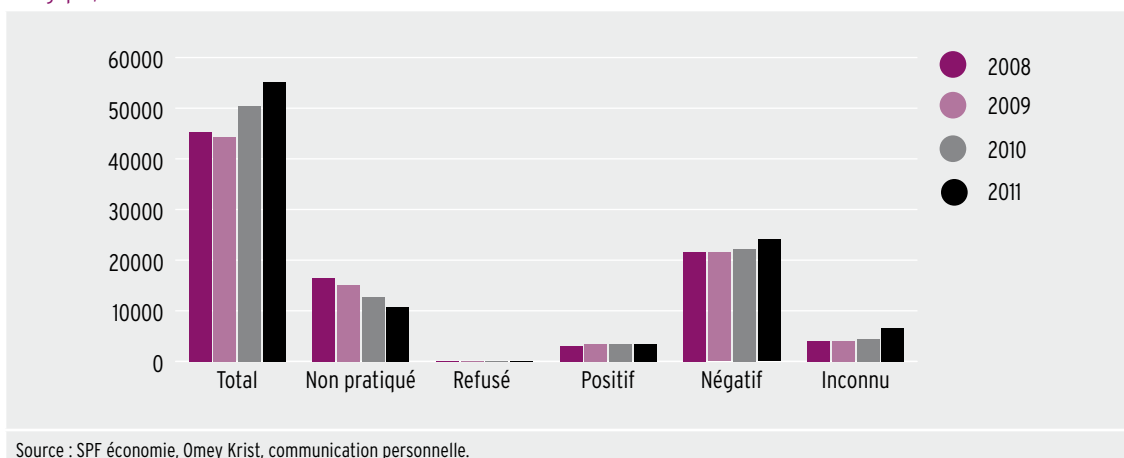
Le nombre de victimes d'accidents de la route qui ont rendu un test d'alcoolémie positif fut de 3729 en 2011, soit environ 6 % de l'ensemble des victimes. Cette proportion est assez stable depuis 2008. Il faut toutefois signaler que ces statistiques tiennent compte des piétons impliqués, ce qui n'est pas le cas des chiffres de l'IBSR, lequel signale généralement un taux d'alcoolémie dans les accidents approchant les 10 %.

Figure 33 : Nombre de blessés graves dans les accidents de la route, en fonction des résultats du test d'alcoolémie. Belgique, 2008-2011



La proportion des victimes d'accidents de la route gravement blessées et ayant rendu un test d'alcoolémie positif s'élève à 13 % en 2011 (soit 217 personnes sur un total de 7399 victimes) ; pour environ 12 % en 2010 (soit 200 personnes sur un total de 1539 victimes), mais des chiffres plus proches de 18 % en 2009 (217 personnes sur un total de 1896 victimes) et 2008 (174 personnes sur un total de 5295 victimes). Il semble donc qu'une corrélation plus forte puisse se dessiner entre un alcootest positif et des blessures graves qu'entre un alcootest positif et des blessures légères (voir figure suivante).

Figure 34 : Nombre de blessés légers, dans les accidents de voiture en fonction des résultats du test d'alcoolémie. Belgique, 2008-2011



Enfin, la proportion de victimes d'accidents de la route légèrement blessées ayant rendu un test d'alcoolémie positif fut d'environ 6 % en 2011 (soit 3512 personnes sur un total de 55125 victimes). Il était plus proche de 7 ou 8 % les trois années précédentes.

Nous n'avons pas mis en figure les chiffres concernant les taux d'alcoolémie des personnes décédées dans les 30 jours, ce chiffre étant trop biaisé par la proportion de gens décédées sur place ou rapidement, et n'ayant dès lors pu être soumises à un alcootest.

2.3.3 DISPONIBILITÉ ET OFFRE

2.3.3.1 Les saisies en Belgique

Le tableau 23 présente le nombre de saisies (ainsi que les quantités associées, exprimées en kilogrammes) 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, puisque ne sont consignés que les résultats positifs de contrôles et enquêtes. En outre, les variations annuelles de ces chiffres ne reflètent pas forcément des fluctuations de disponibilité, puisque ces variations peuvent parfois s'expliquer par des modifications du contexte politique et des stratégies de poursuite (e.g. la récente «tolérance» envers les petites infractions au cannabis) ainsi que par d'occasionnelles saisies «exceptionnelles» ou encore les moyens policiers alloués. Il serait en outre intéressant de pouvoir pondérer ces chiffres de saisies en fonction du nombre de perquisitions réalisées annuellement, ce que nous ne connaissons malheureusement pas.

Tableau 23 : Nombre et quantités des saisies* opérées en Belgique, Police Fédérale Belge, 2005-2010

Année	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	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)	4 492	6 394	5 546	10 481	5 870	58 545	4 921	1 529	6 206	18 660	5 048	3 153
Cannabis herbe (kg)	\	5 058	17 668	4 563	19 196	12 759	16 831	4 891	22 274	4 486	21 485	5 208
Cannabis (n de plants)	456	83 113	73	110 368	466	148 251	666	115 040	732	143 311	979	312 528**
Héroïne (kg)	3 505	270	2 341	176	2 850	549	2 307	63	3 054	275	3 433	386
Cocaïne (kg)	2 225	9 228	3 708	3 946	3 656	2 470	3 345	3 852	4 021	4 605	3 448	6 844
Amphétamines (kg)	3 976	175	2 933	119	2 767	484	2 646	411	2 944	49	2 912	362
Métamphétamine (kg)	\	\	\	\	\	\	\	\	\	\	64	39
Ecstasy (n de doses)	\	2 547 874	2 009	482 904	1 798	541 245	1 412	162 821	921	31 025	650	32 954
LSD (n de doses)	3	855	1	120	1	1	\	\	\	\	59	3 924

* Il s'agit du nombre de plantes saisies pour le «cannabis plants» et du nombre de doses saisies pour l'ecstasy et le LSD, alors que pour les autres produits les quantités saisies sont exprimées en kg.

** L'importante augmentation du nombre de plants de cannabis saisi en 2010 par rapport aux années antérieures s'explique par un changement dans le mode d'estimation des saisies : en effet, avant 2010, seules les plantes effectivement saisies étaient comptabilisées alors que, depuis 2010, 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.

2.3.3.2 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, Eurotox est le seul sous-point focal qui contribue à cette récolte. En effet, Eurotox a mis en place une centralisation de données sur les prix des drogues «en rue» fournis par différents partenaires (travailleurs de rue, comptoirs d'échange de seringues, intervenants en milieu festif, Infor-Drogues). 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»). Ces données sont en outre complétées par celles de la Police Fédérale, issues des saisies annuelles. 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 Belgique⁴⁶.

⁴⁶ 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.

Année de collecte de données	depuis 1999 (données de la Police fédérale), depuis 2004 (données d'Eurotox)
Type d'étude	• synthèse des prix des drogues issues des saisies policières • collecte des prix des drogues en rue auprès des usagers via les dispositifs d'échange de seringues, les travailleurs de rue et le milieu festif, Infor-Drogues, etc. (Eurotox)
Objet primaire	• analyse géopolitique des tendances (Police Fédérale) • monitoring et vision santé publique (Eurotox)
Population cible	• ensemble des contrevenants pour faits de drogues (Police Fédérale) • usagers de drogues (Eurotox)
Échantillon d'étude	• pas d'application pour la Police • 10 à 20 % des personnes rencontrées par les partenaires d'Eurotox
Taux de réponse	Non estimé
Couverture	• Belgique pour les données de la Police Fédérale • Fédération Wallonie-Bruxelles pour Eurotox
Distribution d'âge	Pas d'application
Instrument d'investigation	• synthèse des informations pour la Police Fédérale • questionnaire pour Eurotox

A. Le prix des drogues estimé à partir des saisies policières

Le tableau 24 montre l'évolution du prix des drogues tel qu'estimé à partir des saisies effectuées par la Police Fédérale⁴⁷. 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 24 : Évolution historique du prix moyen des drogues en Belgique (prix estimés à partir des saisies policières), Police Fédérale Belge, 2001- 2010

	2001	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cannabis résine (1 gramme)	7.3 (3.7-12.5)	5.5 (4-7)	6 (2.5-20)	6.65 (2-18.7)	6.53 (2-12)	7.35 (3-15)	6.96 (4-12)	7.2 (3-12.5)
Cannabis herbe (1 gramme)	7.9 (3.7-12.5)	5 (1-10)	5.75 (2.5-17)	5.38 (1.0-13.3)	5.97 (2-12.5)	6.98 (2.6-25)	7.15 (3-12.5)	7.47 (2.8-12.5)
Héroïne* (1 gramme)	30.7 (12.5-50)	25.5 (9-50)	24.71 (9-50)	26.1 (6.7-60)	24.98 (10-60)	24.58 (5-50)	23.53 (10-50)	24.64 (8-62.5)
Cocaïne (1 gramme)	53.4 (42-64.6)	44.5 (10-75)	50.32 (25-100)	48.04 (20-75)	48.23 (20-100)	49.28 (5-87)	50.86 (10-100)	50.12 (30-100)
Amphétamines (1 gramme)	11.9 (9.4-14.4)	10 (3-20)	9.85 (5-20)	8.53 (3.6-20)	10.52 (3-25)	7.61 (1.5-20)	9.84 (2.8-25)	8.05 (2.5-15)
Ecstasy (1 dose)	6.3 (3.7-13.1)	5.5 (2-13)	4.21 (0.3-20)	3.31 (0.5-10)	4.01 (1-10)	3.62 (1.1-10)	3.80 (1-10)	4.07 (1-10)
LSD (1 dose)	8.7 (7.4-9.9)	10 (7-13)	/	6.5 (2-10)	8.33 (5-10)	8.25 (6.5-10)	10 (10-10)	12 (12-12)
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 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.								

47 On notera que les données des années 2002 et 2004 ne sont pas disponibles.

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 dès lors moins important. 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 50 euros/gramme). L'ecstasy est quant à lui à nouveau le produit le moins cher (4.07 euros/unité) parmi ceux recensés⁴⁸. On notera une tendance à l'augmentation du prix du cannabis ces dernières années, en particulier sur la période 2008-2010. Les prix de l'héroïne et de la cocaïne sont relativement stables depuis quelques années. En revanche, les prix de l'ecstasy et, surtout, des amphétamines sont un peu plus fluctuants.

B) Le prix des drogues en rue

Depuis 2004, Eurotox sollicite ses partenaires pendant environ deux mois afin de récolter directement auprès des usagers des informations sur les prix des drogues «en rue». Plus précisément, il s'agit de récolter des informations relatives aux prix des produits achetés pour usage personnel (et donc non destinés à la revente). Concrètement, les partenaires ont pour consigne d'interroger, à l'aide d'un document standardisé, 10 à 20 % des usagers qu'ils rencontrent dans l'exercice de leurs activités. 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 un comprimé).

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).

En 2011, nous avons compilé les informations fournies par 161 usagers interrogés par 6 partenaires à Bruxelles, 4 dans le Hainaut, 4 dans le Luxembourg, 2 à Liège et 1 à Namur.

Évolution des prix des drogues en rue

Comme on peut le voir dans le Tableau 25, le prix du cannabis (résine et herbe) a fortement augmenté jusqu'en 2008, puis il a légèrement diminué avant de trouver une certaine stabilité ces trois dernières années (environ 8 euros par gramme). L'augmentation constatée jusqu'en 2008 pourrait être liée à la récente diminution de l'offre, due à une diminution de la production au Maroc (UNODC, 2009), à l'intensification des contrôles aux Pays-Bas, et à la présence corollaire de cannabis frelaté sur le

⁴⁸ 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).

marché⁴⁹ (ayant pu entraîner une augmentation du prix du cannabis de «qualité»). En revanche, la hausse du prix du cannabis observée en 2008 ne peut apparemment pas s'expliquer par une augmentation des saisies policières (qui furent particulièrement peu nombreuses en 2008). La diminution puis la stabilisation du prix du cannabis depuis 2009 pourraient 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 constatée en 2008. On devrait toutefois logiquement constater dès 2012 une augmentation du prix du cannabis sur le marché noir belge, en raison de la nouvelle législation en vigueur depuis le 1er mai 2012 aux Pays-Bas, qui restreint désormais l'accès aux coffee-shops hollandais aux seuls résidents du pays (via l'introduction de la fameuse «carte cannabis»). En effet, bon nombre de résidents belges se rendaient régulièrement aux Pays-Bas pour se procurer du cannabis. Cette diminution de la disponibilité du produit pour ceux-ci devrait engendrer une augmentation de la demande au niveau du marché noir, entraînant rapidement une augmentation du prix (qui pourrait ultérieurement être compensée par une augmentation de la production et/ou l'importation illégale sur le territoire belge). Ce changement de loi devrait aussi avoir comme fâcheuse conséquence que les personnes qui ne consommaient jusque-là que du cannabis en l'achetant dans ces points de vente seront désormais en contact avec des dealers qui pourraient leur proposer d'autres produits. En outre, il n'est pas impossible que l'augmentation de la demande engendre à nouveau la mise à disposition de cannabis frelaté.

Le prix de l'héroïne relevé en 2011 est légèrement supérieur à celui observé en 2010. La diminution du prix de ce produit par rapport à la période 2005-2007 est probablement une conséquence de la récente augmentation (depuis 2006 et surtout en 2007-2008) de la production d'opium en Afghanistan (UNODC, 2009).

En ce qui concerne les psychostimulants, le prix de la cocaïne est particulièrement stable depuis 2005 et il est situé aux alentours de 50 euros le gramme. En revanche, le prix des amphétamines est en baisse depuis 2009.

Finalement, après avoir augmenté de 2004 à 2008, le prix du LSD est en diminution progressive. L'évolution de son prix pourrait correspondre directement aux fluctuations de disponibilité. En effet, comme on peut le constater dans le tableau 23, les interpellations pour détention ou vente de LSD sont très rares en Belgique mais ont augmenté en 2010.

Tableau 25 : Évolution des prix des drogues en rue, Eurotox, 2004-2011

	2004	2005	2006-07	2008	2009	2010	2011
Cannabis résine (1 gramme)	5.1 (4-10)	5.5 (2.8-10)	6.8 (1.5-20)	8.7 (0.6-16)	8.2 (1.5-20)	7.7 (2-20)	8 (2-25)
Cannabis herbe (1 gramme)	4.6 (4-5)	5.7 (2-10)	6.3 (2-15)	9.2 (1-20)	8.1 (3-15)	8.2 (3-20)	8.1 (2-25)
Héroïne brune (1 gramme)	22 (14-40)	28.7 (10-50)	33.2 (10-75)	24.6 (10-52)	26.4 (10-50)	23.4 (8-70)	24.5 (6-75)
Cocaïne (1 gramme)	40.8 (30-100)	50.5 (35-125)	48.4 (20-75)	49.9 (25-81)	53 (25-120)	49.7 (20-100)	49.9 (20-100)
Amphétamines (1 gramme)	10 (2.5-10)	7.8 (1-12)	10.9 (5-30)	9.5 (3-20)	11.6 (2-40)	9.6 (2-40)	8.2 (2-25)
Ecstasy (1 dose)	4.9 (2.5-7)	5.2 (3-10)	6.2 (1-20)	6.1 (2-20)	6.2 (1-25)	4.7 (1-15)	5.1 (1-15)
LSD (1 dose)	7.5 (5-10)	8.8 (1.5-17.5)	8.9 (5-15)	10.5 (4-30)	9.5 (1-25)	9.6 (5-30)	8 (2-18)
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).							

49 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 pillé, de la laine de verre ou encore de la farine, du sable, de la maïzena, voire du plomb. Une alerte précoce avait d'ailleurs été lancée en Belgique en mars 2007 afin d'avertir les consommateurs et travailleurs de terrain sur les risques possibles associés à la consommation de cannabis coupé. Toutefois, les conséquences sanitaires de ces produits de coupe ne sont pas encore bien connues, hormis en ce qui concerne les cas (heureusement très rares) d'intoxication au plomb (saturnisme) observés en Allemagne. On ne peut toutefois exclure, pour les autres produits de coupe, le risque de pathologie respiratoire en raison du mode de consommation prédominant du cannabis (l'inhalation).

Comparaisons régionales des prix des drogues en rue

Le tableau 26 présente les prix déclarés en 2011 par province/région⁵⁰. Les prix moyens sont exprimés en euros, avec entre parenthèses les prix les plus bas et les plus hauts mentionnés par les consommateurs. Le «n» correspond au nombre de consommateurs ayant fourni un prix pour les différents produits dans chaque région/province.

Une telle comparaison est utile dans la mesure où les prix pratiqués peuvent varier d'une région à l'autre selon la disponibilité (ou rareté) du produit, selon le degré de concurrence entre dealers (qui est proportionnel à leur nombre sur un territoire donné), mais également en fonction du conditionnement (variation de l'écart entre le poids déclaré et le poids réel des «paksons») et du degré de pureté du produit. Il est toutefois difficile d'identifier la (ou les) cause(s) exacte(s) des différences régionales de prix que nous relatons ici.

Tableau 26 : Prix des drogues en rue par région/province, Eurotox, 2011

	Bruxelles		Liège		Luxembourg		Hainaut		Namur	
	n	Moyenne (Min-Max)	n	Moyenne (Min-Max)	n	Moyenne (Min-Max)	n	Moyenne (Min-Max)	n	Moyenne (Min-Max)
Cannabis résine (1 gramme)	41	7.7	10	10	18	6.8	23	8.5		\
Cannabis herbe (1 gramme)	37	8	10	7	19	7.8	23	8.8	2	9.2
Héroïne brune (1 gramme)	29	24.8	11	29.1	21	23.1	26	23.6	5	23.8
Cocaïne (1 gramme)	42	49.5	11	50	19	54.2	36	48	3	50
Amphétamines (1 gramme)	18	9	10	6	3	11.7	5	8.6	1	2.5
Ecstasy (1 dose)	17	4.3	10	5	8	5.4	8	5.9	2	7.5
LSD (1 dose)	13	8.5	10	7	4	7.5	5	9	1	8

De manière générale, on peut remarquer qu'il ne semble pas y avoir de région où tous les prix pratiqués sont plus élevés ou plus bas que ceux observés dans les autres régions. En d'autres termes, les différences régionales de prix varient en fonction des produits. Ces différences doivent toutefois être interprétées avec prudence en raison de la petitesse de l'échantillon dans certaines provinces, mais également parce que nous ne connaissons pas les causes de ces variations (disponibilité du produit, pureté du produit, etc.).

Qualité habituelle des drogues achetées en rue en 2011

Comme le montre le tableau 27, la qualité habituelle des produits achetés en rue, telle qu'estimée et rapportée par les usagers, est variable selon les produits. Ainsi, la qualité du cannabis (herbe et résine) est généralement bonne et est très rarement considérée comme mauvaise. À l'inverse, la cocaïne ainsi que surtout l'héroïne sont moins fréquemment décrites comme étant de bonne qualité. Finalement, les amphétamines, l'ecstasy et le LSD sont généralement de bonne qualité. Notons que la définition de la notion de «qualité» était laissée à la libre appréciation des usagers. En outre, la qualité n'a pas été précisée systématiquement par les usagers (le pourcentage de réponses variant de 33 % à 68 % selon le produit envisagé). Ces indications sur la qualité des produits doivent donc être considérées avec prudence.

⁵⁰ Nous n'avons malheureusement pas obtenu d'informations sur les prix pratiqués dans les provinces du Luxembourg et du Brabant Wallon.

Tableau 27 : Qualité habituelle des drogues perçue par les usagers, Eurotox, 2011

	Mauvaise	Moyenne	Bonne
Cannabis résine (n=64)	3,1 %	29,7 %	67,2 %
Cannabis herbe (n=60)	5 %	25 %	70 %
Héroïne brune (n=54)	22,2 %	37 %	40,8 %
Cocaïne (n=71)	12,7 %	32,4 %	54,9 %
Amphétamines (n=18)	5,6 %	22,2 %	72,2 %
Ecstasy (n=19)	10,5 %	10,5 %	79 %
LSD (n=12)	0 %	0 %	100 %

Budget hebdomadaire consacré à l'achat de produits en 2011

Nous avons récemment introduit dans l'enquête une question visant à relever le budget hebdomadaire consacré par les usagers à l'achat de produits. En moyenne, les usagers ayant participé à l'enquête 2011 ont déclaré consacrer un budget hebdomadaire «drogues» de 107 euros (min= 5 euros et maximum = 500 euros). Dans le tableau 28, nous présentons la répartition des usagers en fonction de ce budget. On constate que la majorité des usagers (67 %) consacre de manière hebdomadaire moins de 100 euros à l'achat de produits.

Tableau 28 : Budget hebdomadaire des usagers consacré à l'achat de produits, Eurotox, 2011

	n	%
Moins de 50 euros	27	30,7
Entre 50 et 100 euros	32	36,4
Entre 101 et 200 euros	18	20,4
Plus de 200 euros	11	12,5
Nombre de non-réponses :	73	

Perspectives et limites

Notre objectif serait de pouvoir, à terme, mettre en relation les fluctuations du prix des drogues avec 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'utilisateur ?). Nous serions ainsi en mesure 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=161 en 2011). 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 d'un petit nombre de 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 estimé approximativement et rapporté par les usagers. Le poids de vente ne correspond donc pas forcément au poids réel, les dealers ayant un intérêt économique à surestimer le poids des

produits qu'ils vendent⁵¹. Deuxièmement, nous demandons aux usagers de fournir des prix «de mémoire» (prix habituel, prix minimum et prix maximum rencontré sur l'année). Afin, de réduire l'imprécision liée à cette composante «mnésique» des estimations, nous avons introduit dans l'enquête depuis 2010 une variable supplémentaire afin de connaître, pour chaque produit, le prix pratiqué lors du dernier achat du produit. Malheureusement, ce prix ne nous a été communiqué que dans 50 % des cas, ce qui rend cette variable difficilement exploitable au niveau statistique. De manière générale, il apparaît toutefois que le prix du dernier achat est assez semblable au prix habituel.

3. Nous ne disposons d'aucune information directe sur la qualité des produits dont nous parlent les consommateurs. Il paraît pourtant évident que les prix varient en grande partie en fonction de la pureté du produit. Par exemple, un gramme de cocaïne pure à 40 % n'est certainement pas vendu au même prix qu'un gramme de cocaïne pure à 10 %. Afin de pallier cette lacune, nous avons donc introduit depuis 2010 une variable supplémentaire afin d'obtenir des informations subjectives sur la qualité des produits achetés, en demandant aux usagers de fournir, pour chaque produit, une appréciation de sa qualité habituelle : très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise. En 2011, cette information a été rapportée variablement selon les produits envisagés (de 36 % à 70 % des cas, selon les produits).
4. Dans le même ordre d'idée, alors que le protocole de récolte que nous utilisions jusqu'en 2009 ne nous permettait pas de déterminer si les prix rapportés correspondent à l'achat de petites, moyennes ou grandes quantités, nous avons introduit depuis 2010 une variable supplémentaire afin d'obtenir des précisions sur les quantités généralement achetées par l'usager. Ce point est évidemment important, dans la mesure où le prix des produits varie généralement de manière inversement proportionnelle à la quantité achetée. L'introduction de cette variable nous a permis d'éliminer des analyses plusieurs mentions de prix de produits probablement achetés pour la revente. En 2011, cette information a été rapportée variablement selon les produits envisagés (de 33 % à 68 % des cas, selon les produits).

De manière générale, un effort devrait être entrepris au niveau des récoltes ultérieures afin que ces variables complémentaires soient plus systématiquement rapportées par les usagers. Ainsi nous disposerions d'un échantillon plus homogène et serions mieux en mesure de tenir compte des différentes variables susceptibles d'impacter les prix rapportés.

51 Dans ce contexte, les données issues des saisies effectuées par la Police Fédérale paraissent complémentaires à la récolte effectuée par Eurotox, dans la mesure où les prix récoltés par la police sont directement mentionnés par les contrevenants. Il convient toutefois de mentionner que la Police Fédérale met «dans le même panier» des chiffres d'origines sensiblement différentes (par exemple, issus de l'interpellation d'un petit dealer de quartier, d'un «grossiste» ou d'un simple consommateur) sans qu'il y ait pondération des prix mentionnés.

3 DONNÉES INDICATIVES SUR L'USAGE DE DROGUES DANS DES GROUPES SPÉCIFIQUES

Comme nous avons pu le voir dans le chapitre 2, les enquêtes de prévalence sur l'usage de drogues dans la population générale sont rares, et elles sont quasi inexistantes dans des groupes spécifiques (hormis dans la population scolaire). 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 la situation de 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 études scientifiques, en raison 1) de l'absence de méthodes d'échantillonnage, 2) de modes de récolte des données peu ou pas standardisés, et 3) d'outils de récolte non validés. Pour ces raisons, les résultats de ce type d'enquête doivent être interprétés avec prudence. En revanche, et c'est tout leur intérêt, elles peuvent être considérées 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 validées 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, en rue, en prison. Nous fournissons également en fin de chapitre des données relatives à l'accessibilité du matériel stérile d'injection, et en début de chapitre, les données relatives aux contacts enregistrés par Infor-Drogues.

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.

Depuis 2005, Infor-Drogues a mis en place un service «d'e-permanence». Celui-ci permet aux utilisateurs de poser des questions, de manière tout à fait anonyme (pas même un e-mail n'est demandé ou répertorié), 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.

L'ensemble du dispositif fonctionne avec 6 ETP (Équivalent Temps Plein) pour tenir la permanence, l'alimenter par des recherches et des réflexions, collecter les documents demandés par les appelants et les leur transmettre le cas échéant, recevoir les personnes lorsque cela s'avère nécessaire, répondre aux e-mails et assurer l'e-permanence. Ces moyens permettent d'assurer une permanence téléphonique d'une ligne, mais pas plus. Cette ligne ne peut donc être comparée à un «call center».

En ce qui concerne l'**e-permanence**, un total de 228 courriels ont été reçus au cours de l'année 2011. Ces courriels sont le fait de 145 personnes (lesquelles peuvent bien sûr être l'auteur de plusieurs demandes). Toutes les demandes adressées en 2011 ont été traitées dans le délai de 72 heures annoncé.

Un des objectifs de l'e-permanence était de rencontrer un public un peu différent de celui qui parvient à Infor-Drogues par les autres canaux. Cet objectif fut réalisé dans les premières années d'activité, en tout cas jusque 2009. Il montre cependant un infléchissement. Le public s'adressant à l'e-permanence ressemble de plus en plus à celui qui s'adresse à la ligne téléphonique : la «pyramide des âges» de ces

deux services est de plus en plus comparable. Ainsi, seuls 54,4 % des courriels émanaient de personnes âgées de 35 ans ou moins, et seulement 26,3 % de personnes de 25 ans ou moins, alors que ce dispositif visait à toucher une population plus jeune. De plus, le nombre de demandes multiples (plus qu'une fois) est également en baisse. Les 6 premiers produits évoqués le sont quant à eux dans le même ordre qu'à la permanence téléphonique (voir plus bas).

Parmi les produits évoqués, le cannabis reste une fois encore le premier produit (42,1 % des courriels en 2011), suivi par la cocaïne/crack (15,4 %).

