



Institut Scientifique de la Santé Publique
Service d'Epidémiologie



RAPPORT NATIONAL BELGE SUR LES DROGUES 2000

ASL



Deutschsprachige
Gemeinschaft

CCAD/EUROTOX



Communauté
française

CTB-ODB



Région
Bruxelles-Capitale
Brussels Hoofdstedelijk
Gewest

VAD



Vlaamse
Gemeenschap

LEURQUIN P. (ISP)

et

BILS L. (CCAD)

HARI GA F. (EUROTOX)

KÖTTGEN S. (ASL)

LAUDENS F. (VAD)

VANDERVEKEN M. (CTB-ODB)



Leurquin P., Bils L., Hariga F., Köttgen S., Laudens F., Vanderveken M.

Rapport National Belge sur les Drogues 2000

Unité d'Epidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique, Décembre 2000; Bruxelles
(Belgique)

IPH/EPI REPORTS N° 2000 - 18

Numéro de Dépot : D/2000/2505/35

RAPPORT NATIONAL BELGE SUR LES DROGUES 2000

Institut Scientifique de Santé Publique
Unité d'Epidémiologie
rue J. Wytsman 14
B-1050 BRUXELLES
Tel. +32 2 642 57 34
Fax +32 2 642 54 10
Email: birn@iph.fgov.be
<http://www.iph.fgov.be/epidmio/>
<http://www.iph.fgov.be/reitox/>

RAPPORT NATIONAL BELGE SUR LES DROGUES

2000

Chaque année, un Rapport Belge sur les Drogues est produit dans le cadre d'une collaboration au Rapport Annuel Européen réalisé par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT). Le rapport belge 2000 aborde les points suivants : politique nationale en matière de drogues, épidémiologie, prévention et réduction de la demande, contraintes actuelles et priorités pour le futur.

Une version plus complète du rapport est publiée en anglais et contient davantage de données. Il est possible de l'obtenir en renvoyant le bon inséré à la fin du présent rapport ou en nous adressant un courrier électronique. Les différentes versions du rapport belge 2000 sont accessibles sur le site Internet du BIRN, d'où elles peuvent être téléchargées.

Tables des matières

I . Politique nationale : cadre légal & organisationnel	
Aspects législatifs	3
Aspects santé	4
Acteurs impliqués	5
Relations internationales	6
REI TOX - Point Focal et Sous-Points Focaux	7
II . Situation épidémiologique et tendances	
1. Usage de drogues dans la population générale	
1.a. Usage de drogues dans la population adulte	9
1.b. Usage de drogues dans la population scolaire	10
1.c. Usage de drogues dans des groupes spécifiques	12
2. Usage problématique de drogues	
2.a. Estimation de la prévalence d'usage problématique	13
2.b. Comportements à risque	14
3. Conséquences pour la santé	
3.a. Nombre et caractéristiques des patients en traitement	15
3.b. Traitements de substitution	18
3.c. Hospitalisations en rapport avec l'usage de drogues	18
3.d. Morbidité en rapport avec la consommation de drogues	19
3.e. Mortalité liée à la consommation de drogue	21
4. Données policières en rapport avec la consommation de drogue	
4.a. Interpellations pour faits de drogue	22
4.b. Saisies de drogues	23
4.c. Offre et accessibilité	23
III . Interventions de réduction de la demande	
Grands types d'interventions de réduction de la demande	25
IV . Besoins d'information et priorités pour le futur	
Difficultés actuelles	27
Priorités pour le futur	30
Bon de commande de la version détaillée 'Belgian National Report on Drugs – 2000'	
Références	

Visitez le site du BI RN pour d'autres informations

[http : // www.iph.fgov.be / reitox /](http://www.iph.fgov.be/reitox/)

I . POLITIQUE NATIONALE : CADRE LÉGAL & ORGANISATIONNEL

Etant donné la structure politique de la Belgique, une conférence interministérielle comportant environ 15 cabinets différents a été mise en place en 1992 pour coordonner les initiatives des différents ministères impliqués dans la problématique des drogues.

En **2000**, un groupe de travail interministériel a été mis sur pied pour définir une politique à suivre en matière de drogues en Belgique. Ce groupe est coordonné par le ministre de la Santé Publique et implique directement les ministres de la Justice et de l'Intérieur, tout en collaborant étroitement avec les ministres communautaires et régionaux concernés par la problématique de la drogue. Le nouveau plan devrait être présenté aux parlementaires en novembre 2000.

Les priorités en terme de politique ont évolué en visant la prévention et la diminution de l'usage de drogues, la diminution du nombre de nouveaux usagers, la protection de la communauté et de ses membres, les soins aux usagers de drogues et une meilleure qualité de vie en dépit de leur usage de drogue et en réservant le recours à la justice et à l'emprisonnement de manière ultime aux usagers représentant un réel danger pour la société.

La philosophie actuelle en matière de drogues peut être résumée comme suit :

Les trois outils principaux de la politique drogues sont la prévention, le traitement et la répression. Entre une approche strictement répressive et une politique de tolérance complète, un troisième voie existe, appelée 'politique de normalisation'. Cependant cela ne signifie pas que l'usage de drogues devrait devenir normal ou habituel dans notre société.

Une politique réaliste et moderne en matière de drogues doit suivre les axes prioritaires suivants:

1. L'objectif principal est de **prévenir et de réduire l'usage de drogues** et de diminuer le nombre de nouveaux usagers de drogues.
2. La seconde priorité est de **protéger la communauté et ses membres qui sont confrontés à la problématique des drogues et à ses conséquences**.
3. Cela concerne aussi les usagers de drogues qui doivent être aidés et auxquels il faut garantir une meilleure qualité de vie en dépit de leur usage de drogues.
4. Il n'est pas possible ni souhaitable que la justice soit le seul moyen pour réguler socialement l'usage de drogues. Avant l'intervention de la justice, les usagers doivent avoir la possibilité de trouver une solution adaptée parmi une large offre de traitements.
5. **Il faut absolument éviter que les usagers de drogues qui n'ont commis d'autre infraction que celle de posséder de la drogue, n'aillent en prison**. L'approche judiciaire et particulièrement l'emprisonnement doivent être considérés comme '**ultimum remedium**'.
6. Si nous voulons adapter la politique en matière de drogues à notre société qui évolue, des **évaluations régulières des résultats des mesures décidées** sont nécessaires.

ASPECTS LEGISLATIFS

En ce moment, la législation belge ne fait pas de distinction au niveau des sanctions ni en fonction du type de drogue ("dures" ou "douces"), ni en fonction de la quantité de drogue saisie. Seuls les concepts de possession, d'usage en groupe et de trafic

sont pris en compte par les autorités judiciaires selon des critères applicables à chaque cas individuellement (il est possible de consulter les textes de loi et arrêtés royaux parus au Moniteur belge sur le site du ministère de la justice : www.just.fgov.be). Néanmoins, en **1997**, les conclusions d'un groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue, ont été adoptées par le Parlement et le Conseil des Ministres. La politique en matière de poursuites a été adaptée en conséquence en spécifiant que la justice pénale doit être un 'ultima ratio' dans les cas de dommages importants pour la société.

Sans changer la loi, une directive de **1998** a modifié l'action des autorités judiciaires. Ainsi pour la première fois, une distinction est faite d'une part entre possession de cannabis pour usage personnel et d'autre part l'usage d'autres drogues illégales entraînant des risques non acceptables pour la santé, ou le trafic et la vente de drogues. La possession de cannabis pour usage personnel reste une infraction mais pour laquelle la priorité la plus basse devrait être donnée.

Depuis peu, la fourniture, la vente et la délivrance de matériel visant à prévenir les maladies infectieuses (cela signifie la mise en place de programmes d'échange de seringues) est légalement possible (loi de **1998** et arrêté pris en juin **2000**).

Les obligations résultant de la convention des Nations Unies de 1971 sur les substances psychotropes ont été complètement intégrées dans la législation belge en 1998 : l'ensemble des ces substances (e.a. les benzodiazépines, le méprobamate, le MDMA, le MBDB et les barbituriques) a été mis sous contrôle.

La liste des substances pouvant influencer la conduite d'un véhicule a été élargie en **1999**. A l'alcool, se sont ajoutés le THC (molécule provenant du cannabis), les amphétamines, les MDMA, MDEA, MBD, la morphine et la cocaïne parmi d'autres. Si l'examen physique laisse supposer l'utilisation de ces substances

lors de la conduite, une analyse d'urine peut être exigée.

ASPECTS SANTÉ

Les Communautés et les Régions ont développé un effort croissant pour développer une **prévention globale** principalement centrée sur la santé et le bien-être. Plusieurs évolutions sont claires: développement de plans de politique en matière de drogues, meilleure coordination des activités de prévention envisagée d'un point de vue santé, approche par la réduction des risques, développement des initiatives de prévention locale de la criminalité, possibilités de formation élargies et expertise améliorée des intervenants de prévention, approche communautaire. De nombreuses organisations et communes ont développé des activités de prévention et d'assistance dans différents secteurs : services sociaux, lieu de travail, organisations de jeunesse, écoles, groupes de pairs, activités de loisirs.

A côté du rôle répressif de la police et du système judiciaire (prisons), la **prévention** est une autre fonction des services de police. La politique du Ministère de l'Intérieur suit une approche de prévention de la criminalité. Un cadre financier pour supporter les communes ayant un taux de criminalité élevé a été créé. Ces communes ont mis en place des projets de prévention et de traitement via les contrats de sécurité et de société.

Les **traitements** sont offerts dans 3 types de services : centres résidentiels accueillant les patients en interne (entre autre les services hospitaliers de psychiatrie, les communautés thérapeutiques, les centres d'interventions en cas de crises), les centres 'ambulatoires' externes (centres de santé mentale, centres de jour, centres de soins médico-sociaux, services à bas seuil d'accès) et les soins généraux (médecins généralistes, organisations de bien-être social, etc.). On observe une tendance à faciliter l'accès au

traitement. L'esprit des traitements a été élargi et il ne s'agit plus uniquement d'abstinence, mais aussi de réduction des risques et de traitement de substitution à la méthadone.

En **1994**, la Conférence de consensus a permis d'atteindre un consensus sur la délivrance de méthadone dans le cadre des traitements de substitution : des critères ont été définis qui permettent aux médecins d'administrer ces traitements sans devoir faire face aux difficultés rencontrées antérieurement. Un suivi de ces mesures a été réalisé entre 1997 et **1999** réaffirmant l'efficacité thérapeutique de la substitution à la méthadone. Ces traitements qui ont au départ été proposés dans les centres spécialisés et aussi par certains médecins généralistes en Communauté française, se sont étendus et sont actuellement aussi administrés par des médecins généralistes en Flandre.

In **1996**, les premières Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire, centres à bas seuil d'accès pour usagers de drogues illicites, ont été initiées par le Ministère de l'Intérieur. En 1999, 8 Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire fonctionnent dans plusieurs grandes villes du pays. La substitution à la méthadone y est également prescrite. Une évaluation de leurs activités est en cours.

Une approche de 'case management' est à l'étude visant à améliorer la coordination de toutes ces possibilités de traitement et pour faciliter le suivi des patients.

ACTEURS IMPLIQUÉS

NIVEAU FÉDÉRAL

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

En ce qui concerne la réduction de l'offre et les aspects répressifs de l'usage de drogues dans le cadre des relations internationales, une coordination des départements compétents tant fédéraux que ceux des entités fédérées ainsi que des services de

police est assurée sous la présidence du Ministère de la Justice. Le Ministère de la Justice finance aussi des projets de formation du personnel des institutions pénitentiaires.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Outre sa mission générale de maintien de l'ordre, le Ministère de l'Intérieur co-finance différents projets dans le cadre des contrats de sécurité et de société visant à la prévention de la criminalité. Le VSPP (Vast Secretariaat voor het Preventiebeleid - Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention) est chargé de l'analyse et du suivi de ces projets. Des centres de transit et des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire ont été créés avec le soutien de ce ministère et de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Un grand projet de réforme des polices est en cours afin d'unifier les forces de la Gendarmerie, de la police judiciaire et des polices communales : une meilleure coordination de l'ensemble de ces ressources s'est avérée nécessaire. Le service général d'appui policier (SGAP), parmi ses autres missions, est chargé de la centralisation des données policières.

Les services de douanes contrôlent les importations et dépendent du Ministère des Finances.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'administration chargée du contrôle des échanges licites est le service des stupéfiants de l'Inspection Générale de la Pharmacie du Ministère de la Santé Publique. Le Ministère des Affaires Sociales finance les centres de traitement.

Le Point Focal belge (voir plus loin) est financé et géré en partenariat avec les Communautés et ministères fédéraux.

COMMUNAUTÉS ET RÉGIONS

COMMUNAUTÉ FLAMANDE

Le Ministère de la Santé de la Communauté flamande est compétent dans le domaine de la politique de prévention des drogues qui a été définie prioritaire par le ministre pour 2000-2004, poursuivant l'approche qui avait été initiée par le Ministre précédent. L'accent est mis sur le développement de politiques locales de prévention et la formation des intervenant-clés dans les différents secteurs de la société.

Les relais importants sont le 'Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen' (VAD), agissant dans le cadre plus large du 'Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie' (VIG), les co-ordinations provinciales et les réseaux de centres de santé mentale. Le VAD est le Sous-Point Focal de la Communauté flamande.

COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Les autorités de Santé de la Communauté française sont compétentes pour la politique de promotion de la santé. La prévention de la consommation de drogues fait partie du Plan 1997-2001 de la Communauté. Son action est centrée prioritairement sur la prévention primaire. Dans le cadre scolaire, sont menés des projets non-spécifiques de discrimination positive et de prévention de l'usage des drogues (au sens large). La Communauté française a délégué à la Région wallonne et à la Commission communautaire française de Bruxelles (entités fédérées) l'exercice de ses compétences concernant les préventions secondaires et tertiaires, les traitements en externe (ambulatoire), la réhabilitation, la resocialisation et la politique de réduction des risques liés à la consommation.

Parmi les relais importants, le 'Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues' a conduit des actions de prévention, de surveillance épidémiologique et de recherche. L'ASBL EUROTOX est le Sous-Point Focal de la Communauté française depuis septembre 2000.

RÉGION BRUXELLOISE

La 'Concertation Toxicomanies Bruxelles - Overleg Druggebruik Brussel' (CTB/ODB) a démarré sur l'initiative des 2 ministres compétents pour les questions de Santé Publique en Région bruxelloise. Une des tâches principales est la coordination des actions en impliquant tous les partenaires actifs dans les différents domaines: aide sociale, médicale, police, justice, prévention, réduction des risques. CTB-ODB est le Sous-Point Focal de la Région de Bruxelles-Capitale.

COMMUNAUTÉ GERMANOPHONE

Le gouvernement de la Communauté germanophone finance le centre de santé mentale, 'Beratung Und Lebenshilfe', chargé d'apporter des traitements en ambulatoire aux toxicomanes (avec un cofinancement des Centres Public d'Aide Sociale des 9 communes de la Communauté germanophone). La Communauté germanophone subsidie aussi 'Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung' (ASL) pour la coordination des activités de prévention et pour agir en tant que Sous-Point Focal.

RELATIONS INTERNATIONALES

La Belgique est un observateur à la Commission des Stupéfiants des Nations Unies et a ratifié les conventions internationales sur les stupéfiants, psychotropes et le trafic illégal. Les aspects de répression et ceux concernant la réduction de l'offre sont une compétence exclusivement fédérale. La Belgique contribue au Programme des Nations Unies de Contrôle International des Drogues (PNUCID), en particulier, par sa participation financière dans des projets de reconversion agricole.

La plupart des échanges avec l'ONU sont coordonnées par le ministère de la Justice qui transmet aux différentes administrations ou organisations concernées les demandes spécifiques.

Les services concernés participent étroitement à Interpol, à Europol et au SIS de Schengen.

La représentation permanente de la Belgique au Groupe Pompidou est assurée par un fonctionnaire du Ministère de la Santé Publique.

Les gouvernements des Communautés et des Régions sont impliqués dans de nombreuses collaborations internationales, entre autres, avec l'OEDT (voir plus loin), avec l'OMS en tant que partenaires du Plan d'action européen sur l'alcool (OMS-Europe), dans les

groupes de travail Pompidou, dans divers projets de l'Union européenne (projets 'Intereg', projets 'Euregio', Semaine européenne de prévention des drogues)...

Le Point Focal est le représentant belge au sein du réseau européen REITOX mis en place par l'OEDT. Ce Point Focal répond à une obligation de l'Union européenne de collecter et transmettre des informations en matière de drogues, ce qui comprend aussi le développement et la mise en place d'indicateurs.

RÉSEAU EUROPÉEN D'INFORMATION SUR LES DROGUES ET LES TOXICOMANIES : POINT FOCAL ET SOUS-POINTS FOCaux

Afin de tracer une image précise et fiable de l'étendue du phénomène de la drogue, une information objective et rigoureuse est nécessaire. Le but est d'apporter aux responsables politiques, aux professionnels et aux citoyens les informations nécessaires pour mener une action appropriée face à la drogue. A cette fin, il a été décidé en 1993 de créer un Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT). Le siège de cet observatoire est à Lisbonne. L'OEDT a mis en place un réseau qui couvre l'ensemble de l'Union européenne (appelé REITOX pour Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies). Le membre belge au sein du réseau REITOX est le Point Focal.



Le BIRN (Belgian Information REITOX Network - Réseau belge d'Information REITOX) a été créé en 1995 et relie le **Point Focal National** avec les Sous-Points Focaux.

Le Point Focal belge de l'Observatoire des drogues et des toxicomanies est situé à l'Institut Scientifique de la Santé Publique (Ministère de la Santé Publique). Le Point Focal rassemble des informations avec l'aide

de ses partenaires du Réseau belge, en réalise la synthèse et la transmet à l'OEDT. Le Point Focal assure la dissémination des informations à la fois entre les partenaires belges, et entre ces derniers et l'OEDT. Le Point Focal participe également, avec les Sous-Points Focaux, au développement de méthodologies au niveau européen et à leur mise en oeuvre en Belgique.



*Institut Scientifique de la Santé Publique
Service d'Epidémiologie*

Les Sous-Points Focaux sont les partenaires principaux du Point Focal. Les voici par ordre alphabétique :

'**Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung**' (ASL) est une organisation indépendante depuis 1997 (appartenant préalablement au Centre de Santé Mentale) et couvre la Communauté germanophone. Les buts de l'ASL sont la prévention primaire et secondaire de la toxicomanie et le développement de la maîtrise de soi, la promotion d'actions favorisant une meilleure qualité de vie sans utilisation de drogues, approche globale et communautaire.

'Concertation Toxicomanies Bruxelles-Overleg Druggebruik Brussel' (CTB-ODB) a été mis sur pied en 1993. Le programme couvre la Région de Bruxelles-Capitale qui est composée de 19 communes. Son but est la mise en oeuvre du programme bruxellois de coordination des actions de prévention et de prise en charge des usagers de drogues en région bruxelloise par une approche de consensus entre les intervenants.

EUROTOX, ASBL fondée en 1990 regroupe 3 associations actives en Communauté française et en Région de Bruxelles-Capitale dans différents domaines en lien avec l'usage de drogues :

- Infor-Drogues : ligne d'écoute, prévention, réduction des risques et traitement
- Modus Vivendi : prévention du sida, réduction des risques, formation, liaison et recherches
- Prospective Jeunesse : prévention, formations, accompagnement.

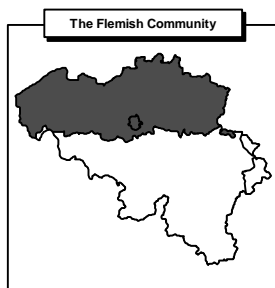
Le but de EUROTOX est la réalisation d'études et de recherches sur les usages des

drogues et l'observation de ce phénomène en Communauté française.

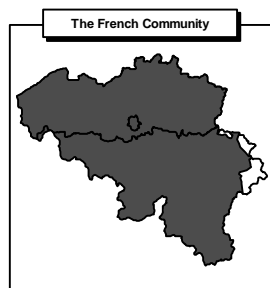
Le Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues (CCAD) a rempli ce rôle de Sous-Point Focal jusque fin août 2000.

'Vereniging voor Alcohol en andere Drug problemen' (VAD) a été fondé en 1982. C'est un organisme de coordination des services flamands concernés par la problématique de l'alcool et des drogues, reconnu par le gouvernement flamand. Les buts du VAD sont la coordination de tous les acteurs dans le secteur de la prévention et des soins aux toxicomanes, tout en tenant compte des compétences de la Communauté flamande. La politique relative aux drogues concerne tout usage problématique de substances légales et illégales.

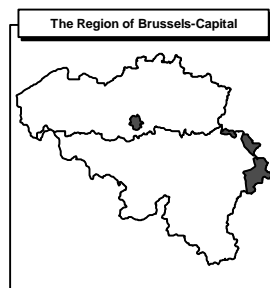
Une brochure décrivant les buts et tâches du Point Focal et des Sous-Points Focaux est disponible auprès de chacun d'entre eux dans les 3 langues nationales et en anglais.



VAD
Vereniging voor
Alcohol en andere Drug
problemen



EUROTOX
Infor-Drogues
Prospective Jeunesse
Modus Vivendi



CTB/ODB
Concertation
Toxicomanies Bruxelles
– Overleg Druggebruik
Brussel



ASL
Arbeitsgemeinschaft
für Suchtvorbeugung
und Lebensbewältigung

II . SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE ET TENDANCES

Les données et indicateurs que nous présentons sont ceux qui ont été identifiés comme priorités par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) dans le cadre de la collecte d'informations épidémiologiques dans les Etats membres de l'UE, et dont le processus d'harmonisation est supporté par des lignes directrices. Il s'agit de :

- prévalence de l'usage de drogues dans la population générale, en milieu scolaire et dans certains groupes spécifiques
- prévalence de l'usage problématique de drogues et des comportements à risque
- conséquences de l'usage pour la santé : indicateur de demande de traitement, mortalité liée à l'usage de drogues, morbidité liée à l'usage et plus particulièrement les infections par le virus VIH et les virus des hépatites B et C,
- données collectées par les services de police (interpellations, offre) et accessibilité.

1.a. USAGE DE DROGUES DANS LA POPULATION GENERALE

Des enquêtes menées auprès d'échantillons représentatifs de la population générale sont la seule manière d'obtenir une mesure directe concernant la population dans son ensemble. Ces enquêtes permettent d'estimer l'ampleur et le mode de consommation de différentes drogues dans cette population. En répétant les enquêtes régulièrement (par exemple tous les 3-4 ans), il est possible de suivre les évolutions en terme de consommation et d'attitudes de la population générale.

Les enquêtes de population générale sont fiables pour les drogues dont l'usage est relativement fréquent et non stigmatisé au niveau social comme l'alcool, le tabac, le cannabis et certains médicaments psychotropes comme les tranquillisants et les amphétamines, auxquelles on peut adjoindre l'extase.

On pourrait presque dire que ce type d'enquête vise à estimer la consommation non problématique de drogue dans la population générale.

Table 1 : Evolution de l'usage de cannabis dans la population générale (%), 1994-1999

INDICATEUR	REGION /ORGANISATION (n° référence)	Age (années)	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Tend.
POPULATION ADULTE									
Cannabis	Com fl /ISP 1	18-65	6.4						↑ ?
Au cours de la vie	Com fr /Promes 2	18-49				12.8		20.8	

Légende : = : stable / ↑ : augmentation / ↓ : diminution / -- : fluctuation / ↑ ↓ : augmentation suivie de diminution / ? : donnée non disponible ou non interprétable

En 1994-95, 2.259 adultes âgés de 18 à 65 ans de la Communauté flamande (Bruxelles exclue) ont été interrogés par téléphone (méthode d'interview par téléphone assisté par ordinateur 'CATI') sur leur consommation de drogues licites et illicites¹. Cette enquête a montré un pourcentage assez bas de consommation comparé aux pays voisins : 6% avaient consommé au moins une fois du cannabis et 2% au cours des 12 derniers mois.

Depuis 1996, en Communauté française, se déroule de manière continue une 'Etude des comportements de santé des adultes'² : 3.311 adultes de 18 à 69 ans ont été interrogés une fois par téléphone (un peu plus de 200 par trimestre en moyenne). Ce monitoring, utilisant aussi la méthode CATI, investigate entre autres les comportements en rapport avec l'usage de drogues chez les adultes de 18 à 49 ans : accessibilité, essai et consommation régulière de cannabis, accessibilité de la cocaïne. La proportion

ajustée de personnes déclarant avoir déjà fumé du haschisch au moins une fois est passée de 10% en 1996 à 20% en 1999. Parmi ces expérimentateurs, en 1996, 2% déclaraient en avoir consommé au cours de la dernière semaine pour 7% en 1999.