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. 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.

En 2011, il y a eu 2.945 évoqueries de produits lors des contacts téléphoniques, ce qui est inférieur à ce que l'on observait en 2010 d'environ 15 %. Le tableau 29 détaille les différents produits évoqués lors de contacts pour la période comprise entre 2006 et 2011.

Tableau 29 : Produits évoqués lors des contacts avec Infor-Drogues, 2006-2011

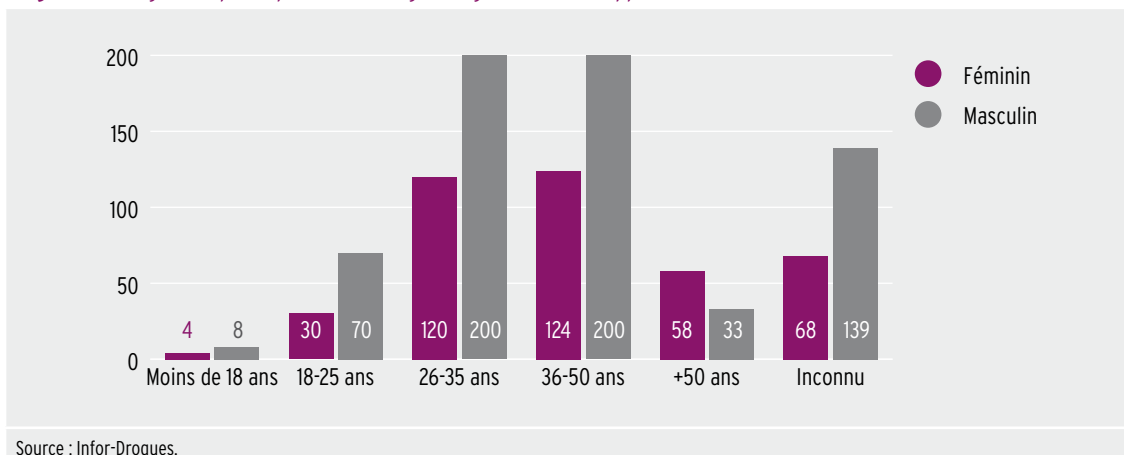
Produits	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cannabis	1.438	1.353	1.205	1.110	1.196	1.090
Cocaïne	742	737	665	606	528	544
Alcool	474	480	422	526	548	374
Héroïne	347	300	323	351	323	252
Médicaments	270	236	199	202	286	235
Méthadone	226	196	185	178	193	154
X.T.C.	190	139	6	61	37	77
Crack	179	226	166	97	74	54
Tabac	133	89	63	52	87	48
Amphétamines	112	93	73	77	99	45
L.S.D.	49	44	30	38	22	33
Solvants	25	32	67	23	20	23
Autres	55	30	63	60	55	16
Total	4.240	3.955	3.460	3.381	3.468	2.945

Source : Infor-Drogues

Sans surprise, le cannabis vient en tête des évocations, suivi par cocaïne et alcool, quand même respectivement environ 2 et 3 fois moins cités. Peu ou pas de changement dans les proportions et les ordres d'importance tenus par ces différentes évocations depuis 5 ans.

Pour ce qui est de l'âge et du sexe des appelants, ceux-ci sont essentiellement masculins. L'utilisateur moyen prenant contact avec Infor-Drogues est un homme dont l'âge oscille entre 26 et 50 ans. Les femmes se font plus rares, et ce de manière persistante depuis plusieurs années. Seule exception : la catégorie des + de 50 ans, où les femmes sont majoritaires.

Figure 35 : Ligne téléphonique d'Infor-Drogues. Âge et sexe des appelants, 2011



Quel est le type de public qui contacte Infor-Drogues ?

Trois types de public sont détaillés par Infor-Drogues : les usagers, l'entourage, et les professionnels. 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, à l'entourage familial, à l'entourage «autre», ou au conjoint. 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, des pouvoirs publics, des journalistes et la catégorie «autre».

Voici une présentation des chiffres reflétant les contacts enregistrés par Infor-Drogues de 2009 à 2011. Ils sont extraits du rapport d'activités annuel d'Infor-Drogues. Nous avons toutefois choisi d'en écarter trois valeurs⁵², afin qu'elles ne biaisent pas le total des contacts d'usagers : il s'agit d'un chiffre de 600 contacts provenant d'un usager unique en 2010, d'un chiffre de 891 contacts du fait du même usager en 2011, et d'un troisième chiffre de 291 contacts provenant d'un autre usager isolé en 2011. Infor-Drogues indique d'ailleurs bien dans ses statistiques que ces deux chiffres biaisent très certainement les totaux si on en tient compte dans les calculs. Notons que malheureusement, un certain biais persiste probablement dans les résultats ainsi «nettoyés», puisque, en raison de l'absence d'une seconde ligne téléphonique à Infor-Drogues, les multiples appels de ces deux usagers isolés n'ont sans doute pas manqué d'empêcher certains autres usagers de contacter la ligne à plus d'un moment.

Tableau 30 : Catégories de public qui contactent Infor-Drogues, 2009-2011

	2009	2010	2011	Variation en % entre 2010 et 2011
Usagers	963	1146	1044	-0,9 %
Entourage	1.571	1.609	1.423	- 11 %
Professionnels	415	377	294	- 22 %

Source : Infor-Drogues

52 Dites valeurs «aberrantes». Ces valeurs sont écartées également de la figure précédente.

3.2 L'USAGE DE DROGUES EN MILIEU FESTIF

Des données relatives à l'usage de drogues en milieu festif sont récoltées annuellement en FWB à l'aide d'un questionnaire⁵³ servant de prise de contact avec le public cible (constitué principalement des consommateurs, mais également des proches ou autres personnes en demande d'information) lors d'actions de réduction des risques en milieu festif coordonnées par l'asbl Modus Vivendi dans le cadre du projet Drogues Risquer Moins. Ces données ne sont donc pas représentatives de l'ensemble des milieux festifs, puisque les questionnaires sont remplis uniquement par des personnes qui ont été en contact avec un stand de réduction des risques présent lors de l'événement sans qu'il y ait donc d'échantillonnage aléatoire du public festif.

En 2011, 2778 questionnaires ont été récoltés par une trentaine d'associations (ex. : Accueil Drogues, Modus Vivendi, Service de prévention de la ville de Mons, etc.) lors de 49 événements répartis tout au long de l'année.

Année de collecte des données	2004 à 2011
Objet primaire	Information et réduction des risques en milieu festif
Population cible	Usagers de drogues en milieu festif
Couverture	En 2011, 49 événements
Répartition des sexes	En 2011 : 45.8 % hommes, 37.7 % femmes, 16.5 % inconnu
Nationalité	En 2011, 72.8 % belges, 20.2 % français, 0.7 % autres, 6.3 % inconnu
Instrument d'investigation	Questionnaire auto-administré ou administré en face à face

Les proportions de consommation rapportées au cours de l'évènement

On peut noter dans le tableau suivant qu'en 2011, les hommes restent majoritaires dans l'échantillon des personnes qui ont rempli ce questionnaire, quoique l'on constate une augmentation progressive de la proportion de femmes au cours de ces dernières années. Ce tableau fournit également des indications sur l'évolution, année après année, de la consommation rapportée au cours de l'événement parmi les personnes interrogées⁵⁴.

53 Le questionnaire comprend également différents items permettant d'identifier : a) certains comportements à risques (recours à l'injection, partage de seringues, utilisation d'un véhicule lors du retour, etc.) ; b) une série de problèmes pouvant être liés à l'usage de drogue (problème relationnel ou sexuel, etc.) ; et c) certaines attitudes chez ces usagers de drogues (recours au test HIV). Il est proposé tout au long de l'événement aux personnes qui rentrent en contact avec le stand de réduction des risques.

54 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'évènement). Or, il est possible que certaines personnes aient rempli le questionnaire avant d'initier une consommation en soirée. 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'évènement. Enfin, il faut noter que l'ordre d'importance de consommation des produits en milieu festif ne correspond pas forcément à l'ordre de leur consommation.

Tableau 31 : Pourcentages d'usage au cours de l'événement chez les personnes rencontrées en milieu festif, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2004-2011

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Événements couverts (n)	51	50	84	63	75	66	57	49
Personnes rencontrées (n)	1354	1950	2402	2618	3917	2969	2111	2778
Ratio hommes/femmes	1.7	1.70	1.63	1.4	1.41	1.53	1.48	1.21
Moyenne d'âge (min-max)	22.4 (13-77)	21.1 (11-61)	21.9 (10-88)	21.4 (10-65)	21.7 (9-78)	22.6 (11-71)	21.8 (11-56)	22.4 (12-60)
Produits consommés au cours de l'événement (%)								
Alcool	57.5	59.8	63.8	59.9	66.0	60.8	57.1	59.6
Tabac	38.0	38.4	38.9	33.9	39.5	34.9	34.2	32.6
Cannabis	27.4	29.7	27.9	24.2	32.4	24.8	24.6	22.3
Amphétamines - speed	11.2	10.5	10.4	9.2	8.3	8.3	11	7.6
Ecstasy	12.6	11.1	9.0	6.5	7.2	4.3	5.8	4.9
Cocaïne	4.1	4.6	3.7	3.5	4.9	4.7	5.9	3.5
Champignons hallucinogènes	2.5	3.8	3.0	3.1	3.7	2.7	3.9	2.6
Benzodiazépines	3.0	3.2	2.1	3.1	3.0	3.5	3	2.8
LSD	1.2	2.5	1.7	1.7	2.2	2.1	3.1	2.7
Héroïne	0.7	1.2	0.7	1.4	1.1	1.3	1.6	1.3
Crack	0.9	1.0	1.2	1.1	1.2	1.5	1.6	1.2
GHB	0.9	1.6	1.2	1.1	1.0	1.2	1.8	1.4
Kétamine	0.4	0.8	0.6	1.0	1.1	1.2	2.4	1.7
Colles - solvants	0.5	1.1	0.7	0.8	0.9	1.2	1.4	1.0

Source : Modus-Vivendi

On peut remarquer que l'alcool et le tabac semblent être les produits les plus consommés par les personnes interrogées (59,6 % et 32,6 % respectivement en 2011), suivi de près par le cannabis (22,3 % en 2011), puis, dans une moindre mesure, les amphétamines/speed (7,6 % en 2008), l'ecstasy (4,9 % en 2011) et la cocaïne (3,5 % en 2011). Les autres produits sont consommés de manière encore plus marginale.

Même si l'ordre d'importance de consommation des produits est globalement identique d'année en année, on observe certaines variations au cours du temps (augmentation, diminution ou encore fluctuation en dents de scie). Ces tendances sont difficiles à interpréter parce que différentes variables non contrôlées sont susceptibles de les expliquer (variation annuelle dans la sélection des événements, absence d'échantillonnage au sein de la population rencontrée lors des événements, etc.). En outre, ces variations de consommation ne renseignent pas sur les quantités consommées mais uniquement sur le nombre de personnes ayant consommé ces produits au cours de l'événement, et ce, quelle qu'en fut la quantité. Enfin, nous n'avons aucune information sur la fréquence de consommation (en milieu festif et en dehors) chez les personnes ayant rapporté un usage au cours de l'événement durant lequel ils ont été interrogés.

Type de consommation et polyconsommation au cours de l'évènement

Comme on peut le constater dans le tableau 32, certains indicateurs de consommation (consommation d'au moins un produit hors tabac, consommation d'au moins un produit hors tabac et alcool, consommation d'au moins un produit illégal) ont été en diminution jusqu'en 2007. Ils ont ensuite accusé une augmentation en 2008 pour ensuite à nouveau progressivement diminuer. Les autres indicateurs subissent des fluctuations en dents de scie.

Tableau 32 : Type de produits consommés et polyconsommation en milieu festif, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2004-2011

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Personnes rencontrées (n)	1354	1951	2401	2618	3917	2969	2111	2778
Au moins un produit hors tabac (%)	66	66.4	68.5	66.2	71.4	66.6	63.8	65.3
Au moins un produit hors tabac et alcool (%)	37.8	38.3	34.9	32.0	39.2	32.3	33.3	29.3
Au moins un produit illégal* (%)	37.1	37.3	34	30.7	37.9	30.6	32.4	28
Au moins un produit illégal hors cannabis (%)	21.7	19.4	17.2	16.0	16.5	14.2	17.4	13
Consommateurs de stimulants** (%)	19.9	17.3	14.7	13.6	14	12.2	15.1	11.1
Consommateurs d'hallucinogènes*** (%)	3.3	5.2	4.7	4.5	5.6	4.3	6.6	4.8
Consommation d'un produit (alcool compris, hors tabac)	33.6	31.7	36.6	37.7	35.5	37.8	33.8	39.1
Consommation de deux produits (alcool compris, hors tabac)	17.9	20.4	18.7	16.9	23	18.7	17.3	17.0
Consommation de trois produits ou plus (alcool compris, hors tabac)	14.6	14.3	13.2	11.6	12.9	10.1	12.6	9.2
Moyenne des produits consommés (hors tabac) chez les consommateurs d'au moins un produit hors tabac	1.86	1.98	1.81	1.77	1.86	1.77	1.94	1.73
* Produits illégaux : tous les produits sauf alcool, tabac, benzodiazépines, colles/solvants.								
** Consommation d'au moins un des produits suivants : cocaïne, ecstasy, speed/amphétamine.								
*** Consommation d'au moins un des produits suivants : LSD, champignons hallucinogènes, kétamine.								
Source : Modus-Vivendi								

Dans le tableau suivant, on peut remarquer que le pourcentage de participants ayant rapporté au moins un problème en relation avec l'usage de drogues est en diminution constante et progressive depuis 2004. Les pourcentages obtenus pour les différents problèmes investigués sont pour la plupart également en baisse depuis plusieurs années, lorsqu'ils sont estimés sur l'ensemble des personnes ayant consommé au moins une fois un produit autre que le tabac.

Tableau 33 : Répartition (en %) et profilage démographique des personnes présentant des problèmes en lien avec l'usage de drogues, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2004-2011

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Au moins un problème (%)	53.5	51,2	49,5	44,7	44,5	43,7	43,4	36.8
Sexe (%)*								
Féminin	29.8	29.1	28.2	31.2	30.6	28.1	27.4	28.2
Masculin	58.0	57.6	55.3	52.5	54.9	55.1	53.3	54.7
Inconnu	12.2	13.3	16.4	16.4	14.5	16.8	19.3	17.1
Âge (%)*								
Moins de 18 ans	10.5	16.4	15.2	16.6	14.9	11.1	12.8	14.5
Entre 18 et 20 ans	28.9	31.3	28.6	31.0	29.0	27.5	25.7	25.9
Entre 21 et 25 ans	35.2	34.3	31.9	31.2	31.6	33.2	36.6	27.8
Plus de 25 ans	20.7	14.3	19.1	17.0	19.4	22.9	19.6	26.0
Inconnu	4.8	3.7	5.1	4.3	5.2	5.3	5.3	5.8
Problèmes rencontrés (%**)								
Physiques	27.3	23.4	25.6	20.2	20.3	18,4	17,7	15.4
Relationnels	27.4	25.4	24.3	18.2	18.5	19.0	17.6	15.7
Psychologiques	23.8	20.4	19.9	16.6	15.5	15.4	15.4	12.6
Judiciaires	17.9	14.3	13.8	12.2	11.6	12.5	12.4	10.1
Économiques	14	14.9	12.3	11.3	8.6	9.7	10.1	8.1
Sexuels	13.5	12.1	11.9	10.5	8.3	10.3	9,9	7.8
Au travail/ à l'école	20.3	19.6	17.4	14	9.5	14.0	12.8	10.5
Autres	0	0	0	1,0	3.4	1.4	0.9	0.5
* Répartition des sexes et des âges parmi les participants ayant rapporté la présence d'au moins un problème. Les non-réponses n'ont pas été prises en compte dans le calcul des pourcentages.								
** Ces pourcentages ont été calculés sur l'ensemble des personnes ayant mentionné avoir consommé au moins une fois un produit autre que le tabac au cours de leur vie (2605 en 2011).								
Source : Modus-Vivendi								

En 2011, plus de la moitié des personnes ayant mentionné avoir connu au moins un problème en relation avec leur consommation sont des hommes. Le sexe ratio est relativement stable dans le temps mais est nettement plus marqué que celui observé au niveau de l'ensemble des personnes interrogées. Il semble donc que les hommes mentionnent plus fréquemment que les femmes avoir connu des problèmes en relation avec leur consommation. La tranche d'âge des 21-25 ans est celle pour laquelle on observe le plus de personnes mentionnant au moins un problème en lien avec la consommation, et ce quelle que soit l'année envisagée. Toutefois, il s'agit également d'une des tranches d'âge les plus représentées sur l'ensemble de l'échantillon de l'étude. Lorsque l'on tient compte de ce dernier biais (par le calcul de ratios), on remarque que les tranches des plus de 25 ans et des 21-25 ans sont les plus touchées par la survenue de problèmes liés à la consommation (suivie de la tranche des 18-20 ans).

En 2011, ainsi que pour les périodes précédentes, les problèmes les plus fréquemment rapportés sont les problèmes physiques, les problèmes relationnels et les problèmes psychologiques.

Modes de consommation : sniff et injection

Un peu moins d'un tiers des personnes interrogées en 2011 ont déjà eu recours au sniff au moins une fois dans leur vie pour consommer un produit, et 8,8 % y ont eu recours durant l'événement où ils ont été interrogés. En ce qui concerne l'injection, celle-ci est nettement moins répandue : environ 4 % des personnes interrogées y ont déjà eu recours au moins une fois dans leur vie, et moins de 1 % au cours de l'événement.

Tableau 34 : Recours au sniff et à l'injection chez les personnes interrogées en milieu festif, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2004-2011

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Personnes rencontrées (n)	1354	1950	2402	2618	3917	2969	2111	2778
Sniff au cours de la vie	/	/	/	30.4	33.2	34.3	34.9	31.6
Sniff au cours du dernier mois	/	/	/	16.1	15.5	16.2	18.9	13.9
Sniff au cours de l'événement	/	/	/	9.9	9.7	10.0	12.7	8.8
Injection au cours de la vie	3	2,8	2,9	3.2	3.3	3.8	4.8	4.4
Injection au cours du dernier mois	1,7	1,8	1,7	1.3	1.1	1.7	2.4	1.7
Injection au cours de l'événement	/	/	/	0.7	0.6	1.1	1.2	0.9

Source : Modus-Vivendi

Intention de retour après l'événement

En 2011, 18.4 % des personnes rencontrées ayant consommé au moins une substance (hors tabac) avaient l'intention de conduire un véhicule après l'événement et 13,8 % avaient l'intention de rentrer en voiture en tant que passager. Nous ne connaissons toutefois pas la proportion de personnes qui projetaient de monter dans une voiture dont le conducteur avait consommé une ou plusieurs substances psychoactives.

Toujours en 2011, plus de la moitié des répondants consommateurs ayant projeté de conduire une voiture après l'événement sont des hommes (53 %), et un quart sont des femmes (30.8 % ; 16.2 % de non réponses). On retrouve une différence de genre un peu moins marquée au sein des répondants ayant mentionné ne pas avoir consommé de substance lors de l'événement et ayant projeté de conduire une voiture (46.2 % d'hommes, 36.5 % de femmes, 17.3 % de non réponses). Si on utilise ces derniers chiffres comme ligne de base afin de prendre en compte le fait que les hommes sont plus fréquemment conducteurs que les femmes en sortie, il semblerait donc que les hommes soient plus enclins que les femmes à prendre le risque de conduire une voiture lorsqu'ils ont consommé un produit psychoactif lors d'un événement festif.

Tableau 35 : Répartition (en %) du mode de retour après l'événement des personnes rencontrées en milieu festif ayant consommé un produit (hors tabac), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2004-2011

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Personnes rencontrées (n)	1354	1950	2402	2618	3917	2969	2111	2778
UD* hors tabac	894	1294	1647	1733	2798	1978	1346	1814
Retour à domicile (%)								
Passager	32.6	38.7	29.3	28.2	23.6	21.3	19.8	13.8
Parent(s)	3.1	7.3	8.0	10.5	10.2	9.4	7.0	9.3
Autre (auto-stop, etc.)	2.6	0.9	2.2	1.2	1.3	1.4	1.3	2.4
Conduite d'un véhicule	20.5	22.2	21.9	18.6	15.5	19.6	19.2	18.4
À pied ou à vélo	12.1	7.0	9.8	12.1	7.6	8.6	9.6	7.5
Transports en commun	11.1	9.4	13.3	10.6	14.1	12.4	13.1	10.4
Dors sur place	0.7	3.1	1.9	5.9	17.3	11	11.4	12.4
Ne sais pas	0.1	0.5	1.2	3.3	3.1	8.2	13.4	17.5
Non réponses	17.3	11	12.5	9.6	7.3	8.1	5.3	8.3

* Usager de drogues légales et/ou illégales

Source : Modus Vivendi

3.3 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 sur le SIDA, les hépatites ainsi que 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 opérations de prévention classiques.

Les données qui vont être présentées ont été récoltées de 2009⁵⁵ à 2011 sous la coordination de l'asbl Modus Vivendi lors de différentes opérations Boule de Neige menées en rue. Les opérations menées en 2011 n'ont permis de récolter que 140 questionnaires lors de deux opérations réalisées à Liège et à Charleroi, en raison d'un manque de disponibilité des partenaires, lié d'une part à des restructurations internes et d'autre part à un plus grand investissement au niveau des opérations BdN en prison.

Année de collecte des données	2009 à 2011
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 2011, 2 opérations en FWB
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.	

Les proportions de consommation du public de rue

En 2011, les produits les plus consommés par les usagers de drogues rencontrés en rue⁵⁶ sont, par ordre d'importance, la cocaïne (85.5 %), l'alcool (82.4 %), l'héroïne ou dérivés (81.7 %), la méthadone illégale (52.7), le cannabis (50.4 %) et enfin les médicaments non prescrits (41.2 %). On constate parmi les usagers interrogés sur la période 2009-2011 une augmentation progressive de la consommation d'héroïne et de cocaïne, ainsi que des produits de substitutions illégalement obtenus. On notera également que le phénomène de polyconsommation est particulièrement marqué chez ces usagers, et qu'il semble également être en augmentation.

55 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 notre précédent rapport.

56 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.

Tableau 36 : Usage des produits au cours du dernier mois chez les personnes rencontrées en rue, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2011

Année	2009	2010	2011
Personnes rencontrées (n)	457	597	140
UD* (%)	95.6	100	93.6
Moyenne d'âge des UD	32.7	34.1	34.7
Produits consommés par les UD (%)			
Cannabis	85.5	40.5	50.4
Alcool	83.7	70.9	82.4
Héroïne, opium ou dérivé	71.1	76.2	81.7
Cocaïne	68.8	72.1	85.5
Médicaments non prescrits	29.6	27.2	41.2
Méthadone illégale	32.6	38.4	52.7
Ecstasy/MDMA	21.4	11.6	11.5
Speed/Amphétamines	17.2	10.6	14.5
LSD	7.7	6.5	6.9
Champignons hallucinogènes	9.1	8.7	11.5
Kétamines	2.1	2.1	0
GHB	0.7	1.0	0.8
Solvant	4.7	2.1	2.3
Subutex illégal	7.9	8.7	13.7
Consommation d'un produit (alcool compris)	14.5	10.1	3,8
Consommation de deux produits (alcool compris)	18.2	23.4	11.5
Consommation de trois produits ou + (alcool compris)	67.4	66.5	84.7
Moyenne des produits consommés	3,6	3.8	4.6
* UD : usagers d'au moins un produit (hors alcool) au cours du dernier mois.			
Source : Modus Vivendi			

Les usagers de drogues par injection (UDI) rencontrés en rue

La proportion d'UDI rencontrée lors des opérations Bdn est en augmentation depuis 2009, ce qui pourrait correspondre à une amélioration du ciblage du public cible prioritaire. En 2011, près de la moitié du public de rue interrogé a déclaré avoir consommé par injection au moins une fois au cours du dernier mois. Les proportions d'usagers ayant consommé au moins une fois par injection au cours de la vie sont en revanche plus importantes (72.1 % en 2011). En 2011, la majorité des UDI rencontrés sont de sexe masculin (66.7 %), ont plus de 30 ans (71.4 %) et sont de nationalité belge (61.9 %). Ce profil des UDI interrogés est relativement stable sur la période 2009-2011⁵⁷.

57 La diminution du pourcentage d'UDI de nationalité belge observée en 2010 pourrait en partie s'expliquer par un taux important de non-réponses cette année-là à la question portant sur la nationalité des répondants.

Tableau 37 : Profil démographique des UDI rencontrés en rue, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2011

Année	2009	2010	2011
Personnes rencontrées (n)	457	597	140
UDI* (%)	26.0	32.8	45.0
UDI vie** (%)	45.3	53.3	72.1
UDI/UD***	0.27	0.37	0.48
Sexe des UDI (%)			
Hommes (%)	68.1	70.4	66.7
Femmes (%)	28.6	22.4	33.3
Inconnu (%)	3.4	7.1	0.0
Classe d'âge des UDI (%)			
Moins de 18 ans (%)	0.0	3.1	1.6
18 - 24 ans (%)	8.4	7.7	12.7
25 - 29 ans (%)	23.5	18.4	14.3
30 ans et plus (%)	64.5	64.8	71.4
Moyenne d'âge des UDI	34.0	35.0	34.4
UDI de nationalité belge	73.1	57.1	61.9
* 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

On peut remarquer dans le tableau 38 que les comportements à risque restent encore fréquents parmi les UDI rencontrés en rue. Une grande majorité des UDI rencontrés en 2011 (85.7 %) déclarent connaître au moins un comptoir d'échange de seringues. Notons aussi que nous n'observons pas de différence de sexe au niveau de ces comportements à risque, et que nous n'avons pas d'information sur la fréquence de ces prises de risque.