Ces résultats (de la Communauté flamande et de la Communauté française) ne sont pas généralisables à l'ensemble du pays. Bien que les méthodes ne soient pas identiques en particulier en ce qui concerne les groupes d'âge interrogés, ces résultats pourraient néanmoins indiquer une augmentation progressive de l'usage.

Concernant les perspectives futures, des questions relatives à la consommation de

1.b. USAGE DE DROGUES DANS LA POPULATION SCOLAIRE

Les bénéfices des études en milieu scolaire sont particulièrement évidents pour orienter les interventions en prévention. En outre, les enquêtes en milieu scolaire sont moins coûteuses pour atteindre un large échantillon, puisque les enquêtes sont administrées à des groupes (classes).

De multiples enquêtes ont été réalisées en milieu scolaire ces dernières années. Nous distinguons 2 groupes : d'une part, les études au niveau de l'ensemble de chaque Communauté (française ou flamande), qui impliquent de larges échantillons dans de nombreuses écoles, et d'autre part, les enquêtes n'impliquant que une ou quelques écoles. Couvrant les Communautés française et flamande, de larges enquêtes sur les modes de vie des jeunes sont conduites, collaborant à la recherche internationale HBSC (Health Behaviour of School-aged Children) sous l'égide de l'OMS. Les méthodologies sont comparables dans les différents pays et au cours du temps. En Flandres, les résultats des enquêtes de 1996 et 1998 sont représentatifs pour la population scolaire âgée de 13 à 18 ans³ et en 1990 et 1994, de 15 à 18 ans. En mai de

drogues provenant du protocole de l'OEDT seront incluses dans le questionnaire de la prochaine Enquête de Santé par Interview (2001). Cela permettra de fournir pour la Belgique l'information sur le nombre et les caractéristiques des usagers de drogue parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans pour les substances dont l'usage est relativement fréquent et moins stigmatisé au niveau social (cannabis et extasie (XTC)).

Il serait souhaitable d'harmoniser les enquêtes en ce qui concerne les groupes d'âge et les périodes de référence de l'usage, notamment concernant l'usage récent (dernière année et dernier mois).

cette année, environ 5.000 élèves ont participé à l'enquête 2000.

En Communauté française, les études HBSC ont été menées en 1986, 1988, 1990, 1992, 1994⁴ et 1998 auprès de 35.000 jeunes âgés de 11 à 18 ans.

Le VAD a mis sur pied une large enquête régionale en Flandre en interrogeant 82.375 élèves du secondaire au cours de l'année scolaire 1999-2000⁵. Il est prévu de répéter cette enquête chaque année.

Plusieurs études ont été menées localement (Beveren⁶, Bruges⁷, Charleroi⁸, Ninove⁹, Verviers¹⁰) ; certaines interrogant également des élèves du cycle primaire (comme l'enquête conduite à Ninove). Les résultats de ces études, dont les méthodologies varient, ne sont pas comparables aisément.

Même si nous devons être prudents dans l'interprétation des données quantitatives de consommation de drogues par les jeunes, obtenues au moyen de questionnaires auto-administrés, ces études globalement montrent que, en 1998-99 :

Table 2 : Evolution de l'usage de cannabis et d'XTC par la population scolaire (%), 1994-99

INDICATEURS	REGION / ORGANISATION (n° référence)	Age (années)	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Tend.
POPULATION SCOLAIRE									
Cannabis Au cours de la vie	Com fl/RUG 3	15-16	14,9		19,6		23,7		↑
	Com fr/Promes 4	15-16					27,9		
	Com fl/VAD 5	15-16						24,1	
Dernier mois	Com fl/RUG 3	15-16	7,6		10,8		14,6		↑
XTC Au cours de la vie	Com fl/RUG 3	15-16	4,1		5,6		6,2		↑ ↓
	Com fr/Promes 4	15-16					6,3		
	Com fl/VAD 5	15-16						4,0	
Dernier mois	Com fl/RUG 3	15-16	1,4		2,0		2,8		↑

Légende : = : stable / ↑ : augmentation / ↓ : diminution / -- : fluctuation / ↑ ↓ : augmentation suivie de diminution / ? : donnée non disponible ou non interprétable

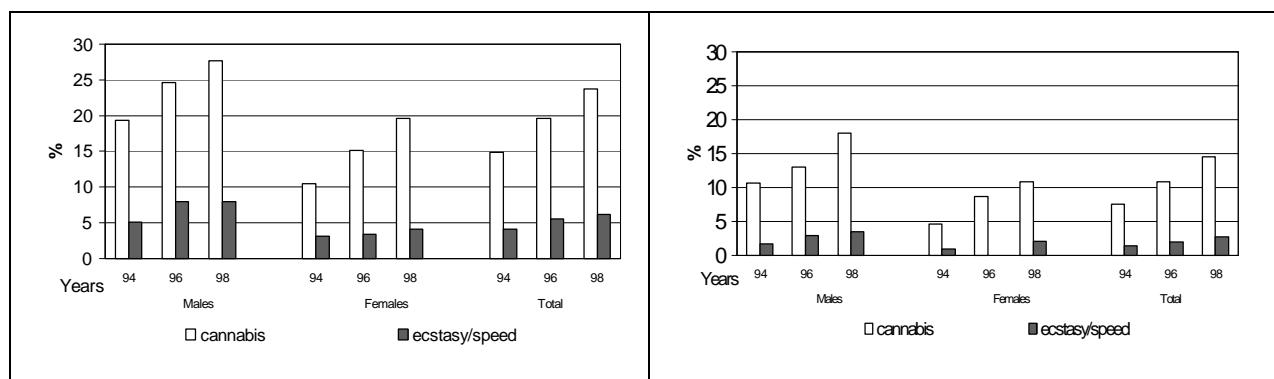
- environ 25% des élèves de 15-16 ans ont essayé une substance illégale au moins une fois ;
- environ 20% des élèves de 15-16 ans ont consommé du cannabis au moins une fois au cours des 12 derniers mois ;
- environ 15% des élèves de 15-16 ans ont consommé du cannabis au moins une fois au cours du dernier mois (Table 2) ;
- la proportion des utilisateurs de substances illicites est plus élevée parmi les garçons que parmi les filles ;
- à partir de l'âge de 15-16 ans, les dérivés du cannabis sont les produits principalement utilisés, l'ecstasy (XTC) est le second produit le plus souvent consommé. Parmi les élèves plus jeunes, les solvants, les

hypnotiques et les sédatifs sont les produits les plus consommés.

- la proportion d'utilisateurs augmente avec l'âge, atteignant plus de 40% des 17-18 ans ayant consommé au moins une fois au cours de leur vie (30% au cours des 12 derniers mois et 20% au cours du dernier mois).

Ces enquêtes répétées montrent une tendance à l'augmentation de l'usage de drogues illégales, spécialement le cannabis pendant la décennie 90. L'usage d'XTC est plus limité et montre aussi une tendance à l'augmentation, bien que l'étude conduite par le VAD en 1999 rapporte une prévalence légèrement en diminution dans ce groupe d'âge.

FIGURE 1 : Proportion des élèves de 15-16 ans ayant consommé du cannabis, de l'ecstasy **au moins une fois** (gauche) et **durant le dernier mois** (droite), écoles flamandes, 1994, 96 et 98³



1.c.USAGE DE DROGUES DANS DES GROUPES SPECIFIQUES

MILICIENS

Au début des années 90, plusieurs enquêtes ont été réalisées parmi les jeunes gens appelés au service militaire¹¹. Sans que cet échantillon ne soit absolument représentatif, cela a permis d'obtenir une idée générale sur la consommation, parmi les jeunes gens, de certaines substances licites ou illicites. Sur 2.513 examens d'urine, 6% étaient positifs pour une substance et 4% pour le cannabis. En tous cas, cette approche n'est plus guère réalisable actuellement étant donné la disparition du service militaire dans notre pays.

PRISONNIERS

En 1999, un questionnaire auto-administré a été soumis, sur une base volontaire, à 230 prisonniers masculins (environ 38% des invités) et 16 femmes (61%)¹². Le questionnaire faisait partie d'un outil de recherche épidémiologique sur l'usage de drogues, les comportements à risque et la santé en milieu carcéral.

L'usage de drogues avant et pendant l'emprisonnement a été investigué. La moitié des prisonniers déclarait consommer des drogues durant le dernier mois précédant l'emprisonnement. Une proportion presque similaire (42%) rapportait l'usage de drogues pendant l'emprisonnement actuel ou durant le(s) précédent(s) emprisonnement(s) : l'emprisonnement actuel et le(s) précédent(s) ont été investigués simultanément afin de minimiser les refus de participation (bien que l'anonymat était garanti).

En 1997, un questionnaire également auto-administré a été proposé aux détenus d'une prison en Wallonie dans le cadre d'une recherche épidémiologique du réseau européen pour la prévention du SIDA en prison¹³. La participation était volontaire et 115 hommes participèrent. La période investiguée concernant l'usage de drogues - la dernière année - avant l'emprisonnement est différente de celle considérée dans l'étude présentée ci-dessus. Près de la moitié des détenus rapportait la consommation de cannabis et un quart celle de cocaïne avant l'emprisonnement, et respectivement 38% et 15% pendant l'emprisonnement actuel ou lors d'une détention précédente.

En 1993, une étude menée dans une prison anversoise¹⁴ parmi 1.627 prisonniers a montré que 42% avaient consommé une drogue illégale au moins une fois au cours de leur vie.

D'un autre point de vue, des études boule-de-neige (1989¹⁵ et 1994¹⁶) ont rapporté que respectivement 54% et 50% des usagers de drogues ont été emprisonnés au moins une fois. Il apparaissait que de nombreux usagers avaient été incarcérés plusieurs fois.

Table 3 : Usage de drogues en prison(%), 1997-1999

INDICATEURS	ORGANISATION (n° reference)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Tend.
USAGE EN PRISON *									
Dernier mois	Modus Vivendi 13 FC / MV 12					38,0		42,0	?

* : Détention actuelle ou antérieure

2. USAGE PROBLEMATIQUE DE DROGUES

Une première difficulté est liée à la définition de l'usage problématique. Elle est assez large et englobe les situations où il y a une demande d'aide et les situations où les conséquences posent des problèmes de santé, de société ou légaux. Il est assez difficile d'estimer actuellement l'usage problématique de drogues en Belgique. Néanmoins, certaines estimations ont été réalisées

récemment, notamment dans le cadre du réseau européen d'information sur les drogues (OEDT). Plusieurs sources et méthodes sont utilisables pour les estimations et les extrapolations : personnes en traitement, traitements de substitution, registres de morbidité (VIH) et de mortalité, données policières et judiciaires.

2.a. ESTIMATION DE LA PREVALENCE D'USAGE PROBLEMATIQUE

Une estimation récente de la prévalence du nombre d'usagers par voie intraveineuse (IV) a été réalisée¹⁷. L'estimation est basée sur les données 1995 des cas de SIDA et d'infection VIH, combinées avec les données 1995 des demandes de traitement en Communauté française (CCAD). Le registre belge SIDA/VIH enregistre les facteurs de risque associés à la séropositivité VIH et notamment l'usage de drogues par voie IV. Par ailleurs, les centres de traitement participant à l'enregistrement organisé par le CCAD donnent de l'information sur la séropositivité déclarée par les patients ayant consommé au moins une fois par voie IV. Le

nombre d'usagers IV âgés de 15 à 54 ans est estimé en Belgique à 20.200, correspondant à un taux de prévalence de 3,6/1000 parmi les 5.602.499 personnes âgées de 15 à 54 ans.

Une autre étude a estimé la prévalence au niveau de la Communauté française en utilisant la méthode 'capture-recapture' sur base des données 1993 et 1994 des demandes de traitement du CCAD¹⁸. Le nombre d'usagers problématiques, définis comme les consommateurs d'opiacés demandant un traitement, est estimé à 14.610, correspondant à un taux de prévalence parmi les 15-54 ans de 6,3/1000.