Tableau 38 : Comportements à risque au cours des 6 derniers mois, connaissance et fréquentation des comptoirs d'échange de seringues chez les UDI rencontrés en rue, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2011

Année	2009	2010	2011
UDI (n)	119	196	63
Comportements à risques (%)			
Utilisation d'une seringue usagée d'une autre personne	0.0	13.8	19
Utilisation d'une seringue trouvée en rue	0.0	1.5	1.6
Utilisation de matériel usagé d'une autre personne	12.6	23.5	31.7
Prêt d'une seringue usagée à une autre personne	16.8	24	17.5
Prêt de matériel usagé à une autre personne	26.1	35.2	34.9
Connaissance des comptoirs (%)	69.7	75.5	85.7
Source : Modus Vivendi			

3.4 DONNÉES ISSUES DU DISPOSITIF D'ACCESSIBILITÉ AU MATÉRIEL D'INJECTION

Année de collecte des données	1994 à 2011
Objet primaire	Distribution et récupération de seringues et de matériel d'injection
Population cible	Usagers de drogues (tous ne sont pas issus de la rue, certains usagers fréquentant les comptoirs étant socialement intégrés)
Couverture	Fédération Wallonie-Bruxelles*
Instrument d'investigation	Inventaire des seringues et du matériel connexe distribués et récupérés
* La couverture diffère d'une année à l'autre : nous sommes par exemple passés de 13 institutions en 2006 à 15 institutions en 2011, 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 souillé 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 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 stérile⁵⁸, 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. Dans certains comptoirs, un(e) infirmier(e) est disponible afin de dispenser des soins de base et de sensibiliser les usagers à une méthode d'injection moins dommageable pour la santé. 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

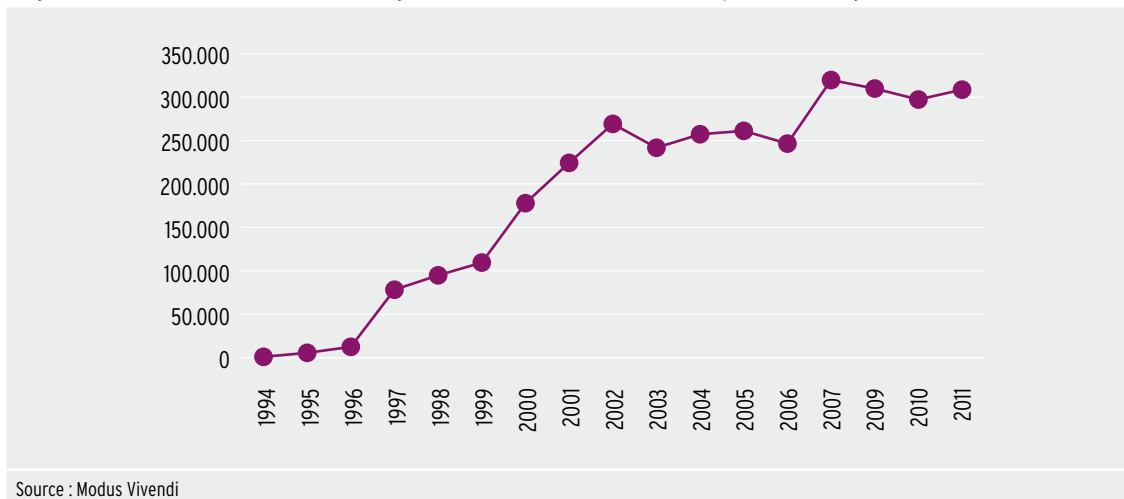
L'accès au matériel d'injection fut longtemps limité au seul achat en pharmacie. L'échange de seringues (via des comptoirs fixes ou mobiles) ne s'est développé qu'il y a une quinzaine d'années, dans un premier temps en région liégeoise et, dans une moindre mesure, à Bruxelles. En 2001, il s'est étendu 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. L'accessibilité au matériel d'injection reste toutefois plus limitée dans les provinces du Brabant wallon et du Luxembourg.

On peut voir sur la figure 36 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 nouvelle

58 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®).

augmentation en 2007. Le nombre de seringues distribuées en 2011 a progressivement diminué de près de 11.000 unités par rapport à 2007. À noter que nous ne disposons pas de données pour l'année 2008.

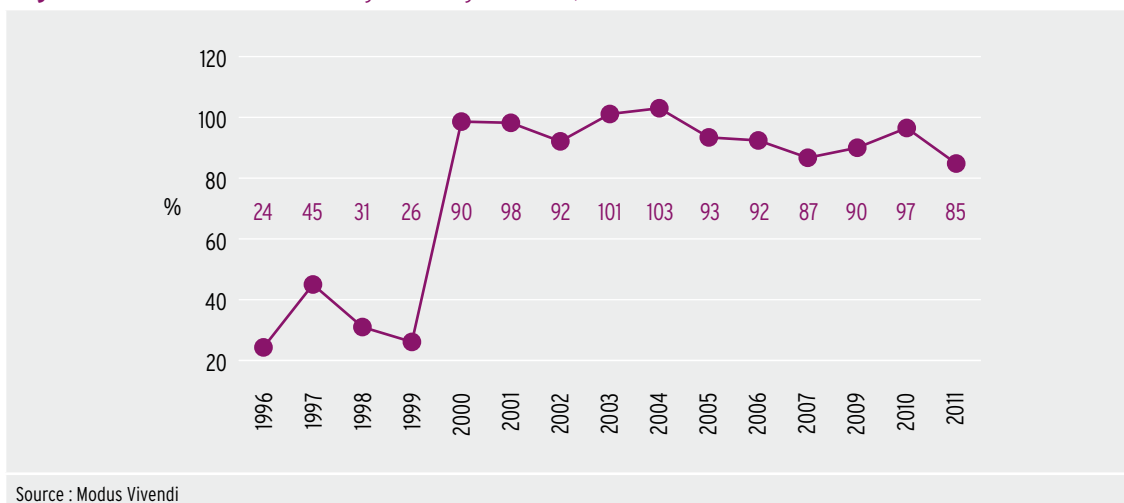
Figure 36 : Évolution du nombre de seringues distribuées aux UDI via les comptoirs d'échange de la FWB, 1994-2011



L'échange de seringues via les comptoirs

Les usagers sont vivement encouragés (et parfois obligés) 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 et le nombre de seringues récupérées par les différentes antennes du dispositif, il est possible d'estimer le taux d'échange de seringues. En fait, 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 %⁵⁹ en 2004 et de 84,7 % en 2011.

Figure 37 : Évolution du taux d'échange de seringues en FWB, 1996-2011



⁵⁹ 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.

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. 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 s'est concrétisé dès 1995.

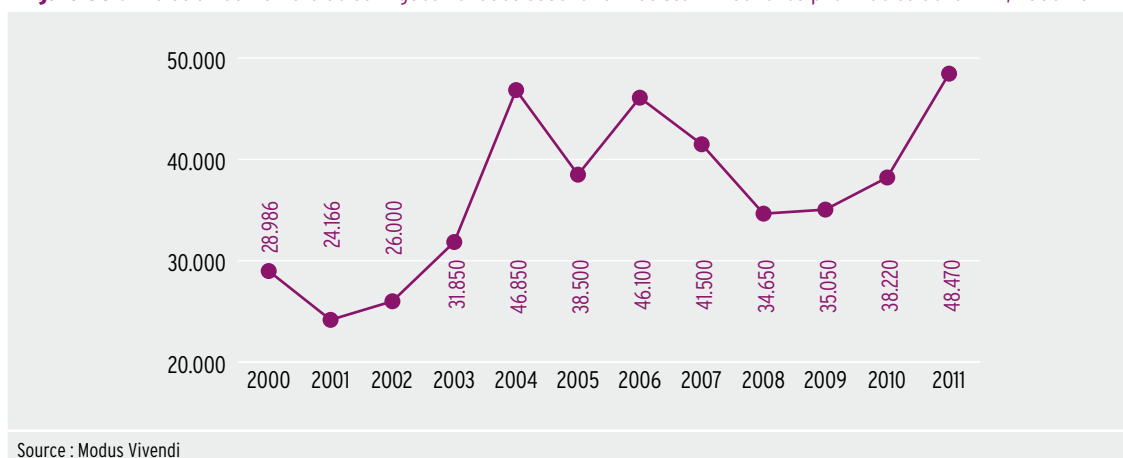
Le Stérifix est une pochette stérile d'injection contenant deux seringues, deux tampons alcoolisés, deux flapules d'eau stérile injectable, ainsi que des conseils sanitaires et des adresses utiles au plan local (par exemple, les adresses des emplacements des RESU et des comptoirs d'échange)⁶⁰. Les pochettes sont majoritairement conditionnées par Modus Vivendi (coordinateur du projet), puis distribuées gratuitement aux pharmaciens via les distributeurs-répartiteurs. Les pharmaciens sont invités à y ajouter deux seringues et à vendre la pochette au prix de 0,50 euros.

Le Stérifix est principalement accessible dans certaines pharmacies des villes de Bruxelles, Liège, Namur, Charleroi, Chimay, Ciney ou encore Couvin. Nous ne disposons pas actuellement du répertoire des pharmacies qui la diffusent. Une enquête réalisée auprès d'une centaine de pharmacies de la province de Namur indique, à titre indicatif, que la moitié connaît l'existence de la pochette et que 13 % la vendait au moment de l'enquête (voir Frère, Collin et Hogge, 2010). Bien entendu, la participation des pharmacies à ce dispositif 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, ils ne sont pas tous disposés à les déconditionner pour les vendre à l'unité et préfèrent souvent les vendre par paquet de 10, ce qui ne correspond pas forcément aux besoins et attentes des usagers. Ainsi, selon cette même enquête, seulement un tiers des pharmacies interrogées en Province de Namur acceptent de les vendre à l'unité.

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 opérations favorisent également la concertation et l'échange d'informations entre les intervenants impliqués (usagers, professionnels du terrain, pharmaciens, etc.).

En 2011, 24.235 pochettes ont été confectionnées et envoyées aux distributeurs-répartiteurs. Puisque les pharmaciens incluent généralement deux seringues dans chaque pochette, un total de 48.470 seringues a ainsi été distribué en 2011 via ces pochettes.

Figure 38 : Évolution du nombre de seringues vendues sous le format Stérifix dans les pharmacies de la FWB, 2000-2011



⁶⁰ 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 a 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.

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. Le projet RESU (Récupérateurs Extérieurs de Seringues Usagées) a été développé par l'asbl Transit afin de réduire ce phénomène, en permettant 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 boîte 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.

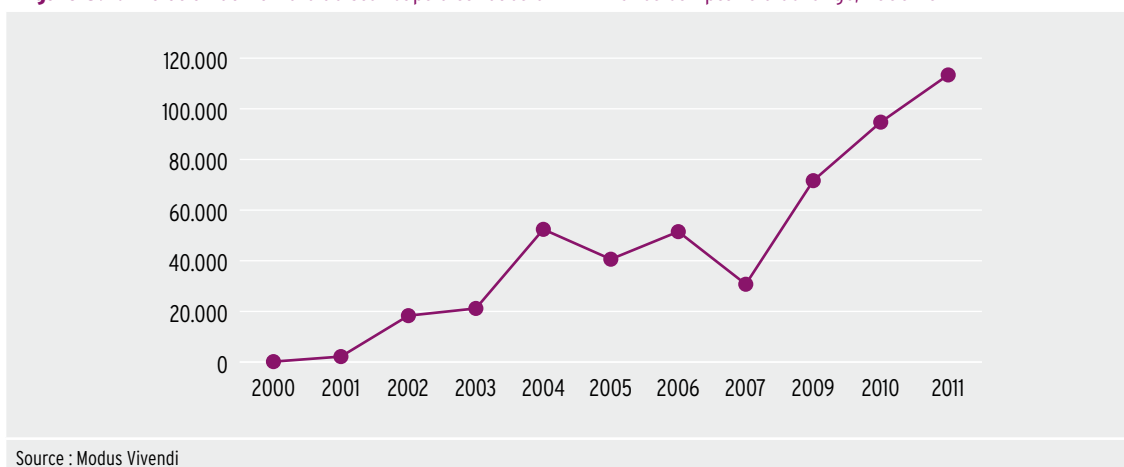
Le premier RESU a été mis en place par l'asbl Transit en 2004, après un voyage au Québec au cours duquel un travailleur de l'asbl a pu constater leur existence. Actuellement, 8 RESU ont été implantés en FWB : 4 à Bruxelles et 4 à Charleroi. La boîte est généralement fixée aux alentours des lieux de consommation ou à l'entrée de services en contact avec les usagers de drogues. Nous ne connaissons pas le nombre de seringues récupérées par l'ensemble du dispositif. En revanche, nous savons que le RESU installé à l'entrée de l'asbl Transit, en Région de Bruxelles-Capitale, a permis de récolter 410 seringues en 2008, 370 en 2009, 210 en 2010 et 280 en 2011 (Julien Fanelli, communication personnelle).

L'asbl Transit a reçu un accord pour implanter 11 RESU supplémentaires en Région de Bruxelles-Capitale d'ici fin 2014, essentiellement au niveau des lieux de consommation clairement identifiés (à l'entrée de certains parcs ou près de certains immeubles). En outre, 3 RESU devraient être implantés à Namur mais la situation est actuellement bloquée en raison d'un désaccord avec la commune.

Les Stéricups®

Les Stéricups (une petite cuillère stérile accompagnée d'un filtre) sont également distribués dans les comptoirs d'échange de seringues. Par manque de moyens, ils ne sont malheureusement pas disponibles dans tous les comptoirs, et doivent souvent être «rationnés». Si on compare 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). Toutefois, on se réjouira de constater (voir Figure 39) que le nombre de Stéricups distribués en FWB est en augmentation continue depuis 2007, et ce en raison d'une amélioration des moyens alloués à leur diffusion.

Figure 39 : Évolution du nombre de Stéricups distribués en FWB via les comptoirs d'échange, 2000-2011



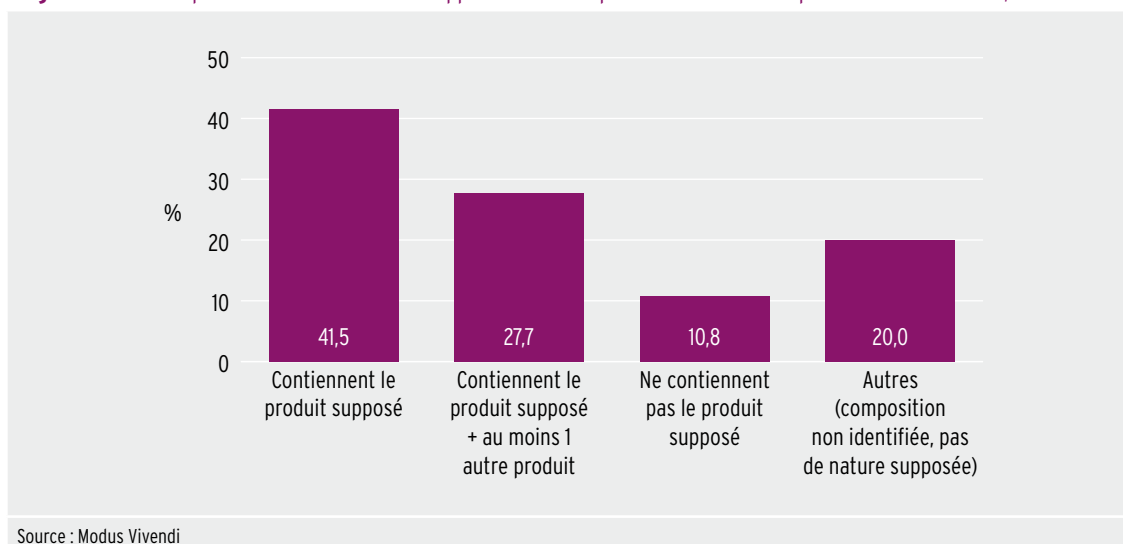
3.5 DONNÉES ISSUES DE L'ANALYSE DE PRODUITS

Depuis mars 2011, un service d'analyse (*testing*) de produits est proposé gratuitement au lieu d'accueil de Modus Vivendi (Modus Fiesta) lors de la permanence du vendredi soir. Un service d'analyse est également parfois proposé en festival par l'équipe de Modus Vivendi. Les produits ont été testés à l'aide de la méthode de chromatographie sur couche mince (CCM) et/ou de la méthode de chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (GC-MS ; dans le cas de cette dernière méthode, un échantillon était envoyé à l'ISP et le résultat était généralement disponible après une semaine).

En 2011, 102 demandes d'analyse de produits ont ainsi été enregistrées (65,7 % lors des permanences au lieu d'Accueil de Modus Vivendi et 34,3 % lors d'un festival où un stand d'analyse était présent). La CCM a été utilisée dans 77,5 % des cas et la GC-MS dans 63,7 %. Nous ne rapporterons ici que les résultats issus de la GC-MS (n=65) dans la mesure où ils sont plus complets et précis. Néanmoins, il faut remarquer que les produits répertoriés dans la base de données GC-MS sont presque exclusivement des produits psychotropes, les produits de coupe sans effet psychotrope n'étant donc généralement pas détecté (qu'ils soient anodins comme le lactose, ou hautement toxiques comme le thallium ou le plomb).

La plupart des produits se présentaient sous forme de poudre ou de comprimés, et étaient censé contenir de la MDMA/XTC (33,3 %), des amphétamines/speed (28,4 %) ou de la cocaïne (10,8 %). Comme on peut le voir dans la figure 40, la majorité des échantillons testés (69,2 %) contenait le produit supposé (dans un tiers des cas en combinaison avec au moins un autre produit psychotrope). Un dixième des échantillons ne contenait pas le produit supposé. Rappelons que ces données sont purement indicatives, d'une part en raison de la petitesse de l'échantillon, et d'autre part en raison de l'absence de méthode d'échantillonnage. En outre, ce service de *testing* est avant tout un outil de contact et de réduction des risques s'adressant public spécifique.

Figure 40 : Correspondance entre la nature supposée et la composition effective des produits testés en FWB, 2011



4 DOSSIER : LES SALLES D'INJECTION SUPERVISÉES

4.1 INTRODUCTION

Les «Salles d'Injection Supervisée» (ou «Centres d'Injection Supervisée» ou «CIS» dits aussi «Services d'injection supervisée» ou «SIS» au Québec) sont des lieux mis sur pied dans le cadre de politiques de santé publique afin qu'un public d'usagers de drogues par injection vivant dans une extrême précarité sociale ait la possibilité de consommer dans un cadre sécurisé, voire médicalisé, plutôt que dans l'espace public. La drogue injectée, il faut le préciser, est acquise au préalable de manière illégale par le consommateur, à l'extérieur de la salle d'injection supervisée ! De manière plus formelle, voici la **définition** que donne des SIS l'Institut National de Santé Publique du Québec :

«La notion de services d'injection supervisée désigne des espaces où l'injection de drogues illégales est autorisée et supervisée par du personnel médical (le plus souvent). La vente et l'échange de drogues ne sont pas autorisés dans ces services. Le concept de lieu permettant l'injection supervisée fait référence à une régulation des entrées des personnes utilisatrices de drogues, à la supervision des injections, à l'éducation à l'injection sécuritaire, à la distribution de matériel d'injection stérile et à l'intervention médicale en cas de surdose. Les SIS offrent une gamme de services incluant variablement l'accès à du matériel d'injection stérile, des services de santé de base, du *counseling*⁶¹ et de la référence médicale, des services sociaux, des traitements de la dépendance, des services de formation et de placement en emploi. Les SIS sont souvent intégrés à des services de santé, de traitement de la toxicomanie ou des services destinés aux personnes itinérantes. Ils sont opérés par du personnel composé de travailleurs sociaux et communautaires, d'infirmières ou de médecins, mais favorisent aussi l'embauche d'usagers et d'ex-usagers de drogues.» (Noël et al., 2009, p7).

Historiquement, les CIS sont nés de la conjonction de trois facteurs qui prennent leur source dans le milieu des années 1980 : le développement d'une épidémie de consommation de drogues par injection, l'éclosion et le développement de l'épidémie du VIH, et enfin l'existence croissante d'une population de consommateurs de drogues par injection vivant dans une grande précarité sociale, souvent sans domicile fixe, et procédant à l'injection de drogues dans l'espace public (Bello et al., 2010).

Le premier CIS à ouvrir officiellement, et donc légalement ses portes, était situé en Suisse (Berne) en 1986. Dans les années 1990, les Pays -Bas, l'Allemagne et l'Espagne imitèrent cette initiative, suivis plus tard par l'Australie et le Canada. Au total, en 2009, on dénombrait ainsi 25 CIS dans 16 villes en Allemagne, 1 en Australie, 1 au Canada, 6 dans 3 villes en Espagne, 1 au Luxembourg, 1 en Norvège, 45 dans 30 villes aux Pays-Bas et 12 dans 8 villes en Suisse (Hedrich et al., 2010 ; Bello et al., 2010).

Plus de 90 CIS sont ainsi actifs à ce jour dans l'ensemble de ces pays. Certaines régions adoptent des dispositifs intermédiaires. Ainsi l'Afghanistan, ne comptant aucun CIS officiel : un centre de soins aux consommateurs prenant en charge des femmes à Kaboul permet à celles-ci de consommer à moindre risques sur trois sites différents. D'autres, comme la Belgique, la Slovaquie, le Portugal, l'Italie et les États-Unis (état de Californie et ville de New-York) étudient l'opportunité d'ouvrir des CIS.

Les **problématiques que visent les CIS** sont multiples (Noël et al., 2009 ; Broadhead, Kerr, & Altice, 2002) :

- 1) **Toucher les populations d'usagers de drogues peu accessibles car très marginalisées.** Pour ce faire, les CIS offrent un environnement à bas-seuil d'accessibilité (puisque, par définition, pas de nécessité de sevrage, mais aussi la gratuité et l'anonymat). Ils permettent ainsi d'accueillir une

61 Counseling: «une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face.» (<http://www.counselingvih.org/fr/definition/definitions.php> , consulté le 19/10/2012).

population traditionnellement exclue des réseaux de soins, ou ne les fréquentant pas par peur du rejet ou de l'exclusion. Le CIS, lieu d'injection salubre et encadré médicalement, enseignant de surcroît la technique d'injection à moindre risque, vise ainsi à éloigner cette population d'injecteurs de la rue.

La marginalisation du public injecteur est documentée depuis les années 60 et indique que ce public tend à éviter les services de soins dits «primaires» («primary»), c'est-à-dire de soins prophylactiques réguliers, pour ne se reposer que sur les services d'urgences⁶² et sur les hospitalisations pour problème de santé aigu (Jouria, Hensle, & Rose, 1967 ; Sapira, 1968 ; Bux, Iguchi, Lidz, Baxter, & Platt, 1993 ; Haverkos, 1991 ; cité par Broadhead, Kerr & Altice, 2002). Cette tendance a d'ailleurs récemment été confirmée chez les usagers d'héroïne en Belgique (Denis et al., 2009).

- 2) **Réduire le risque de surdose et les risques de conséquences sur la santé.** C'est bien sûr en éloignant ces usagers de l'espace public et de la marginalité (et en leur proposant un cadre moins dangereux) qu'on peut les aider dans ce sens, non seulement en prévenant les surdoses mais aussi les infections au VIH ou VHC, ainsi que d'autres problèmes de santé liés à l'injection. Par ailleurs, la pression inhérente à l'injection dans un lieu public ou semi-public (il faut que le geste et le matériel disparaissent vite !) favorise les pratiques à risque tel le partage de seringues, (Dovey, Fitzgerald, & Choi, 2001) et augmente forcément les risques lésionnels directs (plaies, œdèmes) ainsi que les risques d'infections (abcès, hépatite C, hépatite B, VIH) liés au non-respect de la stérilité du matériel, et en raison de l'urgence au cours de laquelle l'injection est réalisée.
- 3) **Réduire les nuisances liées aux consommations de drogues dans l'espace public,** et ce en visant à faire baisser à la fois la pratique de l'injection en public et l'abandon du matériel d'injection usagé dans ce même espace.

Il faut savoir à ce sujet que l'injecteur de rue peut avoir tendance à rechercher des lieux d'injection à mi-chemin entre l'espace totalement public (là où tout le monde passe) et totalement privé (où, par définition, personne ne passe sauf l'«habitant» !). Il peut s'agir alors de lieux hybrides assurant d'une part une certaine tranquillité pendant l'instant de relative faiblesse que constitue l'injection, et de l'autre une certaine visibilité (lieu de passage médian, comme certaines impasses, parkings, cours d'immeubles...) assurant la possibilité d'un secours en cas de surdose. Cela souligne le caractère dangereux de la pratique (risque de surdose), mais aussi la réalité de la présence de tels consommateurs dans des lieux de passage occasionnels, qui peuvent être à mi-chemin entre l'*extérieur* et l'*intérieur*, pouvant alimenter ainsi le *sentiment d'insécurité* de la population (ces lieux «intermédiaires» - ruelles, impasses, etc. peuvent déjà être chargés d'un imaginaire propre un peu inquiétant, qui ne serait qu'amplifié par la possible présence d'injecteurs). Notons également que la surveillance (ou même l'illusion de la surveillance !) de tels endroits peut déplacer la consommation vers des lieux plus dangereux encore, parce que plus reclus, et plus éloignés de témoins et d'un possible secours en cas d'overdose. (Dovey, Fitzgerald & Choi, 2001).

Les mises sur pied de CIS visaient donc également à répondre à cette problématique, via la possibilité de réduire l'injection dans l'espace public ainsi que l'abandon de matériel usagé dans des lieux de passage. On peut noter à ce sujet, sans fausse pudeur, que les éléments qui entourent ce type de consommation (illicite, clandestine ou semi-clandestine - vu la nécessité d'une certaine proximité avec le tissu urbain en cas d'overdose !, dangereuse pour la santé) a pu mener certains lieux (parties de parcs publics, «coins» de rue, logements vides, trottoirs et ruelles...) à une occupation grandissante de ce public injecteur (notamment en Amérique du Nord). Ce qui amène certains évaluateurs politiques américains à constater que, selon les expériences menées à l'étranger (c'est-à-dire en Europe et en Australie - il n'existe pas encore de CIS aux États-Unis), les «communautés» semblent préférer en général, dans leur voisinage, un CIS bien géré à la situation relativement chaotique de consommations de rue qui l'a précédé.

- 4) **Stabiliser l'état de santé des usagers de drogues par injection.** Cet objectif passe par du travail médical ou infirmier de première ligne (soigner les abcès et infections essentiellement) ; par le dépistage des maladies transmissibles sexuellement et par le sang ; et par l'orientation, une fois un lien de confiance établi, vers d'autres services socio-sanitaires assurant le traitement des infections au VIH et VHC ou encore le traitement de la dépendance pathologique. Quant aux services répondant

62 Voir plus haut, point 2.2.2.4

aux besoins primaires comme l'alimentation, le logement ou les soins corporels, ils sont souvent disponibles sur place, ou bien référencés et proches des locaux des CIS.

On peut terminer ce point en citant pour mémoire le cas allemand, pays qui, fort aujourd'hui d'une expérience de deux décennies ayant suivi l'ouverture du premier CIS, en compte 25 (juillet 2011), actifs au total dans 16 villes et six länder !

Des résultats «evidence-based» ?

Nous verrons plus bas, notamment dans le paragraphe consacré à l'évaluation, que les effets des CIS sont très difficiles à isoler (qu'ils concernent la santé des personnes ou la santé communautaire d'une part, la réduction des nuisances de l'autre), particulièrement de manière quantitative. En effet, il est très délicat déontologiquement, et très difficile pratiquement de déterminer et de suivre un «groupe témoin», qui ne bénéficierait pas de l'accès à un CIS, pour comparer l'évolution de sa santé à celle d'un «groupe cible» qui, lui, bénéficierait de cet accès. On doit donc en règle générale se référer à des données qualitatives récoltées auprès des usagers ou de la «communauté», que celle-ci soit représentée par les habitants du quartier, le corps médical et socio-sanitaire ou encore les forces de l'ordre, par exemple. Les données auto-rapportées par les injecteurs eux-mêmes sont bien sûr aussi à prendre largement en compte (voir plus bas).