Table 4 : Evolution de l'usage problématique de drogues, 1993-1999

INDICATEURS	ORGANISATION (n° de référence)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Tend.
USAGE PROBLEMATIQUE									
Prévalence usage IV(‰) 15-54 ans	ISP 17			3,6					?
Prévalence héroïne (‰) 15-54 ans	CCAD 18		6,3						?
Poly-usage (%) (3 drogues ou plus)	Modus Vivendi 20				32,0	45,0	36,0	36,0	=
Usage IV (actuel) (%)									↓
Produit principal	CCAD 21	30,2	34,3	28,7	24,0	24,0	19,9		↓
Héroïne	CCAD 21	35,9	40,9	39,9	37,0	37,3	35,3		=
	Coord.Drog.Charl. 19							17,1	
	VAD 23						26,6		
Cocaïne	CCAD 21	22,2	25,9	34,6	22,9	34,8	29,5		~
	Coord.Drog.Charl. 19							10,8	
	VAD 23						8,9		

Légende : = : stable / ↑ : augmentation / ↓ : diminution / -- : fluctuation / ↑ ↓ : augmentation suivie de diminution / ? : donnée non disponible ou non interprétable

2.b. COMPORTEMENTS A RISQUE

La consommation de multiples drogues et le partage des aiguilles et seringues pour l'injection IV sont des comportements à risque connus. L'information sur ces comportements provient des centres de traitement et d'enquêtes de patients (médecins généralistes) ou d'usagers

(enquêtes boule-de-neige). Les chiffres doivent être considérés comme une indication de la prévalence de ces comportements dans certains groupes sectionnés d'usagers. Plutôt que les chiffres absolus, les tendances sont probablement plus fiables.

POLY-CONSOMMATION DE DROGUES

Une étude sur l'usage de drogues a été répétée lors d'un festival rock se tenant

chaque année au mois de juillet chaque année et rassemblant 50.000 spectateurs²⁰.

Table 5 : Proportion d'usage de plusieurs drogues, Rock festival, Wallonie, 1996-1999

	1996	1997	1998	1999
N interviews	123	167	157	686
au moins un usage de drogue illégale au cours de la vie (%)	87	93	88	88
uniquement 1 drogue (%)	47	40	25	33
3 drogues ou plus (%)	32	45	36	36

En 1999, 686 spectateurs ont été interviewés : 88% déclarèrent avoir consommé au moins une fois une drogue illicite, 33% des répondants ayant utilisé une seule substance et 36% en ayant consommé trois ou plus. Les chiffres de la table 5 ne montrent pas directement d'augmentation de

la poly-consommation. Il faut cependant signaler qu'en 1999 la méthode d'interview a été modifiée : les enquêteurs ont interviewé les spectateurs dans l'ensemble du camp et non plus comme auparavant à proximité d'un stand d'information et d'assistance.

INJECTION ET PARTAGE DE MATERIEL D'INJECTION

- Centres de traitement

Le mode d'administration de la substance est demandé aux patients qui démarre un traitement et, en 1998, cette information est disponible pour 4.182 patients dans les bases VAD²³ et CCAD²¹ (soit 66% pour lesquels cette information est connue). Un tiers (35%) des patients, les hommes plus que les femmes, déclarait s'être injecté de la drogue au moins une fois, parmi lesquels un quart s'était pratiqué au moins une injection au cours du dernier mois précédent la demande de mise sous traitement.

La base de données du CCAD contient des données de 1993 à 1998. Globalement, la proportion d'usagers IV parmi les

demandeurs de traitement montre une tendance à la diminution passant de 30% en 1993 à 20% en 1998²¹ (Table 6). Cependant, il semble que la raison principale de cette tendance soit en fait le changement du type de drogue justifiant une demande de traitement (augmentation relative du cannabis et des stimulants comme produit principal). L'usage IV parmi les consommateurs d'opiacés (et d'héroïne) est pratiquement stable et fluctue (peut-être même augmente) parmi les consommateurs de cocaïne.

En limitant aux patients qui démarre leur premier traitement (446 en 1998 dans la base du CCAD), on observe une proportion

plus faible des 'injecteurs actuels' (10%) ainsi que de ceux qui se sont injecté au moins une fois (16%): 'seulement' 18% des

consommateurs d'héroïne et 12% des consommateurs de cocaïne s'étaient injecté de la drogue au cours du dernier mois.

Table 6 : *Usage de drogue IV chez les usagers demandant un traitement, Communauté française, 1993-1998*²¹

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
N demandes de traitement	1.618	1.212	1.176	1.570	1.681	1.466
Administration IV actuelle (%)	30,2	34,3	28,7	24,0	24,0	19,9
Administration IV au moins une fois (%)	35,1	45,0	45,0	44,0	43,2	37,9
Opiacés (total)	34,4	39,1	36,2	32,1	34,3	32,9
Héroïne	35,9	40,9	39,9	37,0	37,3	35,3
Cocaïne	22,2	26,9	34,6	22,9	34,8	29,5

3. CONSÉQUENCES POUR LA SANTÉ

Des indicateurs indirects (demande de traitement, morbidité, admissions en urgences, mortalité) sont fréquemment utilisés pour surveiller les tendances des problèmes souvent conséquents à l'usage de drogue, se basant sur l'idée qu'ils reflètent au

moins en partie les profils les plus sévères de la consommation de drogues. Ces données nous informent sur les utilisateurs de drogues qui sont connus par les intervenants (centres de traitement, hôpitaux, prisons, etc.).

3.a. NOMBRE ET CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS EN TRAITEMENT

L'indicateur de demande de traitement renseigne directement sur les services et indirectement sur l'usage problématique. Il fournit de l'information sur le nombre et les caractéristiques des patients en traitement, sur les modes d'utilisation (injection, poly-utilisation) et indique les tendances de l'usage problématique.

Malgré des différences initiales entre e.a. les catégories notifiées par les systèmes d'enregistrement du CCAD²³, du CTB/ODB²⁴ et du VAD²¹, la mise en commun des données de 1998 a été possible grâce au processus d'harmonisation en cours. Les institutions et systèmes régionaux de surveillance en charge de la collecte des données de traitement, de l'analyse et de la diffusion des résultats ainsi que le processus d'harmonisation en vue du développement d'un système d'information national sont décrits en annexe de la version anglaise complète du Rapport belge²².

Le système de la Communauté flamande (coordonné par le VAD) a enregistré 4.855

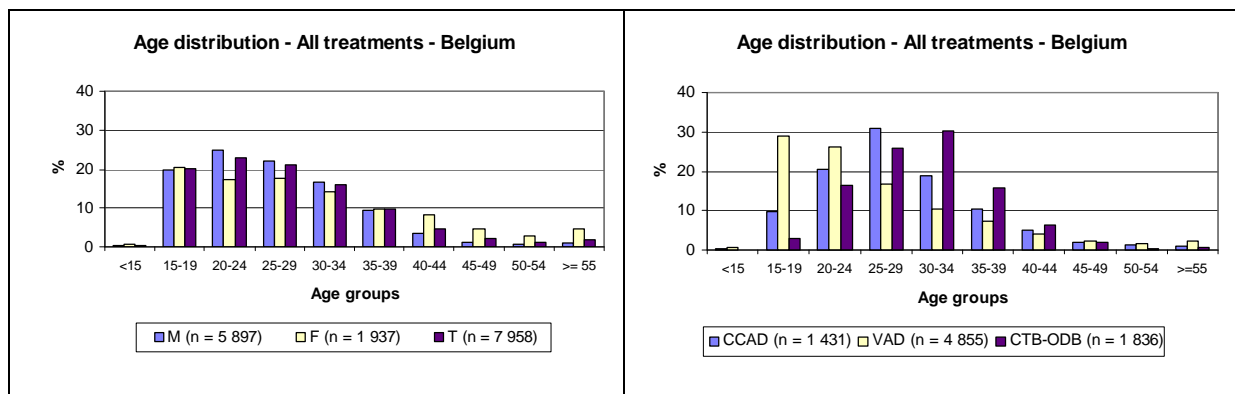
traitements en 1998. Une caractéristique de la base de données du VAD est d'inclure les données des centres de santé mentale lesquels attirent une population différente d'usagers de drogues. Les centres de santé mentale ne sont à ce jour pas couverts par les systèmes CCAD (Communauté française) et CTB-ODB (Région de Bruxelles). Ceci explique pourquoi certains chiffres 'belges' (distribution par âge des patients, produit principal à l'origine de la demande de traitement) diffèrent en comparaison des résultats antérieurs du CCAD et du CTB-ODB considérés de manière séparée. Par exemple, la proportion d'usagers d'opiacés est en 1998, respectivement de 67% et 73% dans les bases de données du CCAD et du CTB-ODB, alors qu'elle n'est que de 25% dans celle du VAD : en conséquence, le chiffre global belge pour 1998 est de 43%.

Considérant que ces variations régionales sont dues à une différence méthodologique (couverture de différents types de centres)

et qu'il n'y a pas de raison de penser que la situation pourrait être fortement différente à Bruxelles et en Wallonie dans les centres de santé mentale (actuellement non-couverts), les partenaires belges ont considéré que ces chiffres globaux représentent la situation en Belgique. En 1998, 7.958 patients, traités pour leur usage problématique de drogues en

ambulatoire ou en résidentiel (en excluant l'alcool comme produit principal), ont été enregistrés : 5.897 hommes et 1.937 femmes ; 4.855 traitements en Communauté flamande²³, 1.836 à Bruxelles²⁴ et 1.466 demandes de traitements en Communauté française²¹. Le tableau 7 montre l'augmentation doublée du nombre de cas enregistrés dans la base du VAD en 1998.

FIGURE 2 : Distribution selon l'âge des patients selon le sexe (gauche) et selon le système d'enregistrement (droite), CCAD, VAD, CTB-ODB, 1998



La figure 2 montre la distribution selon l'âge des hommes et des femmes pour l'ensemble des traitements (figure de gauche) et compare les âges des patients traités enregistrés dans les bases de données des différents systèmes régionaux (figure de droite). La moyenne d'âge des patients 'VAD' est plus basse (26,2 ans) comparée au CCAD (31,5 ans) et au CTB-ODB (30,5 ans). L'âge moyen est en légère augmentation dans la base CCAD (Table 7). On observe trois fois plus de demandes de traitement d'hommes que de femmes et ce, de manière stable au cours des années et dans les différents systèmes. Ces différences d'âge des populations démarrant un traitement doivent être prises en compte lorsque l'on comparera les drogues posant problèmes aux patients enregistrés dans les différents systèmes.

Comme les années précédentes, en 1998, les opiacés sont le produit principal déclaré pour la majorité des patients de la base du CTB-

ODB (77%) et du CCAD (hommes 72%, femmes 66%, tous 69%), et pour 40% dans la base VAD (Table 8). La proportion des opiacés montre une tendance décroissante dans la base CCAD. En se limitant aux premières demandes de traitement de la base CCAD, les opiacés représentent 54%. Le cannabis montre une tendance à l'augmentation et est rapporté comme produit principal par 30% des patients de la base VAD, par 14% dans celle du CCAD (4% in 1993) et seulement par 8% dans la base CTB-ODB. Parmi les premières demandes de la base CCAD, le cannabis représente 27% en 1998.

Les stimulants et amphétamines représentent 22% dans la base VAD, 10% au CTB-ODB (incluant la cocaïne) mais seulement une très faible proportion au CCAD (1.5% in 1998).

Table 7 : Nombre, âge moyen, sexe ratio et proportion de premières demandes de traitement de la base du CCAD, 1993-98 et nombre, âge moyen et sexe ratio des patients en traitement des bases du VAD, 1996-98 et du CTB-ODB, 1997-98

	CCAD ²¹						VAD ²³		CTB / ODB ²⁴	
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1996	1998	1997	1998
N demandes de traitement	1.618	1.212	1.176	1.570	1.681	1.466	2.374	4.855	1.810	1.836
Age moyen	26,8	26,1	27,3	26,9	27,4	31,5	26,6	26,2	30,0	30,5
Ratio homme/femme	3,3	3,4	3,3	2,9	2,8	3,2	3,0	3,0	3,6	3,2
N premières demandes de traitement	513	390	352	497	547	447	-	2.568	-	-
% premières/ensemble des demandes	31,7	32,2	29,9	31,7	32,5	30,5	-	(52,9)*	-	-

* : Définition de 'premier traitement' : CCAD : dans un centre drogue quel qu'il soit ; VAD : dans le même centre.

Aucune des autres substances n'atteint les 10% dans aucune des bases de données. La cocaïne est le produit principal pour 9% dans la base VAD et 6% dans celle du CCAD : on observe une tendance à l'augmentation et une proportion plus élevée parmi les hommes (6.8%) que parmi les femmes (3.2%). Le CTB-ODB ne distingue pas la cocaïne des

autres stimulants. Parmi les premières demandes de traitement du CCAD, la cocaïne représente 8% en 1998 (hommes 10%, femmes 2%). Les hypnotiques et sédatifs montrent une augmentation dans les trois systèmes, atteignant 9% dans les bases du VAD et du CTB-ODB.

Table 8 : Substances déclarées comme produit principal, demandes de traitement de la base CCAD, 1993-98 et patients en traitement des bases du VAD, 1996-98 et CTB-ODB, 1997-98

	CCAD ²¹						VAD ²³		CTB / ODB ²⁴	
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1996	1998	1997	1998
N demandes de traitement	1.618	1.212	1.176	1.570	1.681	1.466	2.374	4.855	1.810	1.836
Opiates (%)	86,0	85,1	77,3	74,3	67,7	69,4	39,5	22,1	77,1	72,7
Heroin (%)	81,3	80,8	70,2	64,3	61,8	62,9		18,5		
Cannabis (%)	3,8	5,7	6,2	11,9	13,2	14,0	22,0	30,3	6,6	7,6
Stimulants (total)	0,6	2,0	2,7	2,8	3,2	1,5	20,1	22,0	7,2	10,3
Amphetamines	0,3	0,3	0,4	0,7	0,7	0,4	18,7	18,1		-
XTC and derivates	0,4	1,8	2,3	2,1	2,5	1,1	1,2	1,4		-
Cocaine	2,3	2,5	2,7	2,9	3,8	5,9	7,1	9,0	incluant les stimulants	
Hypnotics and sedatives	1,7	4,1	4,3	3,9	7,1	4,9	4,9	9,5	5,6	8,9
Hallucinogens	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	5,8	1,0	0,1	0,0
Volatile inhalants	0,0	0,2	0,1	0,3	0,3	0,3	0,5	0,2		0,0
Others substances	5,6	0,3	6,7	3,7	4,5	3,6		4,6	8,6	0,5

3.b. TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Certaines données sur les traitements de substitution sont fournies par les centres de traitement en Communauté française et par

le Ministère de la Santé Publique (Inspection Générale de la Pharmacie-Service des Stupéfiants).

CENTRES DE TRAITEMENT

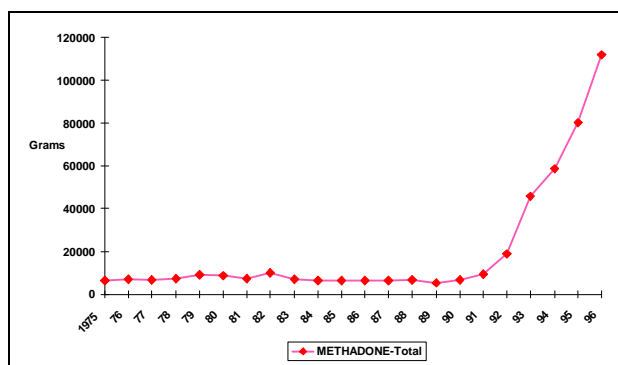
Concernant les systèmes d'enregistrement régionaux, jusque 1998, cette information n'était disponible que dans la base de données du CCAD ; depuis 1999, elle est aussi enregistrée dans la base du VAD (bien que certaines institutions flamandes produisaient déjà des chiffres auparavant). Néanmoins cette information est très partielle : en effet, une partie importante des traitements de substitution sont prescrits par des médecins généralistes qui ne sont pas ou très partiellement couverts par les systèmes d'enregistrement.

Parmi les patients enregistrés dans la base CCAD²¹, 13% (222/1.681) en 1997 ainsi qu'en 1998 (194/1.466) suivaient un traitement de substitution à la méthadone. L'âge moyen

était respectivement 27,1 et 29,3 ans (à comparer avec l'âge moyen de l'ensemble des patients respectivement 27,4 et 31,5 ans en 1997 et 1998). L'âge moyen au démarrage du traitement de substitution à la méthadone dans des centres de la région de Charleroi¹⁹ est stable (respectivement 24,2 en 1995 et 24,1 ans en 1999) ; la substitution commençant en moyenne 4 ans après la première utilisation d'héroïne. En 1999, dans les centres de traitement 'De Sleutel', 23% des patients parmi les 852 pour lesquels des données médicales ont été récoltées ont démarré un traitement de substitution à la méthadone²⁵.

QUANTITÉS DE MÉTHADONE VENDUES EN BELGIQUE

FIGURE 3 : Ventes de méthadone en Belgique, 1975-1996*



* : Le chiffre de 1996 est probablement sous-estimé

La figure 3 présente les quantités de méthadone vendues en Belgique²⁶ et est basée sur les données centralisées par le Service des Stupéfiants de l'Inspection Générale de la Pharmacie.

L'augmentation des ventes de méthadone est évidente depuis 1990, soit avant la Conférence de Consensus sur la méthadone (Octobre 1994). Néanmoins, la 'Conférence' a clairement facilité la prescription de méthadone. La tendance à l'augmentation a continué en 1997.

3.c. HOSPITALISATIONS EN RAPPORT AVEC L'USAGE DE DROGUES

Le Résumé Clinique Minimal (RCM) et le Résumé Psychiatrique Minimal (RPM) sont des systèmes d'enregistrement en fonction respectivement dans les hôpitaux généraux et dans les hôpitaux psychiatriques et les

unités psychiatriques des hôpitaux généraux²⁷. L'objectif de ces systèmes est de fournir de l'information sur le nombre de patients hospitalisés, sur leur diagnostic et traitement.

Les données du RCM (1995) et du RPM (seconde moitié 1996 et première moitié 1997) montrent que le nombre d'hospitalisations en rapport avec l'usage de drogues est loin d'être négligeable : on

compte plus de 14.000 séjours dans des hôpitaux généraux et psychiatriques en rapport avec un problème de drogue, répartis à part égales entre les hôpitaux généraux et les services spécialisés en psychiatrie.

3.d. MORBIDITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION DE DROGUES

Des informations sur la morbidité, entre autre sur les maladies infectieuses (VIH et hépatite C), sont disponibles via le registre

SIDA/HIV, les données des centres de traitement et des études spécifiques.

NOUVELLES INFECTIONS VIH ET USAGE DE DROGUE INTRAVEINEUX

En Belgique entre 1987 et 1999, le nombre moyen de nouveau cas VIH-séropositifs a varié entre 1,9 et 2,7 par jour²⁸. Le nombre de nouveau cas en rapport avec l'usage de drogues par voie intraveineuse est légèrement en diminution atteignant 16, 11 et 12 nouveaux cas respectivement en 1997, 98 et 99. En fait, la proportion de consommateurs de drogue par voie intraveineuse parmi les séropositifs diminue, atteignant 2,9% en 1998 et 3,4% en 1999 (Table 9) alors qu'elle était d'environ 10% au début des années 90. Parmi les 15-24 ans, le

nombre d'infections diagnostiquées en rapport avec une consommation de drogue par voie intraveineuse est actuellement assez limité, respectivement 3, 1 et 2 cas en 1997, 98 et 99 : ainsi, la fréquence de ce facteur de risque qui était plus élevé dans ce groupe d'âge fin des années 80, est devenue plus comparable à celle enregistrée pour l'ensemble des nouveaux cas au cours des trois dernières années 97-98-99 (Figure 4). Cette tendance devra être confirmée dans les années à venir.

Table 9 : Evolution des conséquences de l'usage de drogues sur la santé, 1993-1999

INDICATEUR	ORGANISATION (n° référence)	1993	1994	1995	1996	19 97	1998	1999	Tend.
MORBIDITE UDI / nouveaux HIV VIH / traitements	ISP 28	5,5	7,2	3,4	3,8	4,5	2,9	3,4	↓
	GEMT 30			0,9					
	ALTO 31		2,2						
	CCAD 21	4,9	5,7	3,0	1,4	2,6	1,6		↓
	GIG 32				2,2				
	De Sleutel 25					0,8	5,4	0,5	?
VHB / traitements	VAD 23						1,9		
	GEMT 30			36,0					
	CCAD 21					22,4	23,6		=
VHC / traitements	De Sleutel 25				20,5	24,1	23,9		=
	GEMT 30			78,0					
	ALTO 31		56,0						
	CCAD 21					46,7	51,9		=
	De Sleutel 25				39,5	46,4	37,9		=

Légende : = : stable / ↑ : augmentation / ↓ : diminution / -- : fluctuation / ↑ ↓ : augmentation suivie de diminution / ? : donnée non disponible ou non interprétable

INFECTIONS VIH CHEZ LES PATIENTS EN TRAITEMENT

La plupart des systèmes d'enregistrement contiennent des données sur les pathologies infectieuses des patients. Généralement, il s'agit d'information rapportée par le patient lui-même.

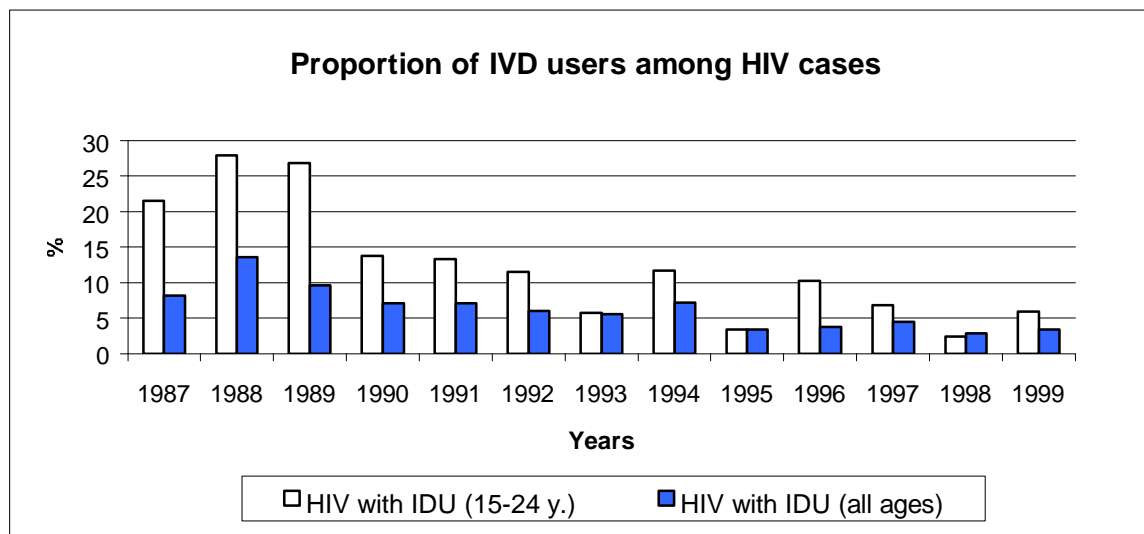
Le 'Groupe d'Etude des Maladies liées à la Toxicomanie' (GEMT) est un groupe de médecins généralistes prenant aussi en charge des patients usagers de drogues (principalement en traitement de substitution à la méthadone) à Charleroi. Des examens biologiques ont été réalisés pour les études du GEMT de 1992-93²⁹ et 1995³⁰ (Table 9). En 1994, 523 questionnaires ont été remplis par des usagers de drogues en traitement chez des médecins généralistes participant

au programme ALTO³¹: 2,9% des patients, principalement des consommateurs d'héroïne, ont déclaré être VIH-séropositifs.

Dans le cadre du projet flamand GIG (santé et usage intraveineux de drogues), une étude a été menée en 1996-97³²: 248 usagers de drogues IV ont été interviewés par la méthode boule-de-neige et utilisant un questionnaire européen sur le SIDA et l'usage de drogues IV. Parmi 225 personnes testées, 5 étaient VIH-séropositives.

De Sleutel est une organisation comportant plusieurs centres de traitement en ambulatoire et en résidentiel en Flandre. Un examen biologique est effectué pour une partie des patients en traitement²⁵ (Tab. 9).

FIGURE 4 : Proportion (%) d'usagers de drogue IV parmi les nouveaux cas de VIH et proportion (%) d'usagers de drogues IV parmi les nouveaux cas de VIH âgés de 15-24 ans, de 1987 à 1999 en Belgique²⁸



HÉPATITES B ET C CHEZ LES PATIENTS EN TRAITEMENT

L'usage de drogues et la transfusion sanguine sont les facteurs de risque associés à la transmission de l'hépatite C. L'estimation la plus précise de la prévalence de l'hépatite C parmi la population générale en Belgique date de 1993 et est de 0,9%³³. Depuis 1997, l'information sur le statut sérologique des patients commençant un traitement est enregistrée par le CCAD²¹ et les centres de traitement De Sleutel²⁵. Des études de

prévalence ont été conduits par le GEMT à Charleroi en 1992-93²⁹ et 1995³⁰. Le virus de l'hépatite C est plus fréquent parmi les usagers de drogues que celui de l'hépatite B (Table 9). Bien que basés sur des méthodes différentes, respectivement le self-report ou le diagnostic biologique, les chiffres du CCAD et ceux de De Sleutel sont assez semblables et ne montrent pas de tendance particulière au cours des 3 dernières années :

environ 20-25% des patients sont séro-positifs pour le VHB et 40-50% pour le VHC. Les taux de prévalence rapportés par les

études du GEMT étaient particulièrement élevés pour le VHC.