Par ailleurs, comme nous l'indiquions dans notre rapport 2010 sur l'usage de drogues en FWB, l'heure est, de plus en plus, à l'«evidence-based». De nombreux politiques sont devenus, depuis le milieu des années 1980, des gestionnaires plutôt que des visionnaires, et pour valider une politique, il devient de plus en plus indiqué aux yeux de ceux-ci de «faire du chiffre». Or, en prévention et surtout en réduction des risques, on change la qualité de la vie (de la santé) des consommateurs, la qualité de leur rapport à la communauté et, partant, la qualité de la santé communautaire, bien plus qu'on ne «sort des gens de la drogue», «fait baisser les consommations», «retarde l'âge de la première consommation», etc. Nous l'avons maintes fois répété : une politique plus ou moins répressive/plus ou moins libérale ne joue pas sur le volume des consommations, mais sur le contact avec les usagers et la possibilité de les prendre en charge et de les accompagner dans une optique de santé individuelle, et donc, à moyen terme, de santé communautaire !

Néanmoins, il se trouve que certains indicateurs sont non seulement mesurables, mais ont été mesurés. Nous souhaitons en témoigner, comme entrée en matière, nous faisant ainsi un peu «l'avocat du diable». Nous allons ainsi détailler notamment, dans le paragraphe 4.5 («évaluation») de ce dossier, trois études publiées dans trois journaux scientifiques peu suspects d'éventuelles positions partisans : le CMAJ (Canadian Medical Association Journal) ; le Lancet et l'International Journal of Drug Policy. Qu'il nous suffise de signaler pour clôturer cette introduction, que ces études démontrent qu'un CIS géré avec méthode et dans un contexte politique et urbain bien préparé permet de :

- faire baisser significativement les overdoses fatales dans les quartiers voisinant immédiatement le CIS par rapport aux quartiers plus éloignés de la ville⁶³ ;
- réduire significativement les nuisances sociales liées à la consommation dans les quartiers voisinant le CIS (abandon de seringues et de matériel usagé, injection de drogues en public) ;
- afficher un «coût-bénéfice» très largement positif : 5,12 : 1, ou, dit autrement, un bénéfice pour la société (en productivité gagnée, en soins épargnés à la sécurité sociale, etc.) 5,12 fois plus élevé que les coûts du CIS.

63 Notons immédiatement qu'aucune overdose fatale n'a été déplorée à ce jour dans les CIS du monde entier, malgré des millions d'injections supervisées !

4.2 FONCTIONNEMENT DES CIS

4.2.1 MATÉRIEL ET SERVICES

Voici à présent un large aperçu des services offerts par les CIS. Ces services peuvent être soit une structure indépendante, uniquement dédiée à l'injection supervisée, soit être partie d'une structure plus large qui offre aux usagers un ensemble d'autres services comme échange de seringues, traitement des assuétudes, hébergement de crise, etc.).

On trouve la plupart du temps dans un CIS :

(Wolf et al., 2003 ; Hedrich, 2004 ; Kimber et al., 2005 ; Hunt, 2006 ; cité par Bello et al., 2010 ; mais aussi Broadhead, Kerr & Altice, 2002 ; Hedrich, Kerr & Dubois-Arber, 2010 ; Deutsche AIDS-Hilfe and akzept e.v., 2011).

- 
SALLE D'ATTENTE : Un lieu d'accueil/salle d'attente est prévu, dans lequel arrivent les gens et où ils sont enregistrés tandis qu'on vérifie leur droit d'accès, leur état de santé (abcès, intoxication, etc.) s'ils le désirent. Une salle d'attente vaste aide à résorber la file qui pourrait se créer à l'extérieur, évitant ainsi aux yeux extérieurs un attroupement d'usagers de drogues dans l'espace public, ce qui peut augmenter l'acceptabilité pour la communauté (Broadhead, Kerr & Altice, 2002).
- 
SALLE/CAPACITÉ/SMOKING ROOM : La salle d'injection en elle-même offre plusieurs places, et est supervisée par un professionnel (infirmier ou travailleur social) qui assiste à l'injection. Ce dernier est formé à la supervision ou au conseil concernant l'injection à moindre risque. Chaque place est constituée d'une chaise et d'une table ou tablette lavable attenante à un mur. Parfois, une «smoking room», salle où les produits peuvent être fumés, voir inhalés ou sniffés (toujours sous la supervision d'un professionnel), est proposée en plus de la salle d'injection. Les salles d'injection ont une capacité qui tourne autour de 7 à 12 places, et un temps d'utilisation de 30 à 45 minutes. La capacité de 12 places est parfois citée comme idéale pour assurer un espace satisfaisant de consommation, de mouvement, mais aussi d'intervention en cas d'urgence médicale (Schneider & Stöver, 1999, cité par Broadhead et al., 2002). On peut signaler que la présence d'une "smoking room" a régulièrement été associée à une baisse de la consommation par injection (Allemagne). Le Point Focal de l'OEDT en Allemagne a confirmé cette tendance. Ceci est important dans la mesure où le développement de ce type de consommation alternative à l'injection fait partie de l'arsenal de la réduction des risques liés à l'injection et est susceptible de faire baisser de manière significative les problèmes médicaux graves (urgences) encourus par les consommateurs, et leur sévérité, ainsi que la transmission de maladies infectieuses, la formation de lésions et d'abcès.
- 
CHILL OUT : Il s'agit d'un espace de repos où peuvent s'installer quelque temps les personnes qui en ressentent le besoin après avoir consommé. C'est également un espace de prévention, et de suivi des overdoses.
- 
COUNSELING ET SOINS MÉDICAUX : C'est un espace de prise en charge individuelle dédié aux conseils et aux soins médicaux de base (désinfection, pansements...).
- 
SERVICES GÉNÉRAUX : Parfois, certains services généraux dits «de proximité» sont proposés (cafeteria, salle d'eau, lave-linge, etc.).
- 
PREMIERS SECOURS : Tous les CIS sont pourvus du matériel nécessaire à assurer les premiers secours en cas d'overdose, et le personnel, présent au moment des injections, est formé à cet exercice. Notamment, la présence de «salles d'urgences» entièrement équipées joue un rôle important en Espagne et en Australie. Ceci n'est pas indispensable lorsqu'un hôpital se trouve dans le voisinage direct du CIS, comme dans les CIS suisses et allemands. Un large évier est prévu pour se laver avant et après l'injection ; il est pourvu de savon et de serviettes en papier. On trouve aussi dans la salle du matériel stérile d'injection, qui sera géré par le personnel. Quant au matériel de premiers secours, il comprend généralement du matériel de respiration artificielle (masque, air bag), un tensiomètre, de l'oxygène, un brancard, des couvertures, un kit

de premiers soins, des pansements... De plus, les CIS sont en général équipés d'un interphone permettant au personnel de demander une aide extérieure en cas d'urgence, et d'un téléphone permettant d'appeler un service hospitalier. Aucune overdose fatale n'a été observée dans les CIS à ce jour, malgré des millions d'injections supervisées. Un seul décès a été déploré, dû à un choc anaphylactique suite à une consommation de cocaïne. (Hedrich, Kerr & Dubois-Arber, 2010).

- ⑤ **OFFRES SUPPLÉMENTAIRES :** Certaines offres supplémentaires ont été développées, et sont présentes aujourd'hui dans la majorité des CIS. On citera l'Orientation et Conseil en santé ; les soins médicaux de base ; la réorientation vers d'autres services (traitements de substitution, par exemple) ; le testing VIH/VHC ; la vaccination contre les Hépatites A et B.

Les CIS sont aussi, bien sûr, un lieu de rencontre, d'échange et de parole.

4.2.2 FONCTIONNEMENT

Les règles de fonctionnement peuvent varier selon les CIS :

(Broadhead, Kerr & Altice, 2002 ; Deutsche AIDS-Hilfe and akzept e.v., 2011)

- ⑤ **ACCÈS :** La plupart des CIS n'acceptent que les personnes majeures, mais il y a des exceptions. Un statut de résident (dans la ville, dans la région) est parfois exigé. Certains CIS n'acceptent pas les personnes en cours de traitement de substitution aux opiacés ou les femmes enceintes. La durée accordée pour une injection dans la salle supervisée est souvent limitée. À quelques exceptions près, il n'est pas possible de procéder à une toute première expérience d'injection dans un CIS. C'est notamment le cas en Allemagne, où il est inscrit dans la loi fédérale sur les narcotiques que les **primo-consommateurs**, mais aussi les **consommateurs occasionnels**, doivent être exclus de ces dispositifs. Certains états vont plus loin dans l'interdiction d'accès à certaines catégories d'usagers :
 - **Polyconsommateurs :** Les personnes visiblement en état d'ivresse ou intoxiquées par une substance psychotrope quelconque à leur arrivée au CIS peuvent être exclues. C'est notamment le cas en Allemagne.
 - **Traitement de substitution :** Les personnes suivant un traitement de substitution aux opiacés sont parfois exclues des CIS, notamment en Allemagne.
 - **«Inconscients» :** le "manque de maturité" peut également être un critère de non-admission (lorsque la personne ne semble pas mesurer les risques qu'elle encourt en consommant).
- ⑤ **ENREGISTREMENT :** Certains CIS pratiquent l'enregistrement nominal à l'entrée, parfois avec carte d'accès. Il arrive qu'une carte de résident de la ville hôte soit obligatoire (ce qui, à l'occasion, a grevé l'établissement d'une relation de confiance avec les usagers). D'autres ne procèdent qu'à un enregistrement anonyme à la première visite (pseudonyme...).
- ⑤ **CAPACITÉ HORAIRE/TEMPS D'ACCUEIL :** En termes d'horaires, comme le préconisaient les guidelines d'une précédente «Conférence des salles d'injection supervisées» (Schneider & Stöver, 1999 ; cité par Broadhead et al., 2002), il semble à la fois opérationnel et raisonnable de prévoir un horaire de 12h par jour pour un CIS d'environ 10 places. Cela doit permettre d'accueillir environ 3500 à 4000 injections par mois, ce qui couvrirait les besoins de 1000 à 1500 usagers. En fonction de la population d'usagers de drogues par injection (UDIs) d'une commune, il peut être opportun de multiplier le nombre de CIS autant que nécessaire si leur nombre dépasse ces 1000 à 1500 individus. Ceci en gardant à l'esprit que l'horaire idéal pour couvrir les besoins (même si en pratique, les subsides et la politique locale ne le permettent généralement pas), serait 7 jours/semaine, 24h/24.
- ⑤ **COMPORTEMENT :** Deal et violence sont proscrits. Souvent, des sanctions sont appliquées en cas d'infraction aux règles.
- ⑤ **SUBSTANCES ET CONDITIONS D'INJECTION :** Les usagers apportent eux-mêmes les produits qu'ils vont s'injecter. Ils doivent généralement déclarer la nature de ces produits. Il arrive que certaines substances soient interdites (médicaments, mélanges...). Le partage de substances, l'aide à

l'injection entre usagers ou par le personnel, sont généralement bannis des CIS. Parfois, certains sites d'injection, comme l'aïne et le cou, ne peuvent être utilisés.



POLICE : Dans certaines villes, la police assure une présence à pied dans les quartiers des CIS, afin d'assurer la sécurité et l'ordre. D'après les intervenants de ces CIS, les usagers s'étant exprimés sur cette présence policière ne s'en seraient pas sentis gênés.

4.2.3 PROJETS ÉMERGENTS

Finalement, une série de projets émergents, essentiellement implémentés en Allemagne, nous ont semblés dignes d'être mentionnés, ne fût-ce que comme source d'inspiration pour les CIS de «demain» (voir : Deutsche AIDS-Hilfe and akzept e.v., 2011). On peut citer le «projet naloxone», des formations aux premiers secours, la prophylaxie dentaire, des espaces de relaxation, ou encore des soins pointus comme acupuncture ou pédicure. Citons aussi des salles de consommation mobile (Barcelone, Berlin).

Des formations au «secourisme lié aux drogues» et au «secourisme lié à la distribution de Naloxone» sont organisées dans un nombre grandissant de CIS en Allemagne. Elles sont également couplées à la distribution de Naloxone proprement dite dans deux villes : Berlin et Bochum.



«SECOURISME» et DISTRIBUTION DE NALOXONE. La majorité des overdoses fatales ont lieu dans un cadre privé, et la moitié environ des victimes décèdent en présence d'autres usagers, d'arrêt cardiaque et respiratoire. La plupart de ces témoins sont eux-mêmes des consommateurs, ce qui les incline à ne pas prévenir les autorités par peur des poursuites légales ou parce qu'ils méjugent la gravité du problème. De plus, dans leur majorité, ils ignorent les gestes qui peuvent sauver, et reprennent parfois même des idées fausses très répandues, comme l'injection d'une solution saline comme antagoniste. En réalité, l'injection ou l'inhalation de la naloxone, antagoniste aux opiacés, est la manière la plus rapide (quelques minutes) et la plus spécifique de lutter contre l'issue fatale d'une overdose (c'est-à-dire contre la paralysie respiratoire, l'hypoxie, la perte de conscience et la chute de la tension artérielle). Ce produit est utilisé à cet effet dans un cadre médical depuis 40 ans. Toutefois, le temps de demi-vie de la naloxone est de 30 à 80 minutes, largement en-dessous de celui de la plupart des opiacés. Le regain de conscience peut dès lors n'être que temporaire et suivi d'un autre arrêt cardiaque ou respiratoire. Une nouvelle dose de naloxone doit alors être administrée.

Les conditions suivantes doivent être réunies préalablement à la distribution : 1) La naloxone doit être prescrite par un médecin (coût d'une ampoule : environ 5 euros) ; 2) L'utilisateur doit être formé aux «secourisme lié aux drogues» et à l'usage de naloxone (via la prise de connaissance des instructions d'usage et un échange avec le praticien) ; 3) Les conseils aux patients comme la distribution elle-même doivent être bien documentés ; 4) Le bénéficiaire doit bien sûr être une personne en dépendance pathologique ; 5) Il doit également s'engager à signaler tout usage de naloxone dans le cadre prévu.

En outre, les travailleurs sociaux impliqués dans l'encadrement de ces usagers, s'ils découvrent une ampoule de naloxone sur l'un d'entre eux en situation d'overdose, sont couverts par la loi s'ils réalisent l'injection.



ÉDUCATION À LA SANTÉ ET PRÉVENTION VIH/HÉPATITES. Il s'agit de sensibiliser les usagers à la prévention des infections, et de leur proposer le vaccin combiné hépatites A et B.



PROJET PILOTE : INTERVENTION PRÉCOCE EN PRÉVENTION HÉPATITE C. L'hépatite C est souvent contractée précocement dans le parcours de consommation d'un usager de drogues. Étant donné que la plupart des injecteurs n'ont de premier contact avec les services spécialisés que plusieurs années après avoir commencé à consommer, un projet-pilote a été implémenté par un CIS (Fixpunkt e. V.) d'octobre 2008 à septembre 2011 afin que le personnel des CIS, qui entre fréquemment en contact plus précoce avec ces usagers, et ce en assistant à la consommation, profite de cette opportunité pour leur délivrer les conseils de prévention en cas de comportement à risques pendant la consommation.

Cet exemple illustre la coopération fructueuse qui peut être mise en place entre des services spécialisés en assuétudes et un CIS, croisant les savoirs et les spécificités pour obtenir des résultats qui n'auraient pas été possibles sans cette conjonction. La clé est l'«accès», via les services «bas-seuil» émergents que sont les CIS, à ce public précarisé et difficilement joignable par les services plus traditionnels.



DÉESCALADE. Parfois, des formations en «désescalade» de la violence sont données aux employés des CIS, afin que les équipes soient à même de désamorcer les situations tendues qui risquent de dériver vers des agressions. La gestion de la violence verbale comme physique est abordée dans ces formations.

4.3 CONDITIONS D'IMPLANTATION

Un ensemble de conditions peuvent être recherchées pour augmenter tant que possible l'acceptabilité par la «communauté» (au sens large : la communauté de vie, l'environnement, les groupes sociaux et professionnels que côtoie l'usager) des projets émergents, et encore mal connus de cette même communauté, que sont les CIS. Il s'agit notamment de négocier la place des CIS dans la communauté avec les **forces de l'ordre** ; les **exécutifs locaux** ; les **services spécialisés** en assuétudes, mais aussi les **injecteurs eux-mêmes**, tout en travaillant le **cadre légal** autant que possible pour l'adapter à cette nouvelle mesure de santé publique (Andresen & Boyd, 2009 ; Broadhead, Kerr & Altice, 2002 ; Hedrich, Kerr & Dubois-Arber, 2010 ; Deutsche AIDS-Hilfe and akzept e.v., 2011. ; Noël et al., 2009).

4.3.1 FORCES DE L'ORDRE

En Amérique du Nord, dans les endroits où sont implantés des services actifs avec les injecteurs, les forces de l'ordre sont globalement entrés dans une relation d'«assouplissement» de la règle vis-à-vis des usagers et des institutions qui implémentent ces programmes de santé (notamment les services proposant l'échange de seringues, qui ont ouvert la voie, suite à des négociations avec les forces de l'ordre elles-mêmes, mais aussi parfois sous des pressions officielles de cours de justice). Ils ont ainsi accepté de relâcher leur surveillance et les efforts déployés pour arrêter les usagers, lorsque ceux-ci se mettaient à fréquenter des services comme les comptoirs d'échange de seringues.

4.3.2 CADRE LÉGAL

En 2002, sur demande de l'OICS (Organe International de Contrôle des Stupéfiants), la section juridique du PNUCID a rendu un avis sur les CIS indiquant que rien ne permettait d'affirmer que l'établissement d'un CIS visait à inciter ou faciliter la consommation ou la possession de drogues illégales. L'avis conclut également que cette politique est en accord avec l'article 38, 1^o de la convention de 1961 qui oblige les États à prendre «toutes les mesures possibles pour prévenir [l'usage] et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées».

Malgré tout, ce type de services constitue bien souvent une pratique émergente, qui peine parfois pendant de nombreuses années avant d'obtenir un cadre juridique clair et favorable, comme ce fut le cas pour le CIS *Insite* à Vancouver. Quant à l'OICS, il reste un organe essentiellement centré sur des mesures répressives.

En revanche, certaines avancées et contextes plus favorables sont à souligner. Ainsi, afin d'assurer cette sécurité juridique, l'Allemagne a voté, dès 2000, un amendement à la Loi fédérale sur les narcotiques, qui a jeté les bases d'un cadre légal satisfaisant pour l'implémentation des activités des SIS. Le but en était de légaliser les CIS existants, et d'assurer la légalité de ceux à venir. Les états n'ont donc pas ou

plus à voter des exemptions pointues à une loi fédérale pour permettre cette pratique émergente. En Hollande, un cadre légal a été mis en place en octobre 1996, permettant aux usagers d'être en possession de drogues dans les locaux des CIS. En Espagne cela se fait par le biais de règlements locaux de santé publique.

Enfin, même le jugement final de la cour suprême du Canada sur le CIS *Insite* a changé le contexte de manière très positive au Canada, et constitue un exemple qu'on est en train d'étudier en Europe.

4.3.3 EXÉCUTIFS LOCAUX

L'implémentation de ces projets nécessite bien évidemment l'adhésion et l'implication des gouvernements (pouvoirs exécutifs) locaux. C'est notamment le cas quand des mesures doivent être pris au niveau local pour contourner ou assouplir des lois nationales/fédérales.

Cela dit, il est intéressant de souligner avec certains auteurs que quel que soit le degré de développement du cadre légal, même si celui-ci n'est pas entièrement satisfaisant, les arrangements qui existent entre les gouvernements locaux et les services existants les plus «pointus» (échange de seringues, travail de rue...) sont un cadre suffisant au développement connexe de CIS (Broadhead, Kerr & Altice, 2002).

4.3.4 SERVICES SPÉCIALISÉS

Le fonctionnement le plus fluide et le plus «ergonomique» (ou «multiplicateur») de services spécialisés et d'un CIS qui occupent le même voisinage, est d'assurer, à l'intérieur du CIS, des antennes des services en question. Pour prendre l'exemple d'un service assurant des soins médicaux de base, il est connu que les injecteurs en font un usage erratique et donc peu efficace, attendant plutôt d'être gravement malade et faisant alors plutôt usage des services d'urgences (ce qui grève lourdement le coût des soins de santé). L'inclusion dans les locaux d'un CIS d'un service de soins médicaux de base y multiplie les visites des usagers et leur efficacité. Réorienter les usagers vers le siège (extérieur au CIS) de ces services en sera d'autant plus facile, car une relation de confiance a pu démarrer dans les locaux du CIS. Leur adhésion à l'ensemble de l'offre de soins (même ceux qui ne sont pas représentés dans le CIS) augmente également. Et à son tour, le CIS peut travailler avec des usagers en meilleure santé, ce qui tire l'ensemble du processus vers le haut.

4.3.5 IMPLICATION COMMUNAUTAIRE/IMPLICATION DES INJECTEURS

Certains auteurs soulignent l'importance de faire adhérer la communauté des injecteurs eux-mêmes à un projet de CIS, voire même d'en inclure les leaders dans les assemblées décisionnelles des CIS afin qu'ils jouent un rôle de dialogue et de conseil actif auprès des représentants des services spécialisés, des exécutifs locaux et des forces de l'ordre (Latkin, 1998, cité par Broadhead, Kerr & Altice, 2002). Ce modèle de travail n'est pas sans rappeler le mode d'intervention *peer-to-peer* mis en œuvre dans les opérations Boule-de-neige, qui voient des jobistes consommateurs de drogues recevoir une formation donnée par des travailleurs de services spécialisés en assuétudes, afin de retourner ensuite diffuser dans leur communauté des messages de prévention et de réduction des risques.

D'autres auteurs vont dans le sens de la nécessaire implication de l'entière communauté dans le processus :

«L'implantation des SIS ne s'est pas fait sans heurts et les auteurs estiment que les conditions gagnantes reposent sur l'obtention d'un consensus entre les politiques de santé publique, les décideurs municipaux et les corps policiers, et nécessite un soutien important de la part de la communauté.» (Noël et coll., 2009, p10).

Et : «(...) comme le soulignent plusieurs auteurs l'acceptabilité d'un service d'injection supervisée dépend en bonne partie du travail qui aura été réalisé sur le terrain pour considérer les positions des différents acteurs touchés par la mise en place de cette mesure. La concertation entre les différentes instances municipales, policières et de santé publique est un enjeu majeur de la mise en place de ces services.» (Noël et al., 2009, p11).

4.4 PRÉSENTATION PAR OU POUR LES RESPONSABLES POLITIQUES

L'implantation et l'implémentation de CIS ne coulent pas de source. Cela fait partie d'un ensemble de pratiques pointues très pragmatiques issues des politiques de réduction des risques qui, dans un cadre de pénalisation de la consommation essentiellement moral, tentent, simplement au nom de l'efficacité de la politique de santé publique et de la meilleure santé de l'ensemble de la société, d'aller droit à ce qui marche sans se soucier de la morale hygiéniste : réduire les problèmes de santé pour les consommateurs ; réduire le nombre de consommations qui deviennent problématiques ; augmenter par conséquent le volume des consommations gérées/modérées/contrôlées (l'un des points les plus difficiles à défendre pour un représentant politique, dans un contexte prohibitionniste - voire «éradicationniste») ; toucher les populations de consommateurs les plus précarisés et les plus difficiles à atteindre pour les sortir de la marginalité et tenter de les réinsérer ; réduire ainsi les coûts et le manque à gagner pour l'ensemble de la société ; diminuer le *sentiment* d'insécurité (de la population générale, des forces de l'ordre, des consommateurs eux-mêmes, de l'ensemble du corps social) ; diminuer l'insécurité *réelle* (encourue par les mêmes groupes). Autant de balises qui motivent et jalonnent la réduction des risques liés à l'usage de drogues dans un contexte prohibitionniste. Encore faut-il pouvoir les présenter et les faire accepter, d'abord par les politiques, puis par l'opinion publique. Les politiques n'étant pas différents des citoyens lambda (élus «du peuple»), et leurs préoccupations étant une sorte de concentré (légitime) des préoccupations de la rue, il est légitime également de présenter les mêmes arguments aux uns et aux autres pour plaider en faveur du développement des CIS. (Noël et al., 2009 ; Broadhead, Kerr & Altice, 2002).

4.4.1 QUE PENSE L'OPINION PUBLIQUE ?

Voici quelques indications des réactions qu'ont suscité dans le public l'implantation ou les projets d'implantations de CIS en Australie et au Québec : «L'implantation du Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) de Sydney en Australie, a donné lieu à des enquêtes auprès des résidents et des commerçants du secteur. En 1998, 76 % des répondants étaient favorables à l'ouverture du CIS. Entre 2000 et 2005, le MSIC obtient de plus en plus la faveur des résidents et des commerçants qui indiquent que cette mesure diminue les nuisances dans l'environnement et favorise la prévention. Au Québec, une étude sur l'apport des communautés dans le débat éthique entourant la mise en œuvre de programmes controversés a démontré que les approches de réduction des méfaits sont des mesures acceptables pour les populations vivant à proximité des personnes toxicomanes. Ces données qualitatives sont cohérentes avec les résultats de l'enquête réalisée en 2001 et en 2009 auprès de la population du Québec où 54 % et 63 % des répondants étaient favorables à l'implantation de lieux d'injection supervisée.» Les mêmes auteurs notent que : «Les résidents et commerçants des secteurs limitrophes apprécient être moins confrontés à la scène de personnes s'injectant dans leur milieu de vie et de travail. Des groupes de professionnels dont des médecins, des infirmières, des intervenants en toxicomanie et prévention du VIH et des hépatites, ainsi que des corps policiers les voient de moins en moins comme contradictoires à leurs mandats.» (Noël et al., 2009, p5).

4.4.2 SERMENT D'HIPPOCRATE : PRIMUM NON NOCERE DEINDE CURARE (D'ABORD, NE PAS NUIRE, ENSUITE SOIGNER !)

La «réduction des méfaits» (les Québécois ont préféré le terme «méfaits» au terme «risques») respecte un principe éthique de non-malfaisance. Celui-ci est conforme, selon nous, au célèbre principe du serment d'Hippocrate : «Primum non nocere, deinde curare» : d'abord ne pas nuire, (et seulement) ensuite soigner. Dans ce contexte, l'éthique dicte de réduire les dangers encourus par les usagers par voie intraveineuse, population des plus précarisées :

«Bien que les approches de réduction des méfaits puissent sembler contradictoires avec la promotion d'une vie en santé (...), la réduction des méfaits respecte le principe éthique de non-malfaisance. En effet, puisque l'élimination de l'usage inapproprié de drogues est utopique, il ne serait pas éthique pour la santé publique d'ignorer une approche qui permet de réduire les risques et les souffrances des personnes UDI. (...) C'est une bienfaisance utilitariste, qui vise la maximisation des bénéfices, sur le plan de la santé des personnes UDI dans le respect de leur autonomie, et la minimisation des inconvénients liés à la consommation de drogues injectables pour la collectivité.» (Noël et al., 2009, p5)

4.4.3 RELEVÉ DES BESOINS NON COUVERTS PAR LES SERVICES DE SANTÉ CLASSIQUES

Une manière convaincante de s'interroger sur l'opportunité des CIS est de faire, en collaboration avec les services de santé existants, l'inventaire des besoins couverts de manière insatisfaisante (ou non couverts) par ceux-ci. Ainsi, réduire la transmission persistante de maladies infectieuses chez les UDI, mais aussi favoriser l'accès à des soins médicaux de base, en amont des services d'urgences (sur-utilisés aujourd'hui,) sont deux exemples de besoins difficiles à rencontrer en travaillant pour ces populations, ce qui peut amener à envisager les bénéfices d'un CIS. Citons pour mémoire :



RÉDUIRE L'INJECTION DANS L'ESPACE PUBLIC ET LES RISQUES AFFÉRENTS

Pour prévenir l'apparition de symptômes de manque, pour ressentir les effets de la drogue le plus vite possible, ou tout simplement par l'absence d'endroit privé où consommer sans témoins, les injecteurs ont tendance à consommer le plus rapidement après l'achat de leurs produits, ce qui les amène à se les injecter dans des espaces publics ou semi-publics. Cela les amène, de surcroît, à procéder au plus vite, pour éviter soit une agression soit l'intervention de la police, et cela les mène à ne pas respecter les précautions élémentaires pour leur santé (choix et préparation du site d'injection, respect des gestes de réduction des risques, non réutilisation du matériel usagé ou nettoyage posé de celui-ci à l'aide d'eau pure et d'eau de javel, test de la force/concentration du produit pour prévenir l'overdose, etc.). Le risque qu'une overdose débouche sur une issue fatale, dans l'espace public ou semi-public en question, est lui aussi multiplié. Les allées, impasses, lieux de passage, dessous de ponts, etc., dans lesquels ont lieu les injections, sont souvent dépourvus de véritable adresse et d'un téléphone fixe, ce qui diminue les chances de pouvoir faire venir les secours en temps utile. (Noël et al, 2009 ; Dovey, Fitzgerald & Choi, 2001).



TOUCHER UN PUBLIC DIFFICILE À ATTEINDRE

Traditionnellement, le contact est souvent établi avec le public des injecteurs via le travail de rue et l'échange de seringues. Cependant, dans les circonstances où ce contact est établi, les injecteurs sont parfois en pleine recherche pour s'approvisionner en drogues ou trouver de l'argent pour le faire. Il n'est donc pas toujours aisé que ce contact soit aussi fructueux que souhaité en termes de prévention et de réduction des risques. Les CIS peuvent constituer un plus dans ce contexte, étant donné leur environnement sécurisé et le fait que les usagers qui y arrivent se sont déjà approvisionnés. Ceci est vrai non seulement pour la salle d'attente et la salle de consommation, mais *a fortiori* pour la salle de relaxation où les usagers peuvent un peu se «poser» s'ils en ressentent le besoin, et dans les autres services (cafétéria, etc.) éventuellement proposés. Il en va de même, comme on l'a déjà vu, pour tous les services de santé présents hors des murs du CIS mais qui ont une antenne à l'intérieur de celui-ci : il est fait un bien meilleur usage de ces services *intra muros* qu'à l'extérieur, notamment de par leur proximité - puisque tout

est réuni sur un même site, mais aussi de par la relation de confiance et la resocialisation (dans le sens de réintégration dans un réseau social, par opposition à l'isolement et au décrochage social) qui s'opère autour de l'usage du CIS par un injecteur. Le respect des rendez-vous, horaires et règlements s'en trouve également amélioré.

Il est important de noter que même les traitements de substitution à la méthadone n'offrent pas les mêmes opportunités. Dans certains cas (et dans certains pays ou régions), les patients sous méthadone en programme ambulatoire sont même découragés de rester «traîner» une fois qu'ils ont reçu la dose de produit prescrite.

4.4.4 RÉDUCTION DES NUISANCES PUBLIQUES ET DU COÛT POUR LA SOCIÉTÉ

Les CIS sont décrits dans la littérature comme réduisant les nuisances encourues par la communauté ainsi que les coûts endossés par celle-ci (voir plus bas).

En plus de l'abandon de matériel usagé, on ne peut que constater, dans les lieux de consommation publique, l'occupation régulière, parfois presque «institutionnalisée», de parties de l'espace (parcs, allées, trottoirs, etc.) par des communautés de consommateurs qui en empêchent *de facto* l'usage communautaire usuel, alimentant un sentiment d'insécurité dans la population générale. Un groupe d'experts de l'état de Victoria (Canada) a ainsi pointé en 2000 que l'expérience européenne suggérait que «les communautés trouvent un (CIS) bien géré plus acceptable dans leur voisinage que les situations d'usage de rue intense qui les précédaient». (Broadhead et al., 2002, p 17).

4.4.5 RÉINSERTION SOCIALE DES USAGERS

La resocialisation des usagers est un bénéfice supplémentaire de certains CIS lorsque ceux-ci font directement appel à certains usagers pour assurer son bon fonctionnement :

«À Vancouver, les membres du regroupement des usagers Vancouver Area Network for Drug Users (VANDU) se sont impliqués dans la distribution du matériel d'injection et ils ont mis en place un service d'injection supervisée opéré par des utilisateurs bénévoles. Au Québec, les membres de la coalition pour la réduction des méfaits et ceux de l'ADDICQ (Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues au Québec) s'impliquent dans la prévention et se sont prononcés en faveur de l'implantation des SIS. Cette participation des communautés à l'amélioration de l'état de santé fait partie des stratégies d'action du PNSP.» (Noël et al., 2009, p11).

Cet effet de resocialisation lié à l'implication des usagers dans les services dont ils sont les bénéficiaires a été longuement abordé dans un «Carnets du risque» de l'asbl Modus Vivendi traitant spécialement de la fonction de «jobiste» rémunéré. Cette fonction est assumée par des usagers de drogues pour d'autres usagers de drogues («peer-to-peer»), notamment par le biais des opérations de prévention par les pairs dites «Boule-de-neige». Ce numéro des Carnets du risque souligne le fait que les jobistes, par ce processus, sont non seulement les auteurs de l'action de prévention, mais en sont en partie également les sujets, puisqu'ils retrouvent par cette fonction une raison sociale, un cadre et une discipline de travail qu'ils avaient perdus dans un certain nombre de cas, ce qui peut contribuer à les protéger ou les éloigner des consommations abusives ou dépendantes.⁶⁴

Plus généralement et au-delà des CIS où les usagers sont impliqués dans leur fonctionnement, le fait de fréquenter un CIS est également, dans une certaine mesure (variable suivant les services proposés au sein du CIS auquel «souscrit» chaque usager), resocialisant, puisqu'il s'adresse aux usagers les plus marginalisés, lesquels sont souvent coupés de tout milieu autre que ceux en lien avec la consommation clandestine.

64 La fonction de jobiste en réduction des risques liés à l'usage des drogues. Analyse et recommandations sur une facette originale de la prévention participative. Modus Vivendi, Septembre 2007. Disponible sur : <http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/carnet46.pdf> (consulté le 23 août 2012)

4.5 ÉVALUATIONS

4.5.1 TROIS ÉTUDES «EVIDENCE-BASED»

Voici pour entrer de plain-pied dans cette partie consacrée à l'évaluation des actions et effets des CIS, les résultats essentiels des trois études «evidence-based» annoncées en introduction de ce dossier, publiées dans les journaux scientifiques suivants le CMAJ (Canadian Medical Association Journal), le Lancet et l'International Journal of Drug Policy. La première concerne la baisse des nuisances sociales, la deuxième le coût-bénéfice et le coût-efficacité d'un CIS, la troisième la baisse des overdoses fatales imputables à l'action d'un CIS, dans les quartiers de la ville avoisinant directement ce dernier.

4.5.1.1 Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users (Wood, Kerr, Small, Li, Marsh et al., 2004)

Contexte : À la date de parution de cet article, aucune évaluation standardisée de l'impact des CIS n'avait été présentée dans la littérature scientifique, bien que de nombreux CIS aient déjà été créés en Europe, ainsi qu'un à Sidney (Australie). L'étude s'est donc attachée à l'évaluation de l'impact sur l'«ordre public» du premier CIS ouvert en Amérique du Nord («Insite», 22 sept 2003, Vancouver). À noter que l'ouverture de ce premier CIS était conçue comme un projet-pilote de 3 ans, et soumise par les politiques responsables à la condition d'une évaluation scientifique rigoureuse.

Méthode : Utilisant un protocole de récolte de données standardisé de type prospectif, les auteurs ont mesuré dans un périmètre délimité⁶⁵ différents indicateurs de nuisance publique durant les 6 semaines précédant et les 12 semaines suivant l'ouverture du premier CIS de Vancouver. Les changements des variables suivantes ont été évalués entre ces deux périodes : nombre d'usagers injectant en public ; seringues et matériel d'injection abandonnés dans l'espace public. Une analyse de régression linéaire a été utilisée pour évaluer les changements au niveau de ces indicateurs de l'ordre public en tenant compte de variables pouvant fausser les changements observés entre ces deux périodes, comme la présence policière, le taux de pluviosité (issu des statistiques météorologiques officielles) ou encore la présence de dealers. En outre, afin d'éviter un biais dû à une modification des **activités de récupération** de seringues et de matériel usagé durant l'évaluation, les activités de récupération n'ont pas été modifiées par la ville de Vancouver durant la période d'évaluation.

Les auteurs ont également examiné les corrélations entre le taux de fréquentation du CIS et les différents indicateurs de nuisance publique. Pour ce faire, le taux de fréquentation du CIS a été mesuré lors des mêmes jours de récolte de données des indicateurs de nuisance (trois jours/semaine).

Résultats et discussion : La période de 12 semaines suivant l'ouverture du CIS⁶⁶ est associée à des réductions du nombre d'injections de drogues en public, ainsi que du nombre de seringues et de matériel d'injection abandonnés dans l'espace public. Ainsi, le nombre moyen d'usagers s'injectant quotidiennement en public dans le périmètre d'étude était de 4,3 dans les 6 semaines précédant l'ouverture du CIS, et est passé à 2,4 dans les 12 semaines suivantes. Les moyennes correspondantes de seringues abandonnées quotidiennement dans l'espace public étaient de 11,5 et 5,4, respectivement. De manière corollaire, le nombre de seringues déposées dans les récupérateurs publics de seringues usagées était significativement plus élevé avant l'ouverture du CIS que durant la période qui a suivi (30,9 vs. 9,4 ; $p < 0.001$).

65 La mesure des indicateurs spécifiques de l'ordre/désordre public à l'intérieur d'une aire géographique prédéfinie et à horaires hebdomadaires fixes fut réalisée sur le terrain par une simple «ronde» effectuée toujours selon le même itinéraire à travers l'aire prédéfinie, de 10 heures à midi le lundi, de 13h à 15h le mercredi, et de 15 à 17h le vendredi de chaque semaine. Les données des trois jours de récolte hebdomadaires ont été ramenées à une moyenne quotidienne pour chaque semaine d'observation, se basant sur la probable corrélation forte entre les jours d'une même semaine. Ainsi, 18 valeurs quotidiennes moyennes ont été obtenues (6 semaines avant + 12 semaines après l'ouverture).

66 Le CIS était ouvert et fonctionnel de 10h à 16h. Le nombre moyen de visites quotidiennes s'élevait à 184 la première semaine, pour grimper à 504 après 2 mois.

Enfin, de manière consistante avec l'hypothèse d'une relation causale entre l'ordre public et le fonctionnement du CIS, le taux de fréquentation de ce dernier s'est avéré être négativement corrélé aux trois indicateurs de nuisance publique. Ces corrélations étaient statistiquement significatives même après prise en compte des variables confondantes «présence policière» et «pluviosité».

À noter également que la **réduction de l'injection de drogues en public** durant la période qui a suivi l'ouverture du CIS (30.9 vs. 9.4) a également été confirmée (de manière qualitative et subjective certes) par la police et par d'autres organisations en contact avec des UDIs.

4.5.1.2 Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study (Marshall, Milloy, Wood, Montaner & Kerr, 2011)

Contexte : Cette étude, publiée dans le Lancet, visait à déterminer si l'ouverture du CIS (baptisé «*Insite*») dans la ville de Vancouver le 21 septembre 2003 pouvait être associée à une réduction subséquente de la mortalité par overdoses chez son public-cible.

Méthode : Les taux de mortalité par overdose dans la population ont été mesurés dans la période précédant l'ouverture du CIS (1er janvier 2001 - 20 septembre 2003) et dans celle qui a suivi cette ouverture (21 septembre 2003 - 31 décembre 2005). Les taux d'overdoses fatales survenues durant ces deux périodes ont été comparés entre la population vivant dans un rayon de 500m autour du CIS, et celle vivant dans le reste de la ville (groupe contrôle). Une étude précédente (Wood et al., 2004, cité par Kerr et al., 2011) a été utilisée par les auteurs pour identifier la zone d'habitat des usagers les plus «habituels» d'*Insite*. Ces données révélaient que plus de 70 % des usagers quotidiens n'habitaient pas plus loin qu'à 4 blocs du CIS. Les auteurs ont donc supposé que cette aire serait celle dans laquelle le CIS aurait l'effet le plus marqué en termes de réduction de mortalité par overdose. Ainsi, le «voisinage immédiat» du CIS fut défini comme tous les blocs ayant leur centre de gravité («centroid») à l'intérieur d'un rayon de 500m autour du CIS.

Le **recensement des décès** par overdoses répertoriées dans l'étude provient de l'enregistrement effectué par le Service de Médecine Légale de Colombie Britannique. Ce service public est responsable des enquêtes et de la documentation de toute mort non naturelle, inattendue ou inexplicable. Toute mort enregistrée par le médecin légal comme provoquée par une overdose accidentelle de drogue illicite (ou détournée de son utilisation licite !) était éligible à l'inclusion dans l'étude.

Résultats et discussion : On signalera tout d'abord que, comme dans les autres études examinées, les auteurs n'ont pas péché par optimisme dans leurs hypothèses. On pourrait même signaler deux potentiels biais les amenant à sous-estimer l'effet du CIS en termes de réduction des overdoses mortelles. En effet, les statistiques du Service de Médecine Légale de Colombie Britannique répertorient les décès dus à *toutes* les overdoses, et pas seulement les overdoses liées à l'injection. Par ailleurs, un deuxième biais de sous-estimation de l'impact effectif d'*insite* provient du fait que les overdoses accidentelles et intentionnelles (suicides) ne sont pas toujours faciles à dissocier en médecine légale. Ces deux biais font sans doute que l'effet absolu d'*Insite* est sous-estimé puisqu'on comptabilise des overdoses sur lesquelles *Insite* ne pourra a priori jamais avoir d'impact (celles qui sont intentionnelles, et celles qui ne pourront jamais être prévenues par *Insite*).

Durant la durée de l'étude, *Insite* a assuré une moyenne de plus de 500 injections supervisées par jour, bien que n'étant qu'un projet-pilote ne disposant que de 12 «sièges» d'injection, dans un voisinage comprenant pourtant environ 5000 injecteurs. Sur l'ensemble des deux périodes, 290 personnes sont décédées d'overdose dans la ville : 30,7 % des décès sont survenus dans un rayon de 500m autour du CIS. Si l'on compare les deux périodes, le taux d'overdoses fatales dans ce rayon a diminué de 35 % après l'ouverture du CIS, passant de 253,8 à 165,1 morts par 100.000 personnes-et par an ($p=0,048$). Comparativement, le taux d'overdoses fatales recensées dans le reste de la ville a seulement diminué de 9,3 %, passant de 7,6 à 6,9 morts par 100.000 personnes et par an ($p=0,490$). Enfin, l'interaction entre les variables «période» et «zone géographique» est par ailleurs significative ($p=0,049$), ce qui confirme qu'*Insite* a un impact positif et significatif sur le taux d'overdoses observées dans son rayon d'action

lorsque l'on prend en compte dans l'estimation statistique les mesures de contrôle (les OD survenues en dehors de son champ d'action).

Par ailleurs, des tests «de sensibilité» ont été effectués sur des unités de population plus petites que le total des habitants du «voisinage immédiat» (500m) de la SIS : tests effectués dans le même périmètre, mais sur les habitants des «blocs» d'une part, les habitants des «unités de recensement» gouvernementales (2500 à 8000 personnes) de l'autre. Ces tests supplémentaires ont confirmé l'impact du CIS sur la réduction d'overdoses mortelles.

Afin d'écartier un éventuel biais dû à une possible différence dans la présence de **traitements de substitution à la méthadone** dans le voisinage immédiat du CIS (500m) d'une part et au-delà de ce voisinage d'autre part, les auteurs ont à nouveau fait appel à l'étude précitée (Wood & al., 2004). Il ressort de cette étude que 23,4 % des participants vivant dans le «voisinage immédiat» (500m) du CIS suivaient un traitement de substitution à la méthadone, contre 23,9 % des participants habitant dans le reste de la ville, cette différence non-significative excluant l'éventualité d'un tel biais.

Les auteurs ont également pris en compte un autre biais potentiel, à savoir **l'importante augmentation de la population habitant dans le voisinage immédiat du CIS (500m) entre 2001 et 2005** (+ 14 %). Pour ce faire, ils ont corrigé leur estimation en examinant la baisse des overdoses à *population égale de 2001 à 2005*, celle-ci étant à nouveau significative (-30 %, par rapport à -35 % lorsque l'on ne tient pas compte de ce facteur⁶⁷).

Notons finalement qu'aucun changement significatif n'a été observé durant la période de l'étude en ce qui concerne **l'offre de produits** et la **pureté** de ceux-ci, ni dans les **types de drogues impliqués** dans des décès durant la période en question, que ce soit dans le voisinage du CIS ou au-delà. Quant aux modes d'usage («patterns»), ils sont également restés constants durant cette période (Wood, Stoltz, Li, Montaner, & Kerr, 2006, cité par Kerr et al., 2011). Ces constats excluent donc l'influence de ces variables dans la différence de taux d'overdoses mortelles observée dans le voisinage du CIS entre les deux périodes comparées.

De manière générale, les **différences de taux de mortalité pré-post CIS** entre le voisinage de celui-ci et le reste de la ville suggèrent que l'impact d'un CIS est strictement limité à un périmètre assez restreint (la zone d'habitat/de vie des UDI), ce qui souligne la nécessité de les multiplier (un seul CIS pour une ville comme Bruxelles serait certainement insuffisant puisqu'on y recense plusieurs lieux de concentrations d'UDI) et de les implanter dans des zones à forte concentration d'UDI. L'examen d'une étude similaire mais portant sur l'impact d'un CIS au sein de villes de taille similaire aux grandes villes belges serait nécessaire pour le confirmer.

4.5.1.3 A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility (Andresen & Boyd, 2009)

Contexte : Le but de cette étude était d'évaluer et comparer le coût-bénéfice et le coût-efficacité du premier CIS d'Amérique du Nord (*Insite*), ouvert à Vancouver (voir ci-dessus) en analysant des données indirectes récoltées en 2008.

Méthodologie : Le nombre de nouvelles infections au VIH évitées par *Insite* et le nombre de morts prévenues annuellement par ce CIS ont été estimés par modélisation mathématique sur base de statistiques officielles ou bien documentées dans la littérature⁶⁸ : **taille de la population d'UDIs**,

⁶⁷ Selon les auteurs, les statistiques de recensement du Canada ont justement fourni des efforts considérables pour mieux recenser les publics «cachés», dont les sans-abri et les usagers de drogues. Un meilleur recensement de ces populations ne risque donc pas a priori de faire baisser artificiellement le taux d'overdoses.

⁶⁸ À noter que, lorsque c'était possible, les statistiques officielles de la ville de Vancouver ont été utilisées dans les estimations. Lorsque celles-ci n'étaient pas disponibles, les auteurs ont fait appel à des chiffres largement utilisés dans la littérature médicale ou de santé publique. Les chiffres les plus prudents (les hypothèses «basses», dites «conservative values») ont été généralement retenus, afin que le coût-bénéfice et le coût-efficacité ne pèchent pas par excès d'optimisme.

fréquence d'injection de la population d'UDIs, **taux de transmission du VIH** chez les UDIs, et **prévalence du VIH** chez les UDIs.

Afin d'identifier l'éventuelle économie sociétale produite par *Insite*, le nombre de nouvelles infections au VIH évitées par *Insite* fut multiplié par le coût pour la sécurité sociale du traitement d'une infection au VIH (coût estimé sur l'ensemble de la vie restante des patients), alors que le nombre de morts prévenues annuellement par *Insite* a été multiplié par la «valeur» d'une vie au regard de l'économie sociétale. Le coût annuel d'implémentation d'*Insite* a été utilisé pour estimer le coût sociétal de ce CIS. Les ratios coût-efficacité et coût-bénéfice ont ensuite été inférés de ces informations.

Résultats et discussion : Sur base d'estimations très prudentes, les auteurs ont calculé que le CIS de Vancouver, "*Insite*", prévenait en moyenne 35 nouvelles infections au VIH et près de 3 morts chaque année. Cela représente un bénéfice sociétal de 6 millions de dollars par an après prise en compte des coûts du programme, ce qui correspond à un coût-bénéfice de 5,12 :1. Voyons plus en détail les différents termes des équations qui leur ont permis d'arriver à de telles estimations.

Le **coût opérationnel annuel du CIS «*Insite*»** (en ne tenant compte que de la partie «injection supervisée», c'est-à-dire sans les services connexes comme case management, soins de santé primaires et autres), fut estimé à 1,5 million de dollars. Deux autres estimations tenant compte de ces services connexes, existaient cependant : l'une, à 2 millions, l'autre à 3 millions de dollars. On va donc du simple au double (1,5 versus 3 !).

On pourrait objecter à raison, donc, que le ratio coût-bénéfice ainsi calculé risque d'être surévalué (2 fois trop élevé) puisque les coûts sont peut-être sous-évalués (ne représentant, selon l'estimation la plus haute, que la 1/2 du coût total d'*Insite*). En effet, les bénéfices en termes de changement de comportements hors-*Insite* (baisse des comportements à risque, comme le partage de seringues) sont, quant à eux, évalués en tenant compte de l'ensemble des services d'*Insite*, c'est-à-dire de tous les services connexes en plus de la salle d'injection elle-même. On aurait donc un coût sous-évalué, pour un bénéfice «correctement» évalué. Une estimation somme toute trop optimiste.

Toutefois, pour éviter cet excès d'optimisme, les auteurs ont justement divisé par deux les estimations des changements de comportements (baisse des comportements à risque) hors-*Insite*. En effet, Kerr et al. (2005, cité par Andresen & Boyd, 2009) estimaient le taux de partage des seringues des usagers d'*Insite* à 0.30 fois ce qu'il était pour les UDIs qui ne fréquentaient pas *Insite*. Les auteurs de la présente étude multiplient simplement ce ratio par deux, ce qui le fait passer à un ratio de 0.60 !

L'estimation du coût médical d'une nouvelle infection VIH dans la littérature américaine varie de 50.000 à 200.000 dollars américains. La valeur retenue par les auteurs, issue d'une étude de 1997 (Gold, Gafni, Nelligan & Millson, 1997, cité par Andresen & Boyd, 2009.), fut de 150.000 dollars canadiens ; elle est basée sur une estimation de survie de 10 ans avec le VIH.

La valeur estimée d'un décès évité qui a été retenue par les auteurs est de 1,6 millions de dollars canadiens. Elle est basée sur une estimation basse - 5 millions de dollars canadiens (Miller, Cohen & Wiersema, 1996, cité par Andresen & Boyd, 2009.) observée dans la littérature et préférée à une estimation haute - 10 millions des mêmes dollars (Cohen, Rust, Steen, & Tidd, 2004), estimation basse qui a par ailleurs été revue à la baisse afin de la ramener uniquement à ce qui peut être considéré comme «tangible», soit la perte de productivité/revenu⁶⁹ et les coûts médicaux (que ce soit pour un décès par overdose ou par contraction du VIH).

On pourrait contre-argumenter qu'un toxicomane qui meurt serait plutôt une «charge» en moins pour la société, puisque s'il vit, il coûtera à celle-ci plus sûrement qu'il ne lui rapportera. Outre le fait que,

69 La perte concrète due au décès d'une personne peut être considérée comme la valeur que la personne aurait pu amener à l'économie sociétale si elle avait vécu. Cette valeur est estimée par les auteurs à partir du produit intérieur brut par habitant (PIB), soit 33.640 dollars. L'âge moyen des usagers fréquentant *Insite* ayant été évalué à 35 ans, et la retraite de la vie active étant fixée à 65 ans au Canada, les auteurs comptent 30 ans en moyenne de perte de productivité par personne en cas de décès. Ce chiffre est ramené à 20 ans pour les personnes contractant le virus VIH, la survie de ces derniers étant évaluée à 10 ans ! En multipliant ce nombre d'années par le PIB moyen par habitant, les auteurs obtiennent le chiffre de 500.000 dollars canadiens potentiellement perdus par la société pour une personne contractant le VIH, et 660.000 dollars pour une personne décédant d'overdose.

par philosophie, les acteurs de santé publique refusent généralement d'adopter ou de cautionner cette pensée utilitaire purement cynique, et évaluent la vie de leurs usagers comme n'importe quelle autre vie, ce qui importe ici, c'est justement la vie «potentielle» qu'aurait menée la personne non-infectée, ou non-décédée d'une overdose, qui peut «potentiellement» atteindre le niveau de toute autre vie «normale»⁷⁰.

Le pourcentage de morts dues au VIH chez les UDIs est connu et publié, au Canada, via les statistiques de la médecine légale. Il était de 5,1 % de l'ensemble des UDIs décédés en 2002. La modélisation mathématique a permis aux auteurs d'estimer à 35 le nombre d'infections au VIH prévenues annuellement par *Insite*⁷¹.

Deux études précédentes ont fourni les taux d'overdoses annuelles survenues dans les murs d'*Insite*. Kerr, Stolz & al (2006, cité par Andresen & Boyd, 2009) et Kerr et al. (2006, cité par Andresen & Boyd, 2009) ont ainsi rapporté que parmi les overdoses survenues dans *Insite*, 16,4 % ont mené à un arrêt respiratoire. Bien que l'arrêt respiratoire ne soit pas la seule cause possible de décès lors d'une overdose, les auteurs ont uniquement considéré ces 16,4 % comme overdoses potentiellement fatales, afin d'obtenir une estimation qui ne soit pas trop optimiste (estimation basse).

Sur base de ces différentes variables, la moyenne des résultats des quatre modèles mathématiques fournit un **ratio coût-bénéfice, pour les morts évitées et les infections au VIH prévenues**, de 5,12 :1. Ces morts et ces infections évitées rapporteraient donc à la société 5,12 fois ce qu'elles lui coûtent. Les auteurs insistent sur le fait que ce ratio est probablement encore sous-estimé, vu les «hypothèses basses» qui ont systématiquement été adoptées pour les variables utilisées dans les estimations.