TUBERCULOSE ET USAGE DE DROGUES

Deux organisations sont en charge du suivi épidémiologique des patients tuberculeux : la FARES (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé) et le VRGT (Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding). En Belgique, 1.270 nouveaux cas de tuberculose ont été

enregistrés en 1999³⁴. Le nombre et la proportion d'usagers de drogues parmi les nouveaux cas de tuberculose sont stables ces dernières années : en 1999, l'usage de drogue a été rapporté pour 9 cas, représentant 0.7% des nouveaux tuberculeux. Le facteur de risque 'usage de drogue' est plus fréquent à Bruxelles (4 cas soit 1,5% en 1999).

DROGUES ET ACCIDENTS DE LA ROUTE

En 1995-96, une étude prospective multicentrique a été menée dans les services d'urgence pour déterminer la prévalence de la consommation d'alcool, de médicaments et de drogues illicites parmi les victimes d'accidents de la route³⁵. Parmi les 2.053 cas (hommes : 74%, femmes: 26%) parmi lesquels

un tiers âgés de 14 à 24 ans, 28% présentaient un taux d'alcoolémie supérieur à la limite tolérée (0.5 pro mille) et 19% étaient positifs pour une ou plusieurs substances ; les scores les plus élevés étant enregistrés pour les benzodiazépines (8.5%), les opiacés (7.5%) et le cannabis (6%).

3.e. MORTALITÉ LIÉE À LA CONSOMMATION DE DROGUE

En Belgique, les causes de décès sont rapportées via les certificats de décès remplis par les médecins. Les données officielles de mortalité sont publiées mais avec un délai relativement long. Les décès en rapport avec la consommation de drogue ne sont probablement pas systématiquement déclarés comme tels par les médecins. Néanmoins, cette source d'information peut être utilisée au moins pour estimer les tendances. Dans l'objectif d'identifier les décès en rapport avec la consommation de drogues à partir du Registre des Décès, les codes CIM9 révision en rapport avec les drogues ont été sélectionnés sur base de la définition européenne en cours de développement (l'alcool a été exclu dans la mesure du possible) : 304 : Dépendance à une drogue, 305.2-305.9 : Usage abusif sans

dépendance, E850-E858: Empoisonnement accidentel, E950.1-E950.5: Suicide et auto-empoisonnement, E980.1-E980.5: Accident dont l'origine, accidentelle ou suicidaire, est indéterminée.

Le nombre de décès est relativement stable (Table 8). En 1995, il y a eu 207 décès masculins et 139 féminins. On observe que dans la moitié des décès en rapport avec l'usage de drogues, un opiacé est impliqué.

Les overdoses ne sont pas enregistrées de manière systématique par les services policiers et les chiffres ne couvrent pas la totalité des cas (48 cas enregistrés en 1995). Comme la méthode d'enregistrement varie au cours du temps, il n'est pas possible de dégager une tendance.

Table 10 : Evolution de la mortalité liée à l'usage de drogues, 1993-1995

INDICATEUR	ORGANISATION	1993	1994	1995	1996	19 97	1998	1999	Tend.
MORTALITÉ									
N liés aux drogues	INS-ISP	346	376	346					=
% dus aux opiacés	INS-ISP	47.0	48.0	53.0					=

Légende : = : stable / ↑ : augmentation / ↓ : diminution / -- : fluctuation / ↑ ↓ : augmentation suivie de diminution / ? : donnée non disponible ou non interprétable

4. DONNÉES POLICIÈRES EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION DE DROGUES

Les données policières sont un complément utile aux données médico-sanitaires comme indicateur des profils et des tendances de consommation de drogues illicites, mais pour leur interprétation dans le cadre qui nous occupe ici, uniquement si l'on tient compte de la politique appliquée par la police et des moyens mis en œuvre.

Les sources potentielles sont celles des polices et des douanes, dont les unités spécialisées en matière de drogues (par exemple le Programme Drogues de la Brigade Centrale de Recherche). Le Service Général d'Appui Policier (SGAP)³⁶ centralise les données sur les saisies et les interpellations

en provenance de toutes les unités de police, spécifiquement les polices communales (principalement orientées vers le trafic local), la police judiciaire et la gendarmerie (trafic local, national et international) et les douanes (trafic national et international). Ce service est le point de contact avec Interpol, Europol et le SIS de Schengen. Le développement et l'amélioration d'une base de données unique utilisée directement par tous les services de police pour l'enregistrement de leurs activités répressives est en cours, en particulier dans le contexte de la création d'une police unique.

Table 11 : Evolution des interpellations et saisies de drogues en Belgique, 1993-1999

INDICATEURS	ORGANISATION N° référence	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Tend.
N interpellations	SGAP ³⁶	19.482	19.467	18.376			21.184	17.129	=
Pour cannabis (%)				72,7		65,0	65,7	68,6	=
XTC/amphét. (%)				3,5		16,0	0,9	15,6	--
Opiacés (%)				16,5		7,0	25,6	5,9	--
Cocaïne (%)				5,9		5,0	4,6	4,3	=
N saisies	SGAP ³⁷								
de Cannabis		6.380	8.628	13.379			13.020	7.362	↑ ↓
XTC/amphét.		684	978	1.002			2.672	2.163	↑
Opiacés/héroïne		3.082	3.024	3.158			1.112	720	↓
Cocaïne		897	927	1.046			799	547	↑ ↓

Légende : = : stable / ↑ : augmentation / ↓ : diminution / -- : fluctuation / ↑ ↓ : augmentation suivie de diminution / ? : donnée non disponible ou non interprétable

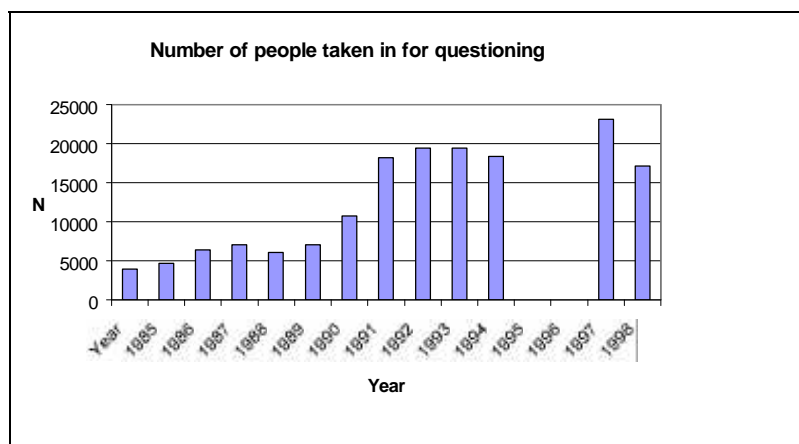
4.a. INTERPELLATIONS POUR FAITS DE DROGUES

Le nombre de personnes interpellées pour infraction en rapport avec les drogues a été multiplié par 3 par rapport à il y a 10 ans³⁶ : 6.093 en 1989 et 17.129 en 1999 (Figure 5).

Depuis 1991, le nombre d'interpellations s'est stabilisé, passant par un maximum de 21.184 en 1998 (Table 11). Les chiffres indiquent que le produit impliqué est le cannabis dans

2/3 des cas, et ce de manière stable pour les années 1995-99.

FIGURE 5 : *Nombre de personnes interpellées pour infraction à la loi sur les stupéfiants, Belgique, 1985 à 1999*



Comme dans la plupart des pays de l'Union européenne, les interpellations sont majoritairement en rapport avec la possession pour usage personnel. Près des ¾ des interpellations, respectivement 73, 71 et 73% en 1996, 97 et 98, sont des cas de possession pour usage personnel.

4.b. SAISIES DE DROGUES

Les chiffres de saisie concernent à la fois les quelques grammes saisis chez un revendeur occasionnel et celles de plusieurs tonnes résultant d'investigations dans le cadre de la lutte contre les organisations de trafiquants (ces dernières influençant de manière prépondérante les quantités mentionnées dans ces statistiques). Cela limite l'intérêt de l'analyse des saisies, en particulier en ce qui concerne les quantités. Les produits saisis le plus fréquemment sont l'héroïne, la cocaïne, le cannabis. Globalement, le nombre de saisies a augmenté au cours des années 90, atteignant un maximum en 1995 pour la plupart des stupéfiants³⁷ (Table 11). Après cette augmentation, le nombre de saisies de cannabis s'est stabilisé en 1998 pour diminuer en 1999. Le nombre de saisies d'héroïne, de cocaïne et de LSD a augmenté jusque 1992, puis s'est stabilisé pour diminuer en 1998 et 1999.

A l'opposé, le nombre de saisies d'amphétamines et d'XTC montrent une augmentation plus importante et continue jusqu'en 1998 stabilisée en 1999 (Table 11).

4.c. OFFRE ET ACCESSIBILITÉ

L'information sur l'offre et le trafic est largement développée dans le questionnaire belge rempli pour le rapport annuel du

On peut se demander si ces diminutions des nombres de saisies correspondent à une réduction globale des ressources policières affectées au contrôle du marché des drogues, ou à une réduction spécifique consécutive à la directive de 1998 concernant les poursuites pour possession de cannabis pour usage personnel.

Au cours de la décennie, les quantités saisies de cannabis ont augmenté jusqu'en 1996 culminant à plus de 100.000 kg, puis ont diminué fortement pour atteindre 5.847 kg en 1999. Les quantités saisies des autres stupéfiants fluctuent d'une année à l'autre. En 1999, 83 kg d'héroïne, 1.761 kg de cocaïne et 489.566 pilules d'extasie/amphétamines ont été saisies en Belgique. Les larges fluctuations pourraient être le résultat des collaborations policières internationales, dont la stratégie conduit parfois à post-poser des saisies dans le but de mieux démanteler les organisations de trafiquants.

PNUCID³⁷. Quarante-vingt pourcents de l'héroïne proviennent du croissant doré (sud-est asiatique) et les 20% restant du triangle

Table 12 : Evolution de l'accessibilité aux drogues en Belgique, 1993-1999

INDICATEURS	ORGANISATION (ref)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Tend.
Accessibilité (%) (adultes 18-49 ans)	ULB-Promes ²	2							
Cannabis					59,2	70,4	62,9	64,5	=
Cocaïne					45,6	50,8	41,1	40,0	=
Prix au détail (Euro)	SGAP ³⁷								
Cannabis / g		8		7		9	6	6	=
XTC/amphét. /pil.		28		12		8		9	↓
Héroïne / g		83		38		35	35	35	↓
Cocaïne / g		55		49		40	50	55	=

Légende : = : stable / ↑ : augmentation / ↓ : diminution / -- : fluctuation / ↑ ↓ : augmentation suivie de diminution / ? : donnée non disponible ou non interprétable

d'or (Laos, Cambodge et Vietnam). La cocaïne provient principalement d'Amérique du Sud (Colombie, Brésil, Venezuela,...). Le cannabis provient en grande partie du Maroc (60%), du Pakistan (30%), du Kenya, du Nigéria, de Colombie et du Cambodge. L'XTC est importée des Pays-Bas et d'Europe Orientale mais est aussi produite dans des laboratoires situés en Belgique.

La Table 12 montre que, d'après l'étude de monitoring des comportements de santé en Communauté française², une proportion importante (2/3) de la population adulte (18-49 ans) déclare pouvoir se procurer aisément

du cannabis. Près de la moitié déclare pouvoir également se procurer de la cocaïne. L'enquête qualitative³⁸ menée à Bruxelles en 1997 auprès de 22 teen-agers bruxellois (14 garçons et 8 filles âgés de 13 à 18 ans) rapporte que ces jeunes déclarent pouvoir trouver aisément du cannabis partout : auprès d'amis, aux Pays-Bas, dans les festivals, dans les maisons de jeunes et aussi à l'école.

Les prix de détail semblent assez stables au cours des dernières années pour le cannabis et la cocaïne, en notant toutefois une diminution du prix de l'héroïne et des pilules d'XTC.