Ce ratio coût-bénéfice se situe dans la moyenne des autres ratios coût-bénéfice dégagés par les études pour différentes interventions en prévention ou traitement des assuétudes. Cette comparaison doit cependant être prise avec précautions, les résultats recherchés par les différentes interventions n'étant pas toujours comparables. Notamment, au contraire de certaines interventions, *Insite* n'a pas été pensé pour faire baisser le taux de criminalité dans le quartier où il fut installé (même si - voir ci-dessus -, les nuisances publiques s'en sont malgré tout trouvées largement réduites !). Cependant, ces comparaisons sont suffisantes à placer le CIS *Insite* parmi une série de modalités de réponses efficaces et rentables aux problèmes soulevés par l'usage de drogues par intraveineuse. Et ce d'autant que certains bénéfices liés aux autres services d'*Insite* (diagnostics, immunisation, renvoi à des structures de soins/sevrage) n'ont pas été inclus dans les calculs des auteurs, bien que d'autres études l'aient fait par ailleurs (Frei, Greiner, Mehnert & Dinkel, 2000, cité par Andresen & Boyd, 2009), et qu'il résulte de ces bénéfices une diminution substantielle de l'appel à des ressources médicales diverses.

4.5.2 REVUE DES ÉTUDES ET RAPPORTS D'ÉVALUATION

Il est éthiquement inconcevable d'organiser des protocoles expérimentaux stricts qui viseraient à dégager des preuves scientifiques des effets des CIS. L'idéal sur le plan méthodologique serait en effet d'échantillonner les UDIs et de les répartir aléatoirement dans deux groupes en veillant à ce que ceux-ci soit appariés au niveau de certaines variables (âge, niveau socio-économique, nationalité, etc.) : un groupe serait «invité» à fréquenter le CIS alors que l'autre en serait interdit d'accès et volontairement laissé à sa précarité.

70 Deux choses à ce propos : d'abord, *Insite*, comme de nombreux CIS, propose un ensemble de services qui dépassent la seule injection stérile et constituent en fait une prise en charge globale de l'usager, susceptible de l'amener vers une amélioration considérable de sa santé générale à long terme. Ensuite, le professeur Sandro Cattacin, de l'Université de Genève, faisait remarquer au cours de la journée «Une politique cohérente en matière d'assuétudes à Bruxelles» organisée par la CTB à Flagey le 15 avril 2008, que les usagers injecteurs suisses suivant des programmes d'injection d'héroïne médicale menaient souvent aujourd'hui, du point de vue communautaire, une vie proche de la normale, dans le sens où ils venaient s'injecter leurs produits le matin, se rendaient à leur travail, revenaient s'injecter leurs produits le soir, puis rentraient chez eux mener une vie familiale pareille à des milliers d'autres. Cette expertise indique qu'il n'est que très partiellement vrai de penser qu'en cas de survie, les usagers d'opiacés ne seront jamais qu'une charge pour la société.

71 Quatre modèles mathématiques, issus de trois sources différentes, ont été utilisés. Ces modèles estiment le nombre d'infections au VIH directement évitées (Laufer, 2001. Cité par Andresen & Boyd, 2009.), et évaluent le nombre d'infections au VIH avec et sans les prestations du CIS (Kaplan & O'Keefe, 1993; Jacobs et al., 1999; Laufer, 2001. Cité par Andresen & Boyd, 2009).

La plupart des CIS évalués l'ont été via des observations de type monitoring utilisant les données routinières des CIS et évaluant leurs résultats par des méthodes d'enquête avant/après auprès des usagers. Des données tierces (police, institutions municipales...) permettent souvent de recouper ces données. Enfin, le CIS de Sidney et celui de Vancouver ont été évalués de manière approfondie selon des méthodes plus complexes et scientifiquement plus robustes (études longitudinales, études rétrospectives).

En voici les résultats les plus marquants :

4.5.2.1 Publics particulièrement marginalisés et hors d'atteinte

Les usagers qui se rendent dans un CIS pour faire usage de ses services sont en général plus nombreux que ceux qui ne s'y rendent pas «à être sans domicile fixe, à s'injecter chaque jour de l'héroïne et/ou de la cocaïne, à s'injecter dans des lieux publics, et à avoir eu une overdose récente (...)». L'évaluation du CIS de Sydney a aussi montré, chez les usagers fréquents, une vulnérabilité particulière telle que l'injection en public ou le recours à la prostitution» (Bello et al., 2010, p214).

Il est donc désormais bien établi qu'un public particulièrement marginalisé, difficile à joindre et à haut risque est atteint par les actions des CIS.

4.5.2.2 Améliorer la santé des usagers en réduisant la morbidité et la mortalité associées aux overdoses/surdoses

«Tous les CIS sont équipés pour faire face aux overdoses et leur personnel est formé. Dans certains CIS, un médecin est présent sur place (Madrid, Sydney), dans d'autres, les équipes interviennent pour les premiers secours et font appel aux services d'ambulance si nécessaire. Les overdoses ou autres urgences sont des événements enregistrés dans la plupart des CIS et les taux rapportés varient entre 0,5 à 7 urgences pour 1 000 injections» (Bello et al., 2010, p216).

Une des objections opposées à l'ouverture de CIS fut la crainte que leur fréquentation par les usagers, créant un climat de fausse sécurité, amène ces derniers à adopter des comportements plus risqués qu'avant, les exposant à un risque accru d'overdose. Or, «Une étude menée chez les usagers du CIS de Vancouver, mesurant le taux d'overdoses non fatales avant et après le début de la fréquentation du CIS n'a pas montré d'augmentation» (Bello et al., 2010, p217). Inversement, comme nous l'avons vu plus haut, l'implantation d'un CIS semble même associée à une diminution des overdoses fatales enregistrées dans le voisinage du CIS (Marshall et al., 2011).

Pourtant, la plus-value du CIS s'exprime évidemment dans la possibilité d'intervention médicale face à ces dernières. En effet, malgré les milliers d'overdoses (Heidrich, 2004) survenant dans les CIS, (comme à l'extérieur), aucune de celles survenant dans les CIS n'a donné lieu à un décès jusqu'à ce jour. Cette donnée, et les estimations réalisées sur l'état de santé des patients, suggère un réel impact des CIS sur la morbidité et la mortalité associées aux overdoses.

Par ailleurs, les conseils très largement diffusés dans les CIS quant aux dosages, et le fait que le personnel décourage voire interdise les mélanges semble quand même jouer un rôle non négligeable de prévention des overdoses. (Noël et al., 2009).

La plus-value des CIS en termes de prévention et traitement des overdoses semble donc bien réelle. La morbidité et la mortalité associées à celles-ci s'en trouvent infléchies de manière encourageante.

4.5.2.3 Réduire les risques spécifiques pour la santé liés à l'injection

Les risques encourus par les injecteurs, sur lesquels peuvent agir les travailleurs des CIS, sont les risques de transmission des maladies infectieuses (VIH, VHC) et les risques d'infections liés à des conditions d'injection peu hygiéniques. On citera aussi toutes les lésions directes (plaies, œdèmes, lésions des

veines), infections cutanées (abcès), ou encore le risque de thrombose, même si ceux-ci sont nettement moins évalués!

En Allemagne, en Australie et au Canada, on a pu observer des effets positifs des CIS sur l'injection à moindre risque : «76 % des usagers à Vancouver, 46 % des usagers journaliers à Hambourg et 41 % des usagers à Sydney rapportent des progrès dans leur pratique de l'injection.» (Bello et al., 2010, p217).

Il en va de même pour ce qui est du partage des seringues, selon les études qui ont réussi à isoler les effets des CIS (ce qui n'est pas aisé, vu la multiplicité des intervenants en réduction des risques notamment - échange de seringues, pharmacies, etc.) :

«L'évaluation du CIS de Vancouver (Kerr et coll., 2005 ; Wood et coll., 2005d et 2006c) et une étude récente menée à Madrid et Barcelone (Bravo et coll., 2009) ont (montré) une diminution du partage des seringues spécifiquement associée à la fréquentation de CIS chez des usagers de drogues injectées recrutés dans la communauté.» (Bello et al., 2010, p218).

Par ailleurs, il semblerait que les changements de comportements positifs dans les pratiques des injecteurs semblent de nature à influencer, à l'extérieur, une population d'usagers plus large que ceux qui utilisent les CIS (Heidrich, 2004). Ceux-ci seraient influencés positivement dans leur pratique de l'injection par les «bonnes pratiques» émergentes de leurs pairs ayant fréquenté les CIS.

Il faut toutefois noter que l'effet direct des CIS sur l'incidence (nombre de nouveaux cas) des maladies infectieuses reste difficile à isoler, à cause des difficultés méthodologiques déjà citées (difficulté de créer un «groupe témoin», notamment), mais aussi à cause de la multiplicité des interventions proposées en dehors des CIS.

Sur le point précis de la réduction de l'incidence du VIH et du VHC, les résultats liés à l'évaluation des CIS de Sidney et de Vancouver restent encore parcellaires. Il faudra attendre la poursuite des études longitudinales en cours pour obtenir des données totalement fiables sur le sujet. La seule chose qui est réellement acquise, c'est que la fréquentation des CIS tend à faire baisser les prises de risques (partage des seringues et du matériel d'injection) liées à la transmission de ces maladies. Mais il faut se rappeler que, par exemple au Québec, on n'a pu mesurer qu'après 10 ans environ une baisse irréfutable de l'incidence du VIH chez les injecteurs faisant usage des programmes d'accès au matériel d'injection (comptoirs d'échange de seringues, etc.). (Noël et al., 2009).

On retiendra donc globalement que des preuves convaincantes existent que les risques spécifiques liés à l'injection sont réduits par les actions des CIS, lesquels ont également un effet positif sur les habitudes d'injection entraînant des risques de transmission des maladies virales.

4.5.2.4 Favoriser l'accès aux soins

L'accès aux soins reste variable d'un CIS à l'autre, allant de la simple offre de soins de base jusqu'aux traitements de substitution. La majorité des CIS adressent les usagers à d'autres centres plus spécialisés pour les prises en charge somatiques ou de la dépendance.

On retiendra cependant avec Heidrich que les évaluations existantes portant sur les CIS en Suisse, en Allemagne et aux Pays-Bas indiquent que leurs usagers font usage de l'offre de services sociaux et de santé, au point que la demande dépasse souvent l'offre. Cela se comprend aisément, puisque cette population marginalisée est, comme on l'a vu, peu en contact avec ce type de structure par ailleurs. De plus, cette auteure note que seule une petite proportion des usagers ne font usage du CIS que pour profiter des salles de consommation. La majorité d'entre eux font appel à un moment ou l'autre aux services médicaux, de conseil ou de traitement proposés (Heidrich, 2004).

De manière générale, «les données disponibles permettent donc de conclure que les CIS contribuent à l'amélioration de l'accès aux soins des usagers de drogues injectées, par leur offre de soins de base et par leur activité de relais vers des structures plus spécialisées.» (Bello et al., 2010, p218)

4.5.2.5 Vérifier l'absence d'effets secondaires indésirables potentiels

L'ouverture de CIS soulève généralement une triple inquiétude quant aux effets non recherchés suivants : l'augmentation du nombre d'injecteurs, l'augmentation de la fréquence d'injection et la diminution du nombre d'entrées en traitement.

Les cas de première injection dans un CIS sont rares. Celle-ci y est majoritairement prohibée, et dans le pire des cas, découragée. «À Vancouver, on a pu mettre en évidence qu'il n'y avait pas eu une augmentation de nouveaux injecteurs dans la communauté à la suite de l'ouverture du CIS, et plusieurs autres études ou revues ont fait des observations qui vont dans le même sens. À Genève, une enquête qualitative a montré que les usagers réagissaient de manière variable à l'existence du CIS. Pour certains, il représente un facteur de stabilisation ou de diminution de la consommation, pour d'autres un facteur d'augmentation de la consommation, ces deux situations sont minoritaires et semblent être d'importance équivalente. Pour la plupart des usagers, la fréquentation du CIS n'a pas d'influence sur la fréquence de consommation.» (Bello et al., 2010, p219).

Voici ce que relatent les auteurs quant à une possible diminution de l'entrée en traitement ou même à l'abandon des traitements en cours : «Une étude menée dans la communauté à Vancouver a montré qu'il n'y avait pas eu d'augmentation du nombre de rechutes chez les personnes traitées ni une diminution du nombre de personnes qui arrêtent de s'injecter. Les études menées en Suisse ne montrent pas non plus d'effet délétère sur l'entrée ou le maintien en traitement.» (Bello et al., 2010, p220)

Quant aux usagers des CIS qui ont abandonné un traitement ou qui le suivent mal (notamment en continuant à s'injecter par ailleurs), la fréquentation du CIS est plutôt une occasion de renouer le contact avec eux et de leur donner l'opportunité de reprendre le traitement de manière suivie. Ainsi, entre l'année qui a précédé l'ouverture d'*Insite* à Vancouver, et celle qui l'a suivie : «La proportion de ceux qui sont entrés en traitement de la dépendance est passée de 21,6 % à 31,3 % (...). Le mécanisme de référence vers les services de traitement de la dépendance, lorsqu'il est facilité par un contact direct entre les usagers et un conseiller du SIS, augmente en efficacité(...). Les mêmes effets avaient été observés avec les programmes d'accès au matériel d'injection (...).» (Noël et al., 2009, p33).

Pour le point précis des usagers en traitement de substitution à la méthadone, si certains pays comme l'Allemagne les excluent de la plupart des CIS, d'autres comme la Suisse partent du point de vue pragmatique selon lequel, une fois que des usagers sous méthadone ont choisi de s'injecter quand même des opiacés par ailleurs, autant essayer qu'ils le fassent dans les conditions les plus sécurisées et hygiéniques possibles (Hedrich, 2004).

Globalement, les études disponibles suggèrent que les CIS ne conduisent pas à une augmentation des personnes qui s'injectent et de la fréquence d'injection et qu'il y a complémentarité plutôt qu'opposition entre CIS et traitement (Bello et al., 2010, p220).

Finalement, un point précis, pour mémoire : une étude suisse a examiné la possible association entre le fait que du crack soit fumé dans certaines de ces "smoking rooms" avec une montée de la violence et des agressions dans le CIS, mais un tel lien n'a pu être validé. (Spreyermann & Willen, 2003., cité par Deutsche AIDS-Hilfe and akzept e.v., 2011).

4.5.2.6 Diminuer les nuisances pour la communauté

On l'oublie, mais les mesures de réduction des risques, et singulièrement les CIS, ont souvent répondu à un désir de réduire les nuisances encourues ou perçues par la communauté. Il s'agit des nuisances en termes de santé publique d'abord (abandon de matériel usagé qui fait courir un risque pour la santé des habitants), et ensuite des nuisances sociales (rassemblements, bruit, dans certains cas petite délinquance, injection dans l'espace public, deal, etc.).

«Les attentes de la population à ce sujet étaient grandes, par exemple en Suisse où l'ouverture des premiers CIS a fait suite à une période d'existence de «scènes ouvertes de la drogue» (Zobel & Dubois-Arber, 2004, cité par Bello et al., 2010, p221).

L'étude sur l'impact du CIS *Insite* examinée plus haut (Wood et al., 2004) a, on l'a vu, révélé une diminution de l'injection dans l'espace public et de l'abandon de matériel d'injection usagé, tendances confirmées par des observations ultérieures de la police.

Des études similaires menées à Sidney et à Genève montrèrent des résultats plus contrastés, avec parfois une fluctuation des nuisances vers le bas, puis vers le haut, mais montrèrent sur le moyen terme des résultats tout aussi positifs, moyennant parfois quelques ajustements des programmes.

On notera aussi que, s'il arrive malgré tout que certains des usagers de CIS continuent à faire usage de drogues dans l'espace public, cela semble largement lié à une capacité et une couverture insuffisantes, raison pour laquelle une plage d'ouverture longue et un élargissement de la capacité de certains CIS seraient de nature à couvrir les besoins d'une portion plus satisfaisante de la population cible (Heidrich, 2004).

«Pour ce qui concerne les délits associés à la consommation (deal, vols...), l'évaluation de Vancouver n'a montré ni augmentation ni diminution du trafic, des agressions ou des vols dans le quartier du CIS entre l'année précédant l'ouverture et l'année suivante. Un constat similaire avait été fait à Genève et aux Pays-Bas.» (Bello et al., 2010, p221).

Globalement, les enquêtes menées auprès du voisinage des CIS, ainsi que les registres des plaintes déposées à la police, montrent des résultats positifs, suite aux ouvertures de CIS, en termes de nuisances perçues. Quant aux délits commis pour se procurer de la drogue (vols, cambriolages...), les études disponibles ne révèlent pas d'augmentation de ceux-ci dans le voisinage des CIS (d'après les données policières). Les policiers eux-mêmes, quant à eux, témoignent souvent de ce que les CIS contribuent à prévenir ou minimiser l'usage public de drogues. Mais cela n'est vrai que si les actions de la police ne sont pas renforcées dans d'autres quartiers, ce qui a parfois eu, à la marge, pour effet de relocaliser des «scènes ouvertes» de consommation plus près des CIS (Heidrich, 2004).

On a donc un ensemble de données fiables et convergentes qui indiquent que les nuisances tendent à diminuer dans le voisinage des CIS, tandis que la criminalité liée à l'acquisition de drogues reste stable, ne disparaissant pas mais n'augmentant pas non plus. On n'oubliera pas, à ce sujet, que faire baisser cette criminalité reste le travail de la police plutôt que des acteurs du champ socio-sanitaire.

4.5.2.7 Gagner l'acceptation par les parties prenantes (quartier, commerces, politiciens, police)

Planter un CIS dans une communauté en le faisant accepter par celle-ci, selon la littérature existante, a toujours dépendu, même en cas de résistance politique forte, du degré d'interaction des responsables du CIS avec les institutions et les groupes communautaires locaux : «D'une manière générale, les études et revues disponibles constatent que l'implantation des CIS a rencontré des difficultés, qui ont pu être plus facilement surmontées lorsqu'un consensus local pouvait être construit et que la communication et la collaboration entre les structures, la police, les riverains, les autorités politiques fonctionnaient.» (Bello et al., 2010, p221).

Il faut noter à ce sujet qu'en l'absence d'une telle collaboration entre toutes les institutions en présence, le risque de concentrations d'usagers peut même être accru. En effet, de telles concentrations ont été observées dans certains quartiers de villes européennes suite à l'implantation de services de réduction des risques (dont des CIS), mais c'était dans un contexte de «zone de tolérance», en même temps que se déployaient des activités de répression plus suivies dans d'autres quartiers, et en l'absence des mêmes services de réduction des risques dans ces autres quartiers. En d'autres mots, ajouter une branche, même spécialisée, à un ghetto abandonné par les institutions, sans décroquer ce ghetto et sans y réintroduire les institutions qui l'ont quitté (même la police !), ne va faire que ghettoïser encore plus l'aire en question ! (Kubler et al., cité par Noël et al., 2009). Notamment pour *Insite*, à Vancouver, la police a joué un rôle actif pour inciter les usagers qui s'injectaient dans l'espace public à faire usage du CIS. Toute implantation a donc tout intérêt à se faire en concertation avec des institutions présentes et actives sur le terrain.

On a pu voir plus haut (Andresen & Boyd, 2009), que le rapport coût-bénéfice du CIS *Insite* de Vancouver était positif (réduisant à terme la charge financière qui pèse sur la collectivité), même si les coûts d'implantation et de fonctionnement d'un CIS sont élevés. D'autres études sur les CIS de Vancouver et de Sidney vont dans le même sens (MSIC Evaluation Committee, 2003 ; Bayoumi & Zaric, 2008, cité par Andresen & Boyd, 2009).

4.5.2.8 Sécurité sanitaire

Toutes les évaluations de processus menées dans des CIS ont mis en évidence que les conditions hygiéniques nécessaires à une injection «propre» pouvaient être réunies et maintenues. Si une insécurité est à prendre en considération et à gérer, elle serait plutôt du côté organisationnel et humain :

«Les problèmes rencontrés sont essentiellement liés au respect des règles de fonctionnement ou aux files d'attente. Les tentatives de deal à l'intérieur ou aux abords du CIS, la tension chez les personnes en manque pendant l'attente, les conflits entre usagers existent et peuvent être source de stress pour le personnel, qui doit à la fois accueillir les usagers, superviser les injections, et maintenir l'ordre en appliquant parfois des sanctions. Le personnel est exposé à des situations tendues, dramatiques ou lui posant des problèmes d'éthique ou de limites entre le maintien du lien avec l'usager dans un esprit de réduction des risques et le respect absolu des règles de fonctionnement. Toutefois, ces problèmes peuvent être gérés et ne sont pas suffisamment fréquents ou importants pour empêcher un bon fonctionnement des CIS. La formation et le suivi du personnel sont un élément déterminant de la qualité du service des CIS.» (Bello et al., 2010, p216)

Globalement, les évaluations révèlent que, malgré des difficultés prévisibles qui restent surmontables, les populations les plus à risques peuvent être accueillies dans les CIS, et leur consommation gérée de manière satisfaisante à la fois du point de vue de la sécurité sanitaire et du point de vue organisationnel.

4.5.2.9 Motivation et satisfaction des usagers

De manière générale, les services et le cadre proposés par les CIS conviennent tout à fait, selon les évaluations, aux usagers. Les facteurs de satisfaction cités de manière prépondérante par ces derniers sont : le cadre serein (sans stress) dont ils bénéficient pour s'injecter ; les conditions d'hygiène rencontrées ; l'absence d'intervention policière - au contraire des scènes «ouvertes» de rue ; la sécurité qu'offre le CIS par rapports aux risques immédiats liés à l'injection ; l'aspect «lieu de rencontre» ; l'accès à des soins de base et à des conseils que fournissent les CIS ou encore l'apprentissage encadré de l'hygiène d'injection et de l'hygiène corporelle en général. Notons à ce sujet que les usagers d'*Insite* «estiment que les activités éducatives à *Insite* sont particulièrement efficaces en comparaison de celles fournies dans le cadre d'autres activités de prévention comme l'accès aux seringues. La démonstration de l'injection sécuritaire au moment de la consommation s'avère plus efficace que le simple enseignement des pratiques sécuritaires.» (Noël et al., 2009, p30).

Soulignons aussi que l'accès à des soins médicaux de base semble jouer un rôle important dans la motivation des usagers à utiliser les CIS, et dans leur satisfaction (Hedrich, 2004).

4.6 VALIDITÉ DES ÉVALUATIONS

L'analyse critique de la littérature réalisée par Noël (Noël et al., 2009) n'a relevé qu'une faiblesse considérée comme significative dans les études d'évaluation des CIS disponibles à cette date. Celle-ci fut relevée dans une étude de Wood, Tyndall, Zhang, et al. (2006), qui portait sur l'effet de la fréquentation d'un CIS sur l'entrée en cure de désintoxication.

L'étude porte exactement sur la proportion d'usagers qui ont entamé un traitement de la dépendance ou une cure de désintoxication pendant leur fréquentation du CIS *Insite*, et les facteurs qui y sont associés. Celle-ci fait référence à une cohorte d'injecteurs appelée cohorte SEOSI (Scientific Evaluation of Supervised Injecting - SEOSI - cohort) basée sur un échantillon représentatif des usagers du CIS (Wood et al., 2004, cité par Noël et al., 2009). Voici ce qu'en disent les auteurs : «Les résultats montrent que 18 % des usagers du service participants à la cohorte SEOSI avaient entrepris un programme de désintoxication ou de traitement au moment du suivi. Or, les auteurs tirent la conclusion que la mise en opération de *Insite* n'avait pas eu pour effet de réduire la proportion des personnes recourant à de tels programmes. En l'absence d'un point de comparaison (que ce soit par un contrôle pré-post exposition dans la même cohorte ou par la comparaison avec une cohorte d'usagers n'utilisant pas les services du SIS), cette conclusion apparaît non justifiée.» (Noël et al., 2009, p36).

Cela dit, les auteurs soulignent l'existence d'une étude réalisée par les mêmes auteurs sur le même sujet, qui a suivi la première, et qui compense largement la faiblesse relevée (Wood et al., 2007, cité par Noël et al., 2009, p36.). Voici ce qu'ils en disent : «Il convient par ailleurs de signaler la réalisation d'une étude subséquente concernant les liens entre la fréquentation de *Insite* et les taux d'entrée en désintoxication et en traitement de la dépendance qui compense en grande partie cette faiblesse. Cette seconde étude, basée sur une comparaison des taux d'entrée dans les services de désintoxication et de traitement avant et après le début de l'utilisation des services de *Insite* dans la cohorte SEOSI, a montré une augmentation significative de l'entrée en traitement après le début de l'utilisation du SIS.»

Globalement, les études disponibles sont donc considérées comme valides et fiables.

4.6.1 SUR LA CAPACITÉ DES ÉTUDES D'ISOLER LES EFFETS DES CIS (ET DES AUTRES SERVICES DE RÉDUCTION DES RISQUES)

Il demeure compliqué d'isoler de manière sûre les effets de CIS sur les populations d'injecteurs qui les fréquentent. Ceci d'abord pour les raisons éthiques et pratiques déjà évoquées (difficulté de constituer un «groupe témoin» qui ne bénéficierait pas des services du CIS), mais aussi parce que les changements des comportements en santé sont multifactoriels et qu'il serait très difficile (et coûteux) d'isoler ces facteurs de manière exhaustive (déterminants individuels, sociaux économiques, politiques et environnementaux de la santé). Il faut dès lors se résoudre à ces zones d'ombre, tout en gardant à l'esprit qu'«on peut considérer que les recherches actuelles constituent une résolution partielle, mais satisfaisante de cet enjeu méthodologique.» (Noël et al., 2009, p37).

4.6.2 SUR LES EFFETS DE PHÉNOMÈNES ET PROCESSUS «ÉTRANGERS» AUX CIS ET À LEURS SERVICES PARTENAIRES

Des facteurs étrangers aux actions de gestion des assuétudes influent également sur les comportements de consommation et de santé des usagers et même sur leur mortalité et leur morbidité. On peut ainsi citer les pratiques juridiques et policières, les conditions économiques, le comportement des marchés des drogues. Ces facteurs demeurent eux aussi impossibles à prendre en compte de manière exhaustive dans les études d'évaluation. Cependant, en défaut d'un outil d'analyse assez puissant pour mesurer les dits effets, d'excellentes études (toutes sur le CIS *Insite*) se sont concentrées avec fruit sur «l'autre bout de la lorgnette», soit les raisons de l'efficacité des services proposés par le CIS, et surtout les raisons de cette

efficacité. Elles ont donc pu, malgré la difficulté généralisée à tenir compte de *tous* les facteurs sociétaux, dégager des preuves de grande valeur notamment sur un facteur comme l'éducation à l'injection à moindres risques.

Ici encore, les auteurs considèrent qu'«on peut considérer que les recherches actuelles constituent une résolution partielle, mais satisfaisante de cet enjeu méthodologique.» (Noël et al., 2009, p39.).

4.6.3 ÉVALUER DES EFFETS À COURT, MOYEN ET LONG TERMES

Pour terminer, il convient d'insister sur le facteur temps, quant aux évaluations des effets des CIS. En effet, il faut garder à l'esprit que les effets positifs de l'accès au matériel d'injection n'ont pu être mis en évidence de manière satisfaisante que récemment, alors même que ces programmes se sont développés essentiellement dans le milieu des années 1990. À ce point, nous ne pouvons que prendre acte du fait que les résultats des recherches évaluatives sont soit positifs, soit neutres par rapport aux objectifs de santé et d'ordre publics généralement visés par la mise en œuvre de ces services.