III. INTERVENTIONS DE REDUCTION DE LA DEMANDE

Les interventions de réduction de la demande sont supportées par les Communautés, les Régions et le niveau fédéral. Une approche à long terme, dans laquelle une politique a été développée avec la participation de toutes les personnes impliquées, forme la base du travail de prévention.

Au cours des dernières années, la prévention de la consommation de drogues a souvent été intégrée comme composante de la politique locale de santé. Avec l'émergence de l'infection VIH et du SIDA, et en particulier le risque de séroconversion lié au partage des seringues parmi les usagers de drogues en intraveineuse, une nouvelle stratégie de réduction des risques a été développée. Celle-ci comporte les mesures mises en œuvre par les équipes médicales et multidisciplinaires (échange de seringues, traitement de substitution, distribution de préservatifs...) ainsi que les activités de prévention de la criminalité entreprises dans le cadre des contrats de sécurité et de société du Ministère de l'Intérieur.

La dimension européenne est intégrée et plusieurs organisations sont impliquées dans

des programmes européens (Euregio, Intereg...).

Au-delà des interventions fédérales, communautaires et régionales (et de l'action de coordination des plate-formes provinciales en Flandre), les innovations concernent le développement de politiques et de coordinations au niveau local.

Des réseaux de crise sont en cours de développement en Flandre : ils permettent aux intervenants, dont les services judiciaires, de trouver les solutions adéquates en particulier en dehors des heures d'activités habituelles des services d'aide aux usagers de drogues.

Enfin, des pistes concernant les possibilités de case-management à travers l'offre du circuit de prise en charge sont explorées.

Les autorités et des associations privées supportent les activités de prévention, des projets de recherche ainsi que des programmes au niveau des communautés locales. Ces différents programmes sont centrés sur la réduction de la consommation, la prévention et les temps de loisir, la formation des personnes-clés, la prévention par les pairs, le développement d'outils de prévention...

GRANDS TYPES D'INTERVENTIONS DE RÉDUCTION DE LA DEMANDE

Interventions précoces parmi les enfants et les familles : sensibilisation au niveau de l'Office de la Naissance et de l'Enfance et de 'Kind en Gezin', brochures et formations destinées à la fois aux parents et aux adolescents.

Écoles primaires : prévention globale, prévention tabac, matériel pour enseignants.

Écoles secondaires : programmes de prévention globale et spécifique (tabac, alcool), CD-Rom, programmes de formation pour enseignants.

Programmes pour les jeunes en dehors de l'école : sensibilisation et formation des moniteurs et des entraîneurs des clubs de sports, etc..., expositions sur les drogues,

l'alcool, formation pour l'approche par les pairs.

Programmes au niveau des communautés locales : développement de programmes spécifiques au niveau local et continus incluant drogues et alcool, et avec la participation des pouvoirs locaux, travailleurs de prévention, outils et manuels.

Campagnes Mass-media : aucune grande campagne n'a été menée récemment, excepté des posters, prospectus pour audience générale ou destinés à des groupes spécifiques.

Lignes téléphoniques d'aide : Druglijn et Infor-Drogues fournissent information et soutien, formation des écoutants. Druglijn a

développé un système d'alerte précoce sur tous les types de drogues, recevant, synthétisant et disséminant l'information.

Internet : plusieurs organisations de prévention présentent sur leur site leur matériel, leurs offres de formation, des résultats d'évaluation.

Prévention du VIH et de l'hépatite : promotion de la santé parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse, formation, travail de rue, comptoirs d'échange de seringues. Certains centres offrent des dépistages. Quelques projets de vaccination spécifiquement pour les usagers sont en développement.

Lieu de travail : la plupart des programmes visent la prévention de l'alcoolisme et une intervention précoce tout en évoluant aussi vers la prévention de l'usage de drogues illicites. Un intérêt grandissant se manifeste de la part des entreprises.

Programmes de substitution et programmes de maintenance : bien que les 'programmes méthadone' attendent une base légale pour fonctionner plus largement, beaucoup de centres et de médecins généralistes délivrent de la méthadone.

Traitement en ambulatoire : dans les centres de santé mentale, les centres de jour et les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire (services à bas seuil d'accès).

Médecins généralistes : les médecins généralistes en Communauté française se sont impliqués depuis de nombreuses années (réseau de médecins généralistes ALTO- Alternatives aux Toxicomanies). Cette approche s'organise maintenant en Flandre (formation, vidéo).

Traitement résidentiel : principalement dans les centres de crise, les communautés thérapeutiques et les services toxicomanie des hôpitaux psychiatriques.

Désintoxication: la plupart des cures de désintoxication sont réalisées en milieu hospitalier et centres spécialisés. La désintoxication est souvent une condition pour l'admission dans les centres thérapeutiques.

Post-traitement: revalidation, soutien après le traitement, logements indépendants mais intégrés à la communauté thérapeutique...

Parentalité et consommation de drogues : des 'programmes méthadone' pour femmes enceintes existent dans des centres spécialisés. Un réseau regroupe en Communauté française des centres spécialisés et des généralistes.

Groupes de self-help : principalement pour les problèmes d'alcoolisme et de consommation de médicaments (type AA), mais aussi les groupes de parents d'usagers problématiques et de consommateurs occasionnels, et des groupes de toxicomanes.

Système judiciaire : les collaborations entre les systèmes judiciaire et sanitaire se multiplient, notamment par la formule de l'avis thérapeutique. Les mesures alternatives à la détention sont soutenues mais devraient être développées.

Consommation de drogue et prison : projets pilotes de sections de prisons 'drugfree' dans lesquelles des contrôles réguliers d'abstinence sont effectués, formation du personnel carcéral, équipe pilote de prévention de la délinquance parmi les détenus emprisonnés pour la première fois.

IV . BESOINS D'INFORMATION ET PRIORITÉS POUR LE FUTUR

DIFFICULTÉS ACTUELLES

Ces dernières années, les collaborations entre le réseau de traitement et le système judiciaire se sont accrues. En particulier pour les jeunes commettant un premier délit, la pratique de l'injonction thérapeutique a été étendue à un nombre plus important d'arrondissements judiciaires. En général, l'élargissement du réseau de traitement continue : en particulier en portant plus d'attention sur les services à bas seuil et en veillant à offrir des types de traitement plus

différenciés (abstinence, réduction, substitution, maintien).

A un niveau politique, les signaux adressés à la population sont perçus comme teintés d'ambiguïté : d'un côté, la nouvelle directive 'adoucissant' les poursuites à l'égard des utilisateurs de cannabis et d'autre part une déclaration politique officielle qui est toujours basée sur la prohibition. Cela entraîne d'importantes confusions parmi les jeunes et leurs parents.

Globalement, les difficultés suivantes ont été identifiées :

Manque de stratégie à long terme et manque de concertation au niveau politique, intermédiaire et au niveau du terrain

La Belgique a connu beaucoup de projets de politique des drogues au cours des ces dernières années : différents ministres ont préparé des plans d'action ; le gouvernement fédéral a lancé un plan en 10 points sur les drogues et les Communautés ont défini leur propre politique. Cependant, il n'y a pas d'accord entre ces différentes approches politiques. La conférence interministérielle sur les drogues, qui est nécessaire vu la structure politique complexe de notre pays, s'est réuni seulement une fois au cours de ces trois dernières années.

Au niveau de la coordination intermédiaire, il existe un centre de coordination en Communauté française (CCAD / EUROTOX), un en Communauté flamande (VAD), un en Communauté germanophone (ASL) et un pour la Région bruxelloise (CTB-ODB).

Cependant, il n'y a pas de lien formel entre les différentes régions du pays ni entre les différents niveaux de pouvoirs (communautaire, provincial et local). Les échanges et la coordination dépendent dans une bonne mesure des intérêts et volontés personnels.

Il faut espérer que les travaux en cours menés par le Ministre de la Santé Publique résulteront entre autre en une meilleure coordination des politiques.

Au niveau des personnes actives sur le terrain, il y a un manque de continuité dû au fait que les diverses initiatives sont souvent supportées dans le cadre de contrats à court terme. On observe souvent aussi un manque de coordination entre les intervenants de terrain.

Sur-demande d'activités de prévention et ses conséquences

Les problèmes de drogue constituent une préoccupation politique importante et il en résulte qu'une multitude d'initiatives se mettent en place, souvent sans avoir clairement définis les objectifs et en l'absence de structure permettant de poursuivre le projet à long terme.

Les activités ayant une haute visibilité sont souvent proposées afin d'obtenir un financement. Une grande majorité des activités sont 'one-shot', sans coordination entre elles.

La demande élevée entraîne une pression énorme sur les intervenants de prévention et

de terrain. Il y a un manque de formation des intervenants et la pression sur leur résultat est telle qu'elle les empêche de consacrer du temps à leur formation et à l'amélioration de la qualité.

En dépit de l'augmentation du nombre de travailleurs de prévention au cours de ces dernières années, il n'y a pas de garantie pour un meilleur résultat, aussi longtemps qu'il y aura un manque du cadre général des buts à long terme de la prévention.

Moyens limités consacrés à la prévention et à la réduction de la demande

Les attentes à l'égard de la prévention sont très élevées, considérant la complexité des problèmes de dépendance et les difficultés de réhabilitation. Cependant, comparés aux budgets consacrés aux traitements, ceux de la

prévention restent très modestes. La plupart des budgets sont établis sur une base de projet annuel, ce qui, en l'absence de stratégie à long terme, ne permet pas une prévention efficace.

Manque de standardisation et d'harmonisation des informations enregistrées

D'un point de vue de santé publique, une information épidémiologique fiable sur la prévalence de la consommation de drogues dans les différents groupes de la population, sur les modes de consommation, sur les initiatives de diminution de la demande, sur leurs cibles spécifiques et sur leurs résultats, est nécessaire pour déterminer adéquatement les priorités ainsi que les objectifs qui doivent être atteints et évaluer correctement l'impact des actions entreprises. De plus, une information standardisée procurera la possibilité de comparer la situation dans les

différentes régions, de comparer les résultats des différents types d'intervention et d'identifier les programmes les plus efficaces. Comme la plupart des initiatives sont initiées par les équipes de terrain pour répondre à des situations urgentes et comme leur financement est souvent temporaire, la collecte de données épidémiologiques est souvent une tâche additionnelle ressentie comme très lourde. Néanmoins, les initiatives loco-régionales intègrent de plus en plus des recommandations internationales, comme celles formulées par l'OEDT.

Surveillance épidémiologique

Le développement d'un système de collecte de données ne peut pas être une raison de retarder la mise en œuvre de mesures de bon sens pour réagir aux situations problématiques en rapport avec l'usage de drogues. Cependant, à terme, le développement d'un système d'information de qualité (collecte, analyse, interprétation, dissémination) est essentiel afin d'améliorer les connaissances sur la nature, l'ampleur et les changements de l'usage de drogues, de définir une politique qui soit efficace, de l'évaluer régulièrement et de l'adapter aux évolutions. L'identification des

priorités et des groupes cibles ainsi que l'évaluation de l'impact des actions, nécessite une amélioration de la documentation de la situation épidémiologique en terme de prévalence et d'incidence, de mortalité et de morbidité, mais aussi d'attitudes et de comportements.

L'expérience de plusieurs pays montre qu'il est possible d'améliorer de manière significative la qualité et l'utilité des données, mais que cela peut prendre plusieurs années avant que les bénéfices soient pleinement appréciés. Il semble peu probable que les problèmes liés à

l'usage de drogues disparaissent dans un futur proche. Il est donc hautement souhaitable de construire maintenant, en s'insérant dans le contexte européen de l'OEDT, les bases d'un développement à plus long terme de la surveillance épidémiologique de l'usage de drogues et de ses conséquences. Il faut

souligner que des efforts sont indispensables autant en ce qui concerne les données 'santé' qu'en ce qui concerne les autres données, en particulier judiciaires : en effet, l'OEDT a décidé de développer ce type d'information dans les prochains mois.

Exigences structurelles et soutien méthodologique

Avant même de proposer des recommandations concernant la collecte des données elle-même, il faut rappeler quelques exigences de base et pré-requis structurels.

Il est essentiel d'extraire les informations à partir de toute une série de sources utilisant différentes méthodes et indicateurs. A la fois des données qualitatives et quantitatives, ainsi que des informations sur le contexte sont nécessaires.

Cela implique une unité centrale (disons un Point Focal), formellement reconnue, qui soit responsable de la collecte, de l'analyse des données et de la dissémination des résultats. Des lignes de conduite doivent être développées et des procédures de 'routine'

suivies, sans oublier l'évaluation des activités de cette unité centrale.