De plus, étant donné l'absence de faiblesses importantes des recherches considérées individuellement aux plans de la validité et de la fiabilité ainsi que l'état des savoirs théoriques et empiriques, il apparaît difficile d'imaginer que la tendance observée dans les résultats à moyen et long termes pourrait s'inverser complètement pour que l'on en arrive à conclure que les SIS ont des effets significativement négatifs par rapport aux objectifs de santé et d'ordre publics visés.» (Noël et al., 2009, p39).

4.7 CONCLUSION

Les CIS ne sont pas une solution miraculeuse et unique à la problématique des consommations de drogues par injection dans son ensemble. Ils sont plutôt une **offre complémentaire** aux structures de prévention, de soins et de réduction des risques existantes.

Cette nouvelle offre est intéressante de par sa spécificité : la **réduction des risques particuliers liés à l'injection**, soit le risque d'**overdose mortelle** et les risques d'**infections et de lésions liés à la technique et à l'hygiène de l'injection**.

En ce qui concerne les overdoses en particulier, l'absence d'overdose mortelle sur les millions d'injections déjà réalisées dans les CIS du monde entier ne peut que parler en faveur de cet aspect de réduction des risques assumé par ces structures. On notera également une gradation dans la réduction des risques : les CIS qui ont du personnel capable d'injecter la Naloxone sur place en cas d'overdose (Vancouver, Sidney), n'opèrent un transfert vers les services d'urgences que dans moins de 10 % des cas, contre 50 à 70 % des cas dans certains CIS d'Allemagne ne possédant pas ce savoir-faire. (Noël et al, 2009).

Pour ce qui est des techniques d'injection et de l'hygiène liée à celle-ci, il faut noter que les bonnes habitudes acquises dans le cadre d'un CIS peuvent évidemment être appliquées par les injecteurs hors de ces locaux, ce qui s'avère bénéfique pour leur santé à long terme. De plus, cela a également un effet bénéfique sur les pairs, qui tendent également dans une certaine mesure à adopter les «bonnes pratiques» rapportées des CIS par leurs compagnons. Cela contribue également à rompre l'habitude de ces usagers de ne faire appel aux structures de soins médicaux qu'à l'extrême limite, souvent via les services d'urgences. Cela constitue donc un gain pour eux en termes de santé, et un gain pour la communauté, notamment en termes économiques puisque des soins appliqués à temps réduisent la gravité et le poids économique des traitements. Les **analyses coût-efficacité et coûts-bénéfices** récentes confirment cette balance économique positive.

La complémentarité avec les autres offres se manifeste également par la **reprise de contact avec un public très difficile à atteindre**, souvent en rupture avec le reste de l'offre socio-sanitaire. Comme les CIS sont pour eux 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. Notamment, pour ceux d'entre eux

qui suivent un traitement de substitution sans avoir réussi à abandonner l'injection par ailleurs, ou pour ceux qui ont abandonné un traitement en cours, cela peut être l'occasion de reconnaître l'existence de ce traitement, et de discuter de l'opportunité de le reprendre, ou de le suivre de manière plus assidue. «Le lien avec les autres offres du réseau de soin devrait donc être particulièrement cultivé, en dépassant le clivage encore trop présent entre traitement et réduction des risques.» (Bello et al., 2010, p223)

Il faut garder à l'esprit que les CIS s'implantent dans des contextes variés, avec une offre elle-même variée, qu'il importe d'inventorier avant de formuler l'offre complémentaire que pourra apporter le CIS. En procédant de la sorte, par le dialogue avec les institutions et groupements locaux, on augmente la chance de présenter une action intégrée de manière fluide à l'offre existante, et donc la chance de faire accepter le CIS.

Il faut se rappeler également qu'en termes de **réduction des nuisances dues à l'injection dans l'espace public**, les CIS sont aussi évalués positivement : les études montrent une diminution de l'injection dans l'espace public mais aussi du matériel usagé abandonné dans cet espace. Aucune augmentation de la criminalité dans le voisinage des CIS n'a été mesurée, pas plus que de déplacement de cette criminalité dans l'espace urbain. (Noël et al., 2009).

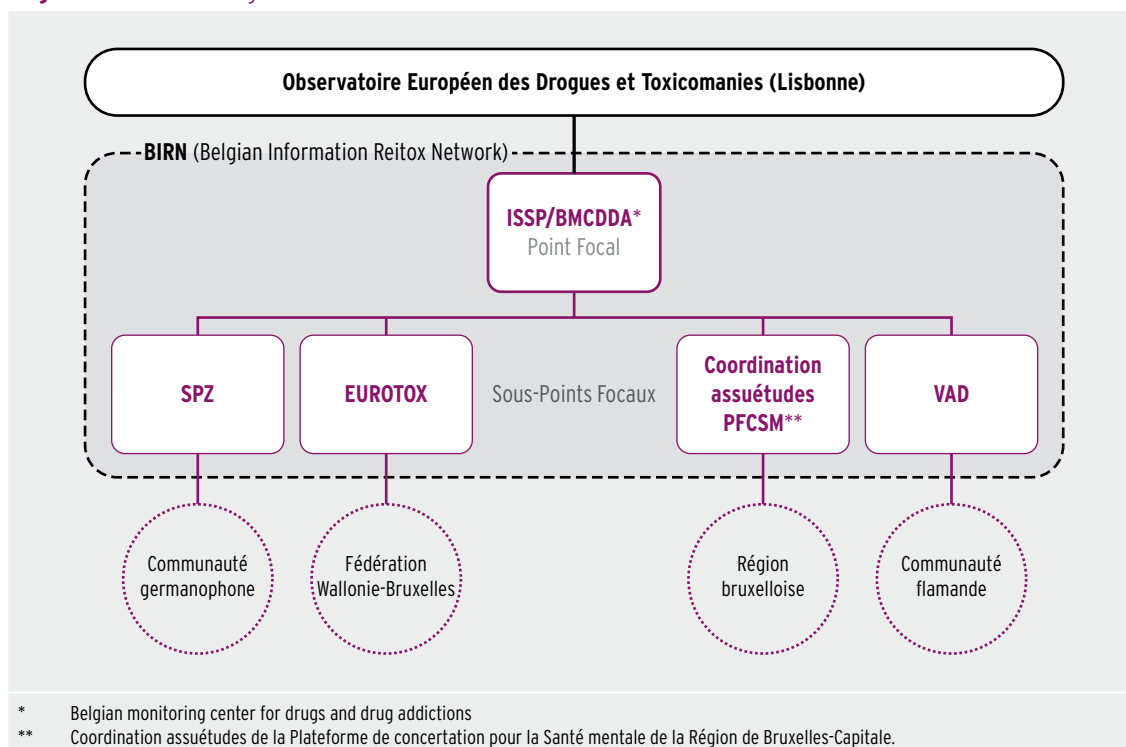
5 CADRE ET MISSIONS D'EUROTOX

5.1 INTRODUCTION

Pour l'historique complet et la description exhaustive de la structure Eurotox, nous renvoyons le lecteur au site web d'Eurotox, ainsi qu'aux rapports précédents, et notamment au rapport 2004-2005 sur l'usage de drogues en Communauté française, disponible sur notre site Internet : www.eurotox.org.

Pour rappel, Eurotox remplit des missions en tant que **Sous-Point Focal de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT)** couvrant le territoire de la FWB, mais aussi en tant qu'**Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles**. L'asbl poursuit en outre ses activités propres, distinctes de ces missions, telles que la recherche, qui peuvent faire l'objet d'un financement spécifique. Ainsi, Eurotox a réalisé un état des lieux (ou cadastre) des actions de prévention des assuétudes et de réduction des risques liés à l'usage de drogues subsidiées en FWB, mais aussi une recherche-action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection (en collaboration avec l'asbl Modus Vivendi), et enfin, ces deux dernières années, l'élaboration de Stratégies Concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en FWB (voir plus bas).

Figure 41 : Structure belge du réseau de collecte de données destinées à l'OEDT



Tous les pays européens sont tenus de collecter des données pour l'OEDT, et possèdent une structure comparable, ou à tout le moins un Point Focal chargé d'organiser et de coordonner la collecte. L'existence des Sous-Points Focaux belges n'est due qu'à la division en entités fédérées et à la répartition de certaines compétences de santé à leur niveau.

Nous ne décrivons ci-dessous que les changements ou développements récents de ces différentes missions et activités.

5.2 SOUS-POINT FOCAL DE L'OEDT

5.2.1 MISSIONS DU SOUS-POINT FOCAL EUROTOX

5.2.1.1 Le Rapport national belge sur les drogues (Belgian Annual Report - BAR)

Évolution :

L'asbl Eurotox contribue à la rédaction du rapport national demandé annuellement par l'OEDT afin de dépeindre à différents niveaux (politique, juridique, sociétal, épidémiologique, etc.) la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes en Belgique. D'autres intervenants contribuent depuis deux ans à la rédaction de ce rapport, là où Eurotox et le VAD étaient auparavant chargés de l'ensemble des chapitres, respectivement pour la FWB et pour la Communauté Flamande. Les données décrites, avec les rapports des autres pays européens, sont à la base de la rédaction du rapport européen sur l'usage de drogues (voir : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>)

5.2.1.2 La récolte d'indicateurs épidémiologiques-clés en Communauté française

Cinq indicateurs épidémiologiques clés développés par l'OEDT sont actuellement récoltés par la plupart des pays membres : **L'indicateur de demande de traitement** (TDI), la **prévalence d'usage dans la population générale**, la **prévalence d'usage problématique**, ainsi que les **maladies infectieuses** et la **mortalité** en lien avec l'usage de drogues. Eurotox participe directement à la récolte de deux de ces cinq indicateurs : le TDI et les maladies infectieuses liées à l'usage de drogues.

5.2.1.2.1 Indicateur «Demande de traitement» (TDI)

Développement de partenariats et couverture

Tableau 39 : Couverture des systèmes de recueil en Région wallonne et en Région bruxelloise, 2001-2011

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Services enregistrés en Région wallonne	28	28	29	29	27	30	32	28	29	29	27
Services résidentiels*	5	5	6	6	6	6	7	6	6	7	7
Services ambulatoires	21	21	21	21	19	22	22	19	20	19	17
MASS	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
Services enregistrés en Région bruxelloise	NC	NC	NC	NC	17	18	20	NC	NC	NC	NC
Services résidentiels*	-	-	-	-	NC	6	7	-	-	-	-
Services ambulatoires	-	-	-	-	NC	11	12	-	-	-	-
MASS	-	-	-	-	NC	1	1	-	-	-	-

*Il convient de noter que certains centres résidentiels proposent également un traitement ambulatoire.

Participation à des groupes de travail

Comme chaque année, Eurotox a participé aux réunions du Comité de Coordination du Registre TDI. Ce comité est constitué essentiellement de représentants du SPF Santé, de la Communauté flamande, de l'ISSP et des sous-points focaux ou des organismes collecteurs (De Sleutel, VVBV, Plaf-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-capitale, Eurotox), mais également de représentants de la direction des affaires de santé de la FWB et de la Wallonie et de centres de traitement actif sur le territoire belge. La mission de ce groupe est de vérifier, d'adapter et d'harmoniser

la méthodologie utilisée par les différents systèmes d'enregistrement. Depuis janvier 2008, ce groupe de travail est devenu officiellement le Comité de Coordination du Registre TDI, dont l'ISSP assure la présidence. Les missions de ce comité sont de garantir le bon fonctionnement de l'ensemble du processus en tenant compte des recommandations de la Commission de protection de la Vie Privée, mais également de veiller au respect des conventions par les différentes parties et de garantir la qualité des données récoltées. Le rôle de ce comité est également de proposer des adaptations à l'enregistrement TDI afin d'assurer l'harmonisation de la collecte au niveau des différents systèmes d'enregistrement, et d'adapter les protocoles aux exigences de l'OEDT. Enfin, ce comité a également comme mission de superviser l'exploitation scientifique des données récoltées dans le cadre du TDI.

Développement d'un outil informatique commun

Dans le cadre du Comité de Coordination du Registre TDI, il a été proposé en 2010 de faire appel à la plate-forme technique eHealth afin que celle-ci développe d'une part un outil informatique pour que les organismes de collecte qui n'en disposent pas encore puissent en bénéficier, et d'autre part assure l'anonymisation des données, l'élimination de doublons et l'intégration, l'harmonisation et le contrôle de qualité des données à un niveau national. Actuellement, ce nouvel outil est encore en phase d'implémentation, et tous les services de la Wallonie l'utiliseront exclusivement à partir de janvier 2013. Tous les documents relatifs à la récolte du TDI en Belgique ainsi que l'accès à cet outil peuvent être trouvés à l'adresse suivante : <http://workspaces.wiv-isp.be/tdi/default.aspx>

Identification des doublons

Selon les définitions relatives à la récolte des données TDI établies par l'OEDT, la base de données TDI ne doit comporter que la dernière demande de traitement introduite par une personne sur une année civile. Il n'est pourtant pas rare qu'un même patient introduise plusieurs demandes sur une même année civile, et de surcroît dans des centres de traitement distincts. Il est donc nécessaire de réaliser un travail de nettoyage afin de ne retenir que la dernière demande introduite par une même personne. Ce travail peut désormais facilement être réalisé grâce à l'encodage du code NISS du patient dans l'outil informatique mis au point par la plate-forme technique. Ce code est directement recodé afin de préserver l'anonymat des patients participant à cette récolte, et ce en conformité avec les prescriptions de la Commission de la protection de la Vie Privée ainsi qu'avec le protocole d'accord interministériel signé par l'ensemble des ministres belges de la santé publique (Moniteur belge : 3 mai 2006). Notons finalement que les patients doivent être initialement informés de l'existence de cette récolte TDI, et ont bien entendu le droit de refuser d'y participer.

Traitement et analyse des données

Chaque année, les données récoltées en Wallonie sont centralisées par Eurotox, puis nettoyées afin de pouvoir être analysées. Les résultats des analyses sont synthétisés dans les tables standards de l'OEDT (envoyées à l'ISSP dans le cadre des missions de Sous-Point Focal de l'OEDT). Ces résultats sont également utilisés par le BIRN (Belgian Information Reitox Network), ainsi que dans le présent rapport, après adjonction des données récoltées en Région de Bruxelles-Capitale. L'implémentation du nouvel outil informatisé de récolte de données aura pour conséquence que les données ne seront plus directement centralisées par Eurotox mais par la plate-forme eHealth, qui les transmettra à Eurotox ainsi qu'à l'ISSP de manière sécurisée et anonymisée.

5.2.1.2|2 Indicateur «Maladies infectieuses en lien avec l'usage de drogues»

Depuis 2002, la fiche TDI d'Eurotox intégrait des questions portant sur les statuts sérologiques du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les patients en demande de traitement. Toutefois, le taux de réponses à ces questions restait faible, et il ne couvrait pas la région de Bruxelles-Capitale ni la périphérie de Charleroi. Ces informations sur le statut sérologique des patients en traitement en Wallonie ne sont désormais plus récoltées depuis l'informatisation de la récolte du TDI.

Une étude nationale financée par le SPF santé est toutefois actuellement en phase de réalisation afin d'estimer la problématique d'infection au VIH et aux hépatites chez les usagers de drogues par injection.

La récolte de données est actuellement en cours dans plusieurs villes de Belgique. Eurotox fait partie du comité d'accompagnement de cette étude.

5.2.1.2|3 Indicateur «Mortalité en lien avec l'usage de drogues»

Nous disposons depuis peu de certaines données de mortalité liées à l'usage de drogues en FWB (hors région de Bruxelles-Capitale). Actuellement, nous disposons des données pour les années 2004, 2005 et 2008, et devrions prochainement recevoir les données 2009, une fois que la FWB les aura compilées et validées. Nous présentons également dans chacun de nos rapports les données de mortalité observées en région de Bruxelles-Capitale.

5.2.1.2|4 Indicateur «Prévalence d'usage dans la population générale»

Il n'existe pas à proprement parler en Belgique d'enquête de prévalence de l'usage de drogues dans la population générale. Néanmoins, l'enquête de santé par interview réalisée tous les quatre ans par l'ISSP inclut certaines questions relatives à la consommation de substances psychoactives, de sorte qu'il est possible de se faire une idée de la consommation de certaines de ces substances dans la population générale. La dernière levée de cette enquête a été réalisée en 2008 et publiée en 2010, et nous en rappelons les principaux résultats dans le présent rapport (voir chapitre 2).

5.2.1.2|5 Indicateur «Prévalence de l'usage problématique»

Actuellement, cet indicateur n'est pas récolté en Belgique. En outre, la notion d'usage problématique a fait récemment l'objet d'une redéfinition au niveau de l'OEDT, de sorte que de nouveaux estimateurs devraient prochainement être proposés. Eurotox a fait partie du collège d'experts internationaux impliqués dans la redéfinition et l'opérationnalisation de cet indicateur.

5.2.1.3 Base de données européenne "EDDRA" (Exchange on drug demand reduction actions)

Évolution :

En 2012, un nouveau projet a été répertorié/ il s'agit du projet «Toc toc troc», de l'asbl «Le Ressort», service de réinsertion de Tubize. Ce projet est une coopérative de services qui vise à la réinsertion sociale. La base de données EDDRA, hébergée sur le site de l'OEDT, vise à répertorier les projets européens innovants qui ont été évalués, afin de les porter à la connaissance d'autres intervenants, constituant ainsi un réseau européen d'échange de bonnes pratiques. Elle est disponible à l'url suivant : <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>, et peut être source d'inspiration pour toute personne active en dans le domaine des assuétudes.

5.2.1.4 Système d'alerte précoce, ou «Early Warning System» (EWS)

Évolution :

Des problèmes de communication ont été rencontrés en 2011 suite au refus de certains laboratoires toxicologiques et biologiques de transmettre au système EWS des informations relatives à des décès ou hospitalisations de consommateurs de drogues. Un arrêté royal oblige pourtant tous les laboratoires à transmettre ces informations de manière quotidienne au réseau EWS (constitué par des services spécialisés du Point Focal et des Sous-Points Focaux de l'OEDT), mais ceux-ci ont invoqué le secret de l'instruction pour garder certaines informations secrètes.

Les Sous-Points focaux ont fait valoir que ces informations étaient utiles à la santé publique et que le secret de l'instruction, bien que légal, était contradictoire avec l'arrêté royal qui rend obligatoire leur transmission quotidienne. Ceci a amené la Cellule Générale de Politique en matière de Drogues (CGPD) à planifier une révision de la loi sur les stupéfiants de 1921, afin que celle-ci lève le secret de l'instruction dans le cadre de la transmission au système EWS des informations reprises dans l'arrêté royal concerné. Ce changement légal devrait intervenir au premier semestre 2013.

Un exemple de message d'alerte précoce est fourni en annexe 8.1. du présent rapport.

5.3 OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL DROGUES EN FWB

La mission spécifique d'observation en matière d'assuétudes sur le territoire de la FWB (en ce inclus le recueil de données épidémiologiques) a été attribuée à Eurotox par Arrêté du Gouvernement de la Communauté française le 11/09/2000. Cette mission a été reconduite le 1er janvier 2005 pour un mandat de cinq ans. Elle consiste principalement à produire un rapport sur l'usage de drogues et d'alcool en Communauté française ainsi qu'à y développer le recueil des données nécessaires à sa réalisation.

5.3.1 RAPPORT SUR L'USAGE DE DROGUES EN FWB

Les cinq indicateurs épidémiologiques cités ci-dessus, servent également à la rédaction du présent rapport (chapitre 2).

Les aspects plus proprement sociologiques sont développés dans le chapitre 1, consacré au cadre législatif et organisationnel. Un chapitre 3 a quant à lui été développé afin de rendre compte de données indicatives quant à la consommation dans certains groupes spécifiques (milieu festif, ligne téléphonique d'Infor-Drogues, etc.).

Un sujet spécifique est désormais proposé de manière bisannuelle (première levée : un dossier spécial «alcool», dans notre rapport 2004-2005 ; deuxième levée : le dossier sur le dopage, dans le rapport 2009 ; troisième levée : l'évaluation de la mise en œuvre des salles d'injection supervisée, constituant le chapitre 4 du présent rapport).

5.3.2 DÉVELOPPEMENT DU RECUEIL DE DONNÉES (SYSTÈME DE MONITORING) EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Les points développés en rubrique 4.1.1.2., particulièrement sur le TDI, sont évidemment en grande partie valables dans le cadre du recueil en FWB. Celui-ci doit en effet, pour des raisons de convergence scientifique mais aussi d'économies d'échelle, converger au mieux vers les critères européens.

5.3.2.1 Statut juridique et base légale

Actuellement, l'enregistrement TDI ne jouit d'aucun statut juridique et ce, malgré le fait qu'il soit inscrit dans le Plan drogues 2005-2008 et dans le protocole d'accord interministériel sur le TDI. Cet enregistrement ne constitue pas une obligation d'un point de vue juridique (ainsi, l'enregistrement TDI se fait sur base volontaire). Pour pallier à cela et pour chaque niveau de pouvoir, il serait souhaitable qu'une base légale soit rédigée, notamment pour circonscrire les enjeux en termes de protection de la vie privée des consommateurs dont la demande de traitement est enregistrée. Un travail dans ce sens a récemment été entamé depuis l'implémentation de la plate-forme technique d'enregistrement : l'INAMI et la Wallonie exige en effet une participation à l'enregistrement du TDI des centres recevant de leur part un financement spécifiquement alloué au traitement.

5.3.2.2 Diffusion des résultats

Eurotox assure la diffusion de données à plusieurs niveaux (local, communautaire, fédéral, européen). Par ailleurs, les cabinets et administrations en charge de la santé font appel à Eurotox pour obtenir des informations sur des sujets spécifiques (drogues et prisons, milieu festif, dopage, réduction des risques, etc.). Les informations pertinentes sont alors transmises aux demandeurs. Enfin, l'information compilée

par Eurotox est mise à disposition en cas de rédaction de mémoires, travaux de fins d'études, etc., consacrés aux drogues et assuétudes.

Le site web d'Eurotox est quant à lui opérationnel depuis environ quatre ans. Il se veut simple et convivial. Il comporte notamment une possibilité d'abonnement par flux RSS aux alertes précoces diffusées dans le cadre du système EWS. En un ou deux clics de souris, il est ainsi possible de s'abonner aux alertes précoces diffusées par Eurotox et mises à disposition en direct sur le site. Elles arrivent alors en temps réel sous l'onglet «favoris» ou «marque-pages» de la page d'accueil de l'Internaute concerné.

Des documents sont également téléchargeables au format Pdf. Ce sont pour l'instant les précédentes livrées du présent rapport, ainsi que les deux phases du «cadastre des actions de prévention et de réduction des risques» réalisé par Eurotox en FWB, mais aussi des «tirés à part» des dossiers spéciaux déjà réalisés par Eurotox (alcool, dopage, «crache-test», salles d'injection supervisées), ainsi que la *«Recherche-action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection»*.

Ce site est également l'occasion de diffuser de l'information sur l'actualité des assuétudes et des consommations, via des articles rédigés sur des sujets divers («nightlife», consommation des jeunes, etc.).

5.4 AUTRES ACTIVITÉS DE L'ASBL EUROTOX

5.4.1 RECHERCHE

-  Suite à deux tables rondes et une conférence de consensus sur les assuétudes organisées par les ministres en charge de la santé en FWB et en Wallonie ; suite au constat de l'éclatement et du cloisonnement des acteurs et des compétences, qui empêche souvent de trouver un consensus sur des logiques d'interventions partagées ; suite enfin au retard souffert par l'incarnation des recommandations du «Collège d'experts» de 2005 en un PCO (Plan Communautaire Opérationnel) dédié exclusivement aux assuétudes, la Communauté française a décidé d'initier un processus de concertation au sein du secteur, qui s'incarnerait dans un PCO à l'échéance de deux ans. Le cabinet de la Ministre Laanan a déterminé que ce processus prendrait la forme de «stratégies concertées» en matière d'assuétudes ; des moyens et du personnel (un 4/5ème ETP) ont été engagés, et le pilotage de cette concertation, pour ce qui concerne la Communauté française, a été confié à Eurotox, avec l'appui méthodologique de l'ULB-SIPES. Un cadre de référence commun en vue d'une action conjointe a été élaboré sur la base d'un processus de concertation «bottom-up» des acteurs de terrain. La démarche fut participative, orientée vers les résultats, et a mobilisé une soixantaine d'intervenants du secteur. Le rapport final de cette concertation a été publié en décembre 2012, et est consultable à l'url suivant : <http://www.eurotox.org/documents/documents.html>
-  Une «Recherche-action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection» a également été menée à bien par Eurotox, en collaboration avec Modus Vivendi. Elle s'inscrivait dans le cadre du Plan stratégique n°3 (PST3) de 2009, financé par le gouvernement de la Région wallonne. Le rapport de recherche est consultable au même URL.
-  Un cadastre des actions de prévention et de réduction des risques en Fédération Wallonie-Bruxelles avait aussi été élaboré, en deux phases, par Eurotox. Il est lui aussi consultable au même URL.
-  HACOURT G., Recherche ethno-épidémiologique sur la consommation d'XTC et de 'nouvelles drogues' en Communauté française de Belgique, L'Harmattan, ISBN 2-7475-3054-X, l'asbl Eurotox, 2002, 232 pp.

Et la brochure qui en est issue :

- ⑤ BASTIN P, DAL M., HARIGA F., Synthèse et recommandations de la recherche «ECSTASY pilules sans ordonnances : usages et usagers de nouvelles drogues de synthèse», Ministère de la Communauté française, 2003.
- ⑤ Ainsi que les actes d'une journée d'études organisée par Eurotox sur ce thème : *De la prévention des risques aux risques de la prévention : confrontations et débats sur les drogues de synthèse*, Les actes de la journée d'étude Eurotox du 3 décembre 1999, in *Les Cahiers de Prospective Jeunesse*, volume 5 - n° 1-2 - 1er et 2ème trimestre 2000.

5.4.2 ACTION SPÉCIFIQUE

Tendances émergentes ("Emerging trends-E.T.")

Évolution :

La participation au forum en ligne (et groupe de travail international) «Tedi workgroup», qui inclut des organisations de l'Union Européenne responsables d'analyses de drogues et dont la vocation inclut un feed-back des analyses aux consommateurs de drogues, a été limitée aux organisations responsables d'analyses de produits. Eurotox n'a donc pu garder le «membership» dont il a bénéficié dans la première phase d'existence de ce groupe. Le rapport avec ce groupe et les données qu'il fournit est cependant maintenu via Modus Vivendi, toujours membre du groupe TEDI, et qui peut lui relayer ds demandes relatives à ds tendances émergentes en matière de produits et de consommations, et informer Eurotox des retours éventuels du groupe.

Eurotox continue par ailleurs à gérer sonr «Yahoo Group» sur les tendances émergentes, consultable à l'URL : http://fr.groups.yahoo.com/group/tendances_emergentes_alerte_precoc/
Des exemples de messages de tendances émergentes sont fournis en annexe 8.2 du présent rapport.

6 BIBLIOGRAPHIE

Andresen, M. A., & Boyd, N. A. (2009). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 21, 70-76.

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.

Bayoumi, A. M., & Zaric, G. S. (2008). The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Canadian Medical Association Journal*, 179, 1143-1151.

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.

Bello, P.-Y., Ben Lakhdar, C., Carrieri, M. P., Costes, J.-M., Couzigou, P., et al. (2010). *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. INSERM : Paris.

Bertorelle, V. Auriacombe M., Grabot, D., Franques, P., Martin, C., et al. (2000). Évaluation quantitative des pratiques de partage de matériel à risque de contamination infectieuse virale chez les usagers d'opiacés par voie intraveineuse faisant une demande de soins : utilisation de l'auto-questionnaire RAB. *L'encéphale*, 26, 3-7.

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.

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.

Broadhead, R. S., Kerr, T. H., & Altice F. L. (2002). Safer injection facilities in North America : their place in public policy and health initiatives. *Journal of Drug Issues*, 32, 329-355.

Brussa, L. (2009). *Sex work in Europe. A mapping of the prostitution scene in 25 European countries*. TAMPEP International Foundation : Amsterdam.

Cherpitel, C. J. & Ye, Y. (2008). Drug use and problem drinking associated with primary care and emergencyroom utilization in the US general population : Data from the 2005 national alcohol survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 97, 226-230.

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.

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.
- Denis, B., Dedobbeleer, M., Benabderrazik, A., Bizimungu, D.G., & Sciera, V. (2009). Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus (2009). *Santé Conjugée*, 47, 7-12.
- Deprez, N., Antoine, J., Asueta-Lorente, J.F., Bollaerts, K., Van Der Linden, T., van Bussel, J. (2011). *Belgian National Report on Drugs 2011*. Institut Scientifique de Santé Publique : Bruxelles.
- 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*. Academia Press : Gent
- 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*. Academia Press : Gent
- Deutsche AIDS-Hilfe and Akzept e.v. (2011). *Drug Consumption Rooms in Germany. A Situational Assessment by the AK Konsumraum*. Berlin.
- De Wolf, F., & Vanoverloop, J. (2011). *Analyse de profil des patients recourant aux urgences hospitalières*. Union Nationale des Mutualités Socialistes : Bruxelles.
- Dovey, K., Fitzgerald, J., & Choi, Y. (2001). Safety becomes danger : dilemmas of drug use in public space. *Health & Place* 7, 319-331.
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 589-608.
- EMCDDA. (2010). *Guidelines for collecting data on retail drug prices in Europe : issues and challenges*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction : Luxembourg.
- Emmanuelli, J., Jauffret-Roustide, M., & Barin, F. (2003). Épidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 16-17, 97-99.
- Espace P. (2010). *Prévention du SIDA et des IST, promotion de la santé, et action sociale globale en milieu de prostitution en Communauté française de Belgique*. Espace P : Bruxelles.
- FARES (2011). *Registre belge de la tuberculose 2009*. FARES : Bruxelles.
- 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*. Coordination Provinciale Sida-Assuétudes : Namur.
- 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.
- Gerken, S., Martin, N., Thiry, N., & Hulstraert, F. (2012). *Hépatite C : Dépistage et prévention*. KCE Reports 173B : Bruxelles.
- 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.
- Ghosn, J., Leruez-Ville, M., & Choix, M.L. (2005). Transmission sexuelle du virus de l'hépatite C. *La Presse Médicale*, 34, 1034-1038.

Hall, W., Degenhardt, L., & Linskey, L. (2001). *The health and psychological effects of cannabis use*. Monograph Series N°44. Commonwealth of Australia : Canberra.

Hall, W., & Degenhardt, L. (2000). Cannabis use and psychosis : a review of clinical and epidemiological evidence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 26-34.

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.

Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction : Luxembourg.

Hedrich D, Kerr T, Dubois-Arber F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *Harm reduction : evidence, impacts and challenges*. Monograph 10. Publications Office of the European Union : Luxembourg.

Hser, Y. I., Hoffman, V., Grella, C. E., & Anglin, M. D. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 58, 503-508.

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.

Kerr, T., Wood, E., Grafstein, E., Ishida, T., Shannon, K., et al. (2005). High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. *Journal of Public Health*, 27, 62-66.

Kimber J, Mac Donald M, Van Beek I, Kaldor J, Weatherburn D, et al. (2003). The Sydney medically supervised injecting centre : Client characteristics and predictors of frequent attendance during the first 12 months of operation. *Journal of Drug Issues*, 33, 639-648.

Kimber J, Dolan K, Van Beek I, Hedrich D, & Zurhold H. (2003). Drug consumption facilities : an Update since 2000. *Drug and Alcohol Review*, 22, 227-233.

Lopez, D., Martineau, H., & Palle, C. (2004). *Mortalité liée aux drogues illicites : Étude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants*. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies : Saint-Denis.

Lynch, W. J., Roth, M. E., et Carroll, 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.

Marshall, B. D. L., Milloy, M. -J., Wood, E., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility : a retrospective population-based study, *The Lancet*, 377, 1429-1437.

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., Robaey, 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.

- Mathers, B. M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., et al. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs : a systematic review. *The Lancet*, 372, 1733-1745.
- McGeary, K.A. & French, M.T. (2000). Illicit drug use and emergency room utilization. *Health Services Research*, 35, 153-169.
- Médecins du Monde. (2009). *Épidémie 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.
- Milloy, M. J. S., Kerr, T., Mathias, R., Zhang, R., Montaner, J. S. et al. (2008). Non-fatal overdose among a cohort of active injection drug users recruited from a supervised injection facility. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34, 499-509.
- Milloy, M. J. S., Kerr, T., Tyndall, M., Montaner, J., & Wood, E. (2008). Estimated Drug Overdose Deaths Averted by North America's First Medically-Supervised Safer Injection Facility. *PLoS One*, 3, e3351.
- MSIC Evaluation Committee (2003). *Final report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre*. MSIC Evaluation Committee : Sidney.
- Murrill, C. S., Weeks, H., Castrucci, B. C., Weinstock, H. S., Bell, B. P., et al. (2002). Age-specific seroprevalence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infection among injection drug users admitted to drug treatment in 6 US cities. *American Journal of Public Health*, 92, 385-387.
- Noël, L. & Gagnon, F., Bédard, A., & Dubé, E. (2009). *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature*. Institut National de Santé Publique du Québec : Québec.
- OMS (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms*, OMS : Genève.
- OEDT (2004). *Rapport annuel 2004 - État du phénomène de la drogue en Europe - Selected Issue on Co-morbidity*. Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies : Luxembourg.
- OEDT (2008). *Rapport annuel 2008 - État du phénomène de la drogue en Europe*. Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies : Luxembourg.
- Plettingckx, E., Antoine, J., Blanckaert, P., Bollaerts, K., and van Bussel, J. C. H. (sous presse). *Belgian national report on drugs 2012. New Development, Trends and in-depth information on selected issues*. Institut Scientifique de Santé Publique : Bruxelles.
- 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.
- 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.
- 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.
- Roelands, M. (2010). *Monitoring illicit drug use among female sex workers in Europe, 2000-2008*. Scientific Report 2008-2009 (p 35-40). Science at the service of Public Health, Food chain safety and Environment : Brussels.
- Sacré, C., Dumas, C. & Hogge, M. (2011). *Besoins et offre de services à disposition des usagers de drogues par injection en Région wallonne*. Eurotox et Modus Vivendi : Bruxelles.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia, *PLOS Medicine*, 2, 413-433.

Sasse, A., Verbrugge, R. & Van Beckhoven, D. *Épidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2011* ; Institut Scientifique de Santé Publique : Bruxelles.

Simon, O. (2003). Le double diagnostic manqué et ses conséquences thérapeutiques. *Primary Care*, 3, 60-61.

Small, W., Rhodes, T., Wood, E., & Kerr, T. (2007). Public injection settings in Vancouver : physical environment, social context and risk. *International Journal on Drug Policy*, 18, 27-36.

The Gallup Organisation (2011). *Youth attitudes on drugs. Analytical Report*. European Commission : Luxembourg.

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.

Todts, S., Glibert, P., Van Malderen, S., Saliez, V., Hogge, M. & Van Huyck, C. (2009). *Usage de drogues dans les prisons belges : Monitoring des risques sanitaires*. Service Public Fédéral Justice : Bruxelles.

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.

UNODC (2009). *Rapport Mondial sur les Drogues*. Office des Nations Unies contre la Droque et le Crime : Vienne.

Van der Laenen, F., De Ruyver, B., Christiaens, J., & Lievens, D. (2011). *Drugs in cijfers III : Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid in België : eindrapport*. Academia Press : Gent.

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.

Westermeyer J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse : a review of epidemiology and course. *American Journal on Addictions*, 15, 345-355.

Wood, E., Kerr T, Spittal, P. M., Li, K., Small, W., et al. (2003). The potential public health and community impacts of safer injecting facilities : evidence from a cohort of injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 32, 2-8.

Wood, E., Kerr, T., Montaner, J. S., Strathdee, S. A., Wodak, A., et al. (2004). Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer injecting facility. *The Lancet Infectious Diseases*, 4, 301-306.

Wood, E., Tyndall, M., Zhang, R., Stoltz, J.A., Lai, C., et al. (2006). Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *New England Journal of Medicine*, 354, 2512-2513.

7 LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1 :	Comparaison des dépenses publiques liées aux drogues illégales avec des clés de répartition semblables : 2004 versus 2008	21
Tableau 2 :	Estimation des dépenses publiques de l'INAMI pour les centres de rééducation fonctionnelle pour toxicomanes dans la partie francophone du pays, 2007-2008-2009-2010	22
Tableau 3 :	En Communauté française, postes budgétaires liés aux assuétudes et pourcentage du budget global du «programme 2 - médecine préventive» qu'ils représentent	23
Tableau 4 :	Budgets COCOF consacrés aux assuétudes, 1999-2012	24
Tableau 5 :	Prévalence de la consommation de cannabis en 2008. Enquête HIS 2008	33
Tableau 6 :	Prévalence de consommation des autres drogues illicites par région en 2008. Enquête HIS 2008	34
Tableau 7 :	Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis et d'ecstasy dans la population belge scolarisée âgée de 12 à 20 ans. Enquête HBSC 1998-2010	35
Tableau 8 :	Attitudes des jeunes belges et européens par rapport aux drogues. Youth attitudes on drugs 2011	37
Tableau 9 :	Prévalence de la consommation de cannabis et de legal highs chez les jeunes belges et européens. Youth attitudes on drugs 2011	38
Tableau 10 :	Profil socio-démographique et profil de consommation de drogues des femmes prostituées en Belgique. Enquête DRUSEB 2011	40
Tableau 11 :	Répartition des modes de consommation par type de produit principal chez les patients admis en demande de traitement (n=8645), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	54
Tableau 12 :	Profil des patients primo-demandeurs selon le type de produit principal consommé, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	60
Tableau 13 :	Comparaison des profils des patients séropositifs VHC, VHB et VIH, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2010	63
Tableau 14 :	Patients présentant au moins un facteur favorisant le développement de la tuberculose, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009	66
Tableau 15 :	Comorbidités psychiatriques observées chez les patients pris en charge en 2008 dans les services psychiatriques belges, par produit	68
Tableau 16 :	Caractéristiques des services de prise en charge et des patients schizophrènes	69
Tableau 17 :	Caractéristiques des patients schizophrènes avec double diagnostic	69
Tableau 18 :	Fréquence de recours aux services d'urgences et des conflits chez les usagers de drogues suivi en médecine générale	71
Tableau 19 :	Nombre d'appels adressés au Centre Anti-poisons en lien avec l'usage de drogues. Belgique, 2009-2011	71
Tableau 20 :	Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national en 2010, par types d'infraction	75
Tableau 21 :	Nombre d'infractions liées à la détention de drogues enregistrées au niveau national en 2010, par type de drogue	75
Tableau 22 :	Nombre de victimes d'accidents de la route en fonction des résultats du test d'alcoolémie, Belgique, 2011	76
Tableau 23 :	Nombre et quantités des saisies* opérées en Belgique, Police Fédérale Belge, 2005-2010	78
Tableau 24 :	Évolution historique du prix moyen des drogues en Belgique (prix estimés à partir des saisies policières), Police Fédérale Belge, 2001- 2010	79
Tableau 25 :	Évolution des prix des drogues en rue, Eurotox, 2004-2011	81
Tableau 26 :	Prix des drogues en rue par région/province, Eurotox, 2011	82
Tableau 27 :	Qualité habituelle des drogues perçue par les usagers, Eurotox, 2011	83

Tableau 28 :	Budget hebdomadaire des usagers consacré à l'achat de produits, Eurotox, 2011	83
Tableau 29 :	Produits évoqués lors des contacts avec Infor-Drogues, 2006-2011	86
Tableau 30 :	Catégories de public qui contactent Infor-Drogues, 2009-2011	87
Tableau 31 :	Pourcentages d'usage au cours de l'événement chez les personnes rencontrées en milieu festif, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2004-2011	88
Tableau 32 :	Type de produits consommés et polyconsommation en milieu festif, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2004-2011	90
Tableau 33 :	Répartition (en %) et profilage démographique des personnes présentant des problèmes en lien avec l'usage de drogues, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2004-2011	91
Tableau 34 :	Recours au sniff et à l'injection chez les personnes interrogées en milieu festif, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2004-2011	92
Tableau 35 :	Répartition (en %) du mode de retour après l'événement des personnes rencontrées en milieu festif ayant consommé un produit (hors tabac), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2004-2011	92
Tableau 36 :	Usage des produits au cours du dernier mois chez les personnes rencontrées en rue, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2011	94
Tableau 37 :	Profil démographique des UDI rencontrés en rue, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2011	95
Tableau 38 :	Comportements à risque au cours des 6 derniers mois, connaissance et fréquentation des comptoirs d'échange de seringues chez les UDI rencontrés en rue, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2009-2011	95
Tableau 39 :	Couverture des systèmes de recueil en Région wallonne et en Région bruxelloise, 2001-2011	126

FIGURES

Figure 1 :	Aperçu des dépenses publiques en matière de drogues (2004)	20
Figure 2 :	Aperçu des dépenses publiques en matière de drogues (2008)	20
Figure 3 :	Budget du «programme 2 - médecine préventive» de la Communauté française, 2003-2011	22
Figure 4 :	Évolution du nombre d'admissions par système de collecte, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	45
Figure 5 :	Antécédents thérapeutiques des patients en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011 (n=18.871)	45
Figure 6 :	Origine des demandes de traitement au sein des admissions, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011 (n=19.051)	46
Figure 7 :	Origine des demandes de traitement au sein des premières demandes, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011 (n=5357)	46
Figure 8 :	Distribution des âges des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	47
Figure 9 :	Moyenne d'âge par type de produits consommés des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	47
Figure 10 :	Répartition par sexe des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	48
Figure 11 :	Origine des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	49
Figure 12 :	Niveau de scolarité des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	49
Figure 13 :	Origine des revenus des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	50
Figure 14 :	Mode de vie des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	51
Figure 15 :	Répartition des admissions et des premières demandes en fonction du fait de vivre ou non avec un (des) enfant(s), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	51

Figure 16 :	Lieu de vie des patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	52
Figure 17 :	Lieu de vie des patients admis en demande de traitement en fonction du produit principal (n=14742), Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	52
Figure 18 :	Produit principal mentionné par les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	53
Figure 19 :	Mode de consommation du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	54
Figure 20 :	Fréquence d'usage du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	55
Figure 21 :	Âge du premier usage du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	56
Figure 22 :	Répartition par type de produits de l'âge moyen du premier usage du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	56
Figure 23 :	Produits secondaires mentionnés par les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	57
Figure 24 :	Antécédents judiciaires chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	58
Figure 25 :	Comportements d'injection chez les patients admis en demande de traitement, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2006-2011	59
Figure 26 :	Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH : 1985-2011	61
Figure 27 :	Évolution trisannuelle du pourcentage d'infection au VIH en Belgique lié à l'injection de drogues par voie intraveineuse chez les patients belges et non belges	62
Figure 28 :	Évolution belge des pourcentages de cas de tuberculose en lien avec un facteur favorisant	66
Figure 29 :	Évolution des taux de décès liés à l'usage de drogues et médicaments psychotropes chez les hommes et les femmes, Bruxelles-Capitale, 1998-2008	72
Figure 30 :	Évolution des taux de décès liés à l'usage de drogues et médicaments psychotropes chez les hommes et les femmes, Wallonie, 2004, 2005 et 2008	73
Figure 31 :	Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national sur la période 2000-2010	74
Figure 32 :	Nombre de victimes d'accidents de la route en fonction du résultat du test d'alcoolémie. Belgique, 2008-2011	77
Figure 33 :	Nombre de blessés graves dans les accidents de voiture, en fonction des résultats du test d'alcoolémie. Belgique, 2008-2011	77
Figure 34 :	Nombre de blessés légers, dans les accidents de voiture en fonction des résultats du test d'alcoolémie. Belgique, 2008-2011	77
Figure 35 :	Ligne téléphonique d'Infor-Drogues. Âge et sexe des appelants, 2011	87
Figure 36 :	Évolution du nombre de seringues distribuées aux UDI via les comptoirs d'échange de la FWB, 1994-2011	97
Figure 37 :	Évolution du taux d'échange de seringues en FWB, 1996-2011	97
Figure 38 :	Évolution du nombre de seringues vendues sous le format Stérifix dans les pharmacies de la FWB, 2000-2011	98
Figure 39 :	Évolution du nombre de Stéricups distribués en FWB via les comptoirs d'échange, 2000-2011	99
Figure 40 :	Correspondance entre la nature supposée et la composition effective des produits testés en FWB, 2011	100
Figure 41 :	Structure belge du réseau de collecte de données destinées à l'OEDT	125

8 ANNEXES

8.1 EXEMPLE DE MESSAGE D'ALERTE PRÉCOCE

Message d'alerte précoce du 3 octobre 2012

DRUGS - EARLY WARNING SYSTEM - SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE

MDMA : NOUVEAUX COMPRIMÉS FORTEMENT CONCENTRÉS

Dans le cadre du système d'Alerte Précoce (Early Warning System - EWS), l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP) nous a communiqué les informations suivantes :

Une saisie de pilules d'ecstasy a été analysée par le laboratoire de Toxicologie de l'Université d'Anvers. Ces tablettes ont été saisies en Septembre dans la région d'Anvers. En voici les caractéristiques.

Forme :	rond	Photo
Couleur :	vert	
Logo :	«MITSUBISHI»	
Ligne de séparation :	non	
Diamètre moyen :	9,1 mm	
Épaisseur moyenne au milieu :	4,1 mm	
Poids moyen :	322 mg	
Teneur moyenne en mCPP :	31,6 mg	
Domperidone :	6.4 mg	
Metoclopramide :	0.86 mg	
Amphétamine base :	0.18 mg	
Methamphetamine base :	1.74 mg	
MDMA base :	0.15 mg	
Forme :	rond	Photo
Couleur :	Rouge	
Logo :	Un DJ	
Ligne de séparation :	Non	
Diamètre moyen :	8,1 mm	
Épaisseur moyenne au milieu :	5,6 mm	
Poids moyen :	360 mg	
Teneur moyenne en MDMA base :	127 mg	

Commentaires

- **Le dosage habituel des comprimés «d'ecstasy»** trouvés sur le marché belge oscille aux environs de 120-130 mg de MDMA.HCL. Ce dosage est par exemple utilisé dans des études cliniques portant sur la MDMA.
- Vu la concentration élevée en MDMA de ces comprimés, il existe un risque de complications graves (convulsions, hyperthermie, coma), voire de décès par overdose. Lisez attentivement les conseils de réduction des risques repris ci-dessous (p3).
- Vu le côté artisanal de la fabrication de ces comprimés, on estime que leur teneur en MDMA peut varier au sein d'un même lot, atteignant jusqu'à 200mg.
- **mCPP : les principaux effets indésirables que peut amener la mCPP** sont des nausées, une montée de sueur, une sensation de chaleur intense, des flushs, des frissons, des tremblements, des palpitations et des sensations de faiblesse.
- Selon le «Courrier des addictions» (- 9 - n°2 - avril-mai-juin 2007), l'apparition de symptômes plus «lourds» (panique, sentiments de dépersonnalisation, peur d'une perte du contrôle de soi) peut survenir occasionnellement, mais plutôt en association avec des troubles psychiatriques comme phobie sociale, troubles obsessionnels compulsifs, troubles de la personnalité borderline. La mCPP semble également renforcer les symptômes positifs de la schizophrénie.
- Le risque d'intoxication ne semble pas lié à la concentration en mCPP. En revanche, outre les pathologies psychiatriques, un autre facteur favorisant serait l'usage simultané de substances au mécanisme d'action similaire⁷², soit les dérivés amphétaminiques et les inhibiteurs de recapture de la sérotonine : la plupart des intoxications qui ont donné lieu à des prises en charge hospitalières étaient en effet associées à une polyconsommation (notamment amphétamine, MDMA, MDEA).
- Vu la présence dans la pilule «MITSUBISHI» de MDMA de métamphétamine et d'amphétamine, le risque d'intoxication doit donc être gardé à l'esprit.

Si vous pouvez confirmer / infirmer ces tendances

Veuillez contacter Infor-Drogues (02 / 227.52.52.) ou par e-mail miguel.rwubusisi@eurotox.org

CONSEILS DE RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES CONSOMMATEURS :

1. Si vous achetez de l'XTC, ne le faites de préférence ni en rue ni en discothèque. Si malgré tout vous le faites, informez-vous auprès d'autres usagers sur les effets des pilules et la fiabilité du revendeur.
2. **Si vous décidez de consommer une pilule, commencez par une demi pilule et attendez +/- une heure pour en apprécier l'effet! De même si vous avez acheté un liquide, n'en consommer qu'une faible quantité et attendez les effets.**
3. **Si après une autre heure, vous ne sentez toujours pas les effets de la pilule, patientez avant d'augmenter la dose. En effet, certaines substances actives se manifestent avec un effet retard. De plus, certaines pilules vendues comme de l'XTC peuvent contenir une autre substance active en quantité dangereuse. Attention à la surdose!**
4. Ne prenez de l'ecstasy que si vous vous sentez bien physiquement et mentalement. En prenant un produit psychoactif lorsque vous vous sentez mal ou angoissé, votre état risque d'empirer.
5. Pour éviter le coup de chaleur, buvez fréquemment de l'eau en petites quantités, rafraîchissez-vous (en prenant l'air, en vous aspergeant la nuque d'eau froide, etc.).
6. Entourez-vous de personnes de confiance, ne vous isolez pas.

⁷² (notamment sur le transporteur de la sérotonine)

7. Avant de sortir, fixez-vous une limite (durée de la sortie, nombre de pilule(s), ...). Cela vous permettra d'éviter l'usage abusif.
8. Mieux vaut réserver cette substance aux occasions spéciales. Une consommation fréquente diminue les effets psychédéliques d'ouverture et de bien-être et augmente les risques d'abus.
9. La «descente» fait partie de l'expérience psychotrope. La retarder en gobant davantage ne fait que la rendre plus difficile. La descente, après un temps de prise limité, peut être agréable.
10. L'usage d'ecstasy est déconseillé aux personnes souffrant de faiblesse cardiaque, d'hypertension, d'insuffisance rénale, d'insuffisance respiratoire ou de diabète.
11. L'ecstasy traverse la barrière placentaire et passe dans le lait maternel. Il est donc fortement déconseillé aux femmes enceintes ou qui allaitent. Quel que soit le produit, veillez à ne pas le laisser traîner à la portée des enfants.
12. Toutes les drogues, et donc l'ecstasy, entraînent une baisse de vigilance qui peut être à l'origine de relations sexuelles non-protégées et, parfois, non-désirées. Ayez toujours des préservatifs sur vous. Lorsque vous sortez avec un groupe d'amis, veillez les uns sur les autres.
13. Évitez toute activité exigeant de la concentration (travail sur des machines, conduite automobile,...) : excitation, euphorie, nervosité, voire agressivité peuvent entraîner des conduites inadaptées ou une prise de risque inconsidérée.

QUE FAIRE EN CAS D'URGENCE ?

En cas de malaise suite à une prise de comprimés ou à un mélange :

- Appelez d'urgence les secours : formez le n°100 ou le 112 (service médical d'urgence - appel gratuit).
- Décrivez l'état de la personne comme suit : est-elle consciente ou inconsciente ? Respire-t-elle ou non ? Son cœur bat-il ou non ?

Si vous avez d'autres questions vous pouvez appeler Infor-Drogues au 02/227 52 52 (24h/24).

8.2 EXEMPLE D'ÉCHANGE DE MESSAGES VIA LE «YAHOO GROUP» SUR LES TENDANCES ÉMERGENTES CRÉÉ PAR EUROTOX : LA 4-MÉTHYLAMPHÉTAMINE

Message n°

Recherche :

Avancée

Commencer une discussion

4-éthylamphétamine

Liste de messages

Message #158 sur 160 < Préc | Suivant >

Répondre | Suppressions

Re : [tendances_emergentes_alerte_precoc] 4-méthylamphétamine

Chers collaborateurs,
5 décès sont à déplorer depuis le mois d'août 2012 en Belgique, impliquant la consommation de 4-méthylamphétamine. Il y a de fortes chances que celle-ci se soit trouvée intégrée dans des poudres vendues comme du speed.
Nous souhaiterions savoir, notamment au niveau de la France, si cela fait écho à ce que vous constatez sur le terrain.
Le problème chez nous, comme nous l'a justement fait remarquer Modus Vivendi (RdR, Bruxelles et Wallonie), c'est que la polyconsommation devient presque le règle (tous les décès répertoriés impliquaient d'ailleurs d'autres substances), mais qu'il semble commencer à se faire jour que la 4-méthylamphétamine serait une substance TRÈS dangereuse à consommer avec d'autres produits!).
Pouvez-vous confirmer ou infirmer ces tendances ?
N'oubliez pas de vous présenter en tête de message, s'il vous plaît!
Bien cordialement à vous tous.
Miguel Rwubu

Message n°

Recherche :

Avancée

Commencer une discussion

4-éthylamphétamine

Liste de messages

Message #159 sur 160 < Préc | Suivant >

Répondre | Suppressions

Re : [tendances_emergentes_alerte_precoc] 4-méthylamphétamine

Merci Miguel,
J'ai relayé l'info de l'OEDT. Tres utile avant cette période de festival qui s'annonce.
juste pour une question arhythmétique :
ces 5 déces incluent les 2 derniers du mois d'avril 2012 en Belgique ?
Tu n'a pas inclu les 3 aux Pays Bas d'avril 2012
a bientôt
emmanuel

Message n°

Recherche :

Avancée

Commencer une discussion

4-éthylamphétamine Liste de messages

Message #160 sur 160 < Préc | Suivant >

Répondre | Suppressions

Re : [tendances_emergentes_alerte_precoce] 4-méthylamphétamine

Hello.
Oui, j'inclus les deux d'avril et non, je ne parlais pas des Pays-Bas.
Merci.
Cordialement.