Cette unité doit s'appuyer sur des centres régionaux et locaux (disons les Sous-Points Focaux) et ainsi constituer un réseau de collecte de données.

Il est crucial d'organiser des structures facilitant les échanges entre tous les partenaires et offrant un soutien méthodologique : intervenants de terrain, coordinations locales et régionales, unité centrale, responsables politiques, chercheurs. Au niveau local, il est indispensable d'impliquer les acteurs de tous secteurs à la fois pour la collecte, mais aussi pour l'interprétation de ces données et d'assurer un feed-back à leur niveau.

Manque d'évaluation et de moyens pour la recherche et la formation

Les activités de prévention et de traitement sont rarement évaluées (excepté quelques évaluations de processus) malgré une demande croissante de données prouvant leur efficacité. Des initiatives doivent être stimulées pour évaluer le fonctionnement des différents réseaux. Dans ce domaine, des modèles d'évaluation scientifique manquent souvent. Étant donné la nature complexe de la prévention de la consommation de drogues, il

est très difficile de prouver, si et comment, une seule ou une série d'activités ont influencé la consommation de drogues, ont diminué le problème liés à cette consommation,... La formation est une composante essentielle des stratégies de réduction de la demande. Les formations visent le plus souvent les personnes-clés dans les différents secteurs dans lesquels des programmes de prévention sont introduits.

En résumé, pour le BI RN, les priorités pour le futur sont :

- **Développer la concertation et la coordination entre les différentes autorités, les différents niveaux et les différents intervenants**
- **Redéfinir clairement les axes des politiques et les buts des actions proposées, et en particulier développer une stratégie dans une perspective à long terme en clarifiant les fondements de la directive de 1998 en rapport avec les modifications concernant les poursuites pour possession de cannabis pour usage personnel**
- **Organiser la surveillance épidémiologique en matière de drogues en renforçant les structures existantes (Point Focal et Sous-Points Focaux) et leur collaboration tant avec les autres centres d'expertise scientifique en Belgique et à l'étranger, qu'avec les intervenants de terrain**
- **Garantir davantage de support aux recherches quantitatives et qualitatives, et en particulier pour l'évaluation de l'impact des actions de prévention et de réduction de la demande ainsi que de celui des mesures répressives**
- **Suivre et évaluer les interventions de réduction des risques et les différents traitements, et en particulier les prises en charge par des produits de substitution tels que la méthadone**
- **Considérer la consommation d'alcool, de médicaments et de drogues illicites comme un problème global**

La version détaillée du Rapport Belge sur les Drogues sera disponible en anglais fin décembre 2000. Si vous désirez recevoir ce rapport, veuillez compléter le talon ci-dessous et le renvoyer à l'adresse suivante ou nous en faire la demande par e-mail.

BI RN - Institut Scientifique de Santé Publique
Section d'Epidémiologie
14 rue Juliette Wytsman - 1050 BRUXELLES
Fax: 02/642 54 10
e-mail: sheila.goyens@ iph.fgov.be



NOM et prénom:
Institution:
Adresse:
Code postal + Localité:
Tél: Fax:
E-mail:

désire recevoir le

"BELGIAN NATIONAL REPORT ON DRUGS - 2000"

Références

- 1 QUATAERT P, VAN OYEN H. Gegevensinzameling in verband met middelengebruik door middel van CATI, IHE/Episerie n°6, CCOV, IHE, Brussel, 1995.
- 2 PIETTE D, DE SMET P. Rapport Sanomètre : Comportement de santé des adultes en Communauté française. Promes-ULB, Bruxelles, 2000.
- 3 Database 'Jongeren en gezondheid 1998 (part of a WHO cross national study), University of Ghent, department of Public Health. Coordinator for Flanders: MAES L. Datamanager: VERECKEN C. Ghent 1999.
- 4 PIETTE D, PREVOST M, BOUTSEN M et coll. Vers la santé des jeunes en l'an 2000 : Une étude des comportements et modes de vie des adolescents de la Communauté française de Belgique de 1986 à 1994. Health Behaviour in School-aged Children. A World Health Organisation Cross-national Study, soutenu par la Communauté française de Belgique, ULB-Promes, 1997.
- 5 KINABLE H. Bevraging van Vlaamse leerlingen in het Kader van een drugbeleid op school. Syntheserapport januari-juni 1999. VAD, 1999.
- 6 VERHAEGEN D, RAES V, VAN DER KREEFT P, MAERTENS G. Focus of drugs. Verwerking en bespreking van de resultaten van leerlingenbevraging van drie scholen in Beveren in het schooljaar 1997-1998. Stad Beveren en De Sleutel, 1998.
- 7 VERHAEGEN D, RAES V. Middelengebruik in relatie tot de omgeving bij schoolgaande jongeren in Brugge: een onderzoek tijdens het schooljaar 1996-1997. Brugge, De Sleutel - vzw Provinciaal der Broeders van Liefde en Stad Brugge, 1997.
- 8 DEPAEPE P, DECLERCK B. Enquête réalisée au sein de la population scolarisée de Charleroi portant sur le phénomènes des drogues 1999. Ville de Charleroi, 2000.
- 9 D'HAESELEER H. Project Ninove Rookvrije Stad. Gezondheidsenquête Ninoofse scholieren. Ninove, Dienst Sociale Zaken, 1997.
- 10 BILS L, GOSSET C, BERTRAND J. Enquête de diagnostic social dans trois écoles secondaires de Verviers - 1999. CCAD, ULG, 2000.
- 11 DUBOIS S P. Illegal drug among military conscripts. Ann. Med. Milit. Belg. 1995; 9(2) : 89-96.
- 12 DE MAERE W, HARI GA F, BARTHOLEYNS F, VANDERVEKEN M. Druggebruik in de gevangenisomgeving . Ontwikkeling van een epidemiologisch onderzoeksinstrument. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van DWTC/SSTC.
- 13 HARI GA F. Modus Vivendi / EU network for HIV and HCV prevention in prison. Report for DGV.
- 14 TODTS S, FONCK K, COLEBUNDERS R, VERCAUTEREN G, DRI ESEN K, UYDEBROUCK M, VRANCKX R, VAN MOL F. Tuberculosis, HIV, hepatitis B and risk behaviour in a Belgian prison. Arch Public Health, 55, 1997, pp 87-98.
- 15 TODTS S 1989. Personal communication.
- 16 RENARD F, Tafforeau J, Vanderveken M, Stroobant A. Monitoring de la Prévention du Sida en Communauté française de Belgique. Situation en 1994. IHE, Bruxelles, 1995.
- 17 WALCKIERS D, SARTOR F, SASSE A, BILS L. Country Report : Belgium. In : Study to Obtain Comparable National Estimates of Problem Drug Use Prevalence for all EU Member States. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, Final Report of project CT.97.EP.04); Lisbon, October 1999.
- 18 LEDOUX Y, PREUMONT C, BILS L. Estimation du nombre d'usagers d'opiacés dans la Communauté française de Belgique. CCAD - Notes épidémiologiques n°1. Bruxelles, Juin 1999.

-
- 19 GOELENS I, DECKERCK B. Recueil de données épidémiologiques concernant les usagers de produits psychotropes illicites en contact avec des instances d'aide dans la région de Charleroi. Analyse descriptive de l'évolution des données de 1995 à 1999. Ville de Charleroi, Octobre 2000.
 - 20 HARI GA F, VAN HUYCK C, LAZAROU A. Rapport de recherche action Dour 1998. Modus Vivendi - Carnet du risque N°16. Bruxelles, 1999.
 - 21 PREUMONT C, BILS L. Evolution des données relatives à l'indicateur 'Demandes de traitement' pour les usagers de drogues illicites de 1993 à 1998 en Communauté française de Belgique, CCAD, Juin 2000, Bruxelles.
 - 22 LEURQUIN P, et all. Belgian National Report on Drugs 2000. I PH, December 2000, Brussels.
 - 23 VANDENBUSSCHE E, WYDOODT J.P. Vlaamse registratie Middelengebruik (VRM): Registratiegegevens 1998. VAD, Brussel, 2000.
 - 24 VANDERVEKEN M, MEREMANS P. Rapport épidémiologique 1998. CTB-ODB, Bruxelles, 2000.
 - 25 RAES V. De Sleutel Jaarverslag 1999. Merelbeke, July 2000.
 - 26 Conseil Supérieur d'Hygiène (Ministry of Health, Belgium). Working paper to be included in the report : 'Follow-up evaluation of the 'Conference de Consensus Methadone'' (to be published). The figure takes into account the quantities of exported methadone.
 - 27 RCM-RPM flash / MKG-MPG flash. Direction de la Politique des Soins de Santé / Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid, Ministry of Social Affairs, Public Health and Environment. November 1998.
 - 28 SASSE A, VAN KERSSCHAEVER G, STROOBANT A. Le SIDA en Belgique – Situation au 31 décembre 1999. Rapport semestriel n°51.
 - 29 DENIS B, HAYANI A, JAMOULLE M et al. Toxicomanie et virus de l'hépatite C, B et HIV. Bulletin de la Société Clinique de l'Hopital Civil de Charleroi, 1993 (44) : 209-213.
 - 30 DENIS B, DEDOBBELEER M, COLLET T et all. High prevalence of hepatitis C virus infection in Belgian intravenous drug users and potential role of the Cotton-filter in transmission. Acta Gastro-Enterologica Belgica, Vol LXIII, April-June 2000.
 - 31 TAFFOREAU J, VANDERVEKEN M, RENARD F. Evaluation de la prévention du SIDA parmi la population toxicomane : enquête auprès d'un réseau de médecins généralistes de ALTO-SSMG en Communauté française en 1994. IHE, 1995.
 - 32 TODTS S, BRIESSEN G. Risicogedrag bij injecterende druggebruikers in Vlaanderen. GIG project. VAD and Free Clinic, 1997.
 - 33 BEUTELS M, VAN DAMME P, AELVOET W, Desmyter J, Dondeyne F, Goilav C, Mak R, Muylle L, Pierard D, Stroobant A, Van Look F, Waumans P. & Vranckx R. Prevalence of hepatitis A, B and C in the Flemish population. Eur. J. Epid. 1997, 13, 275-80.
 - 34 WANLIN M. Rapport épidémiologique de la tuberculose 1997 - Région wallonne - Région de Bruxelles-Capitale. FARES, Bruxelles, 1998.
 - 35 Belgian Toxicology and Trauma Study. Belgian Society of emergency and disaster medicine, Toxicological society of Belgium and Luxembourg, Belgian Road Safety Institute, 1998.
 - 36 SGAP/APSD. Aperçu de la criminalité 1997-1998, Statistiques Criminelles Interpolicières Intégrées. 1998.
 - 37 Questionnaire meant for the annual reports 1995, VN UNDCP, 1999.
 - 38 KOHN L, PIETTE D. La consommation de cannabis chez les jeunes à Bruxelles, in : Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française. ESP-PROMES, ULB, 1997.

PARTNÉRAIRES BIRN

ISP

Institut Scientifique de la Santé Publique, rue J. Wytsmans, 14, 1050 BRUXELLES
Responsable : Denise WALCKIERS / Collaborateurs scientifiques : Ann DESMET, Patrick
LEURQUIN, Francis SARTOR / Collaborateur administratif: Sheila GOYENS
Tel : 32-2/642.50 35 - Fax : 32-2/642.54.10
e-mail : BI RN@iph.fgov.be Web site : <http://www.iph.fgov.be/reitox>

ASL

Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung
Klosterstrasse, 3, 4700 EUPEN
Responsable: Norbert GENSTERBLUM
Tel. : 32-87/74.36.77 - Fax : 32-87/74.04.72
e-mail : ASL@skynet.be

EUROTOX

Rue de Haerne, 51, B - 1040 BRUXELLES
Responsable: Fabienne HARI GA
Tel. : 32-2/644.22.00 - Fax : 32-2/644.21.81
e-mail : Eurotox@skynet.be

CTB / ODB

Concertation Toxicomanies Bruxelles / Overleg Druggebruik Brussel
Rue du Champ de Mars, 25/6 Marsveldstraat, 1050 BRUXELLES-BRUSSEL
Responsable: Mark VANDERVEKEN
Tel : 32-2/289.09.60; Fax : 32-2/512.38.18.
e-mail : CTB.ODB@beon.be

VAD

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
Tollenaerestraat, 15 , 1020 BRUSSEL
Responsable: Fred LAUDENS
Tel : 32-2/423.03.54 - Fax : 32-2/423.03.34
e-mail : onderzoek@VAD.be